

Allegato n.1 alla polizza infortuni

BANCA POPOLARE di FONDI ed. 12/2019 (Soci Azionisti rischio 24 ore su 24)

Polizza n.000254.31.305089

INDICE

DEFINIZIONI	PAG. 2
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	PAG. 2
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	PAG. 4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA	PAG. 12
CONDIZIONI PARTICOLARI (solo se richiamate)	PAG. 14
CONDIZIONI PARTICOLARI (sempre operanti)	PAG. 19

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

- per **Assicurazione**: il contratto di assicurazione;
- per **Assicurato**: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per **Contraente**: il soggetto che stipula l'assicurazione
- per **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione;
- per **Beneficiario**: la persona fisica o giuridica designata dal Contraente alla quale Cattolica deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio con decesso dell'Assicurato. In assenza di designazione specifica, i beneficiari sono gli eredi dell'assicurato in parti uguali tra loro;
- per **Contraente**: il soggetto che stipula e sottoscrive il contratto;
- per **Franchigia**: la parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;
- per **Indennizzo**: la somma dovuta da Cattolica in caso di sinistro;
- per **Infortunio**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte oppure una invalidità permanente;
- per **Polizza**: il documento che prova il contratto di assicurazione
- per **Premio**: la somma dovuta dal Contraente a Cattolica;
- per **Sinistro**: il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione;
- per **Società**: la Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa denominata anche Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 C.C.

Art. 2 - Altre assicurazioni - Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società la esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio: in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 C.C.

Art. 3 - Pagamento del premio -.

Il contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite. Il premio deve essere pagato all'agenzia cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società in conformità alle disposizioni di legge in vigore al momento del pagamento. Se il contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, **l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.** Se il contraente non paga i premi successivi, **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 e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del codice civile

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione - Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio - Il Contraente 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 C.C.

Art. 6 - Diminuzione del rischio - Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro - In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne abbiano avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 C.C.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 C.C.

Art. 8 - Disdetta in caso di sinistro - Qualora il contraente sia consumatore ai sensi dell'articolo 1469 bis del codice civile, dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In ogni caso di recesso Cattolica rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Qualora il contraente non sia consumatore ai sensi dell'articolo 1469 bis del codice civile, dopo ogni denuncia di sinistro, Cattolica ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso è comunicato al contraente con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

Cattolica rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 9 - Proroga del contratto –

In mancanza di disdetta, inviata all'altra Parte a mezzo di lettera raccomandata a.r. spedita almeno 90 giorni prima della scadenza, il contratto di assicurazione è prorogato per un anno e così successivamente.

Art. 10 - Oneri fiscali - Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro competente - Foro competente, a scelta della parte attrice, può essere quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società o quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge - Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione - L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza (rischio professionale);
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità (rischio extraprofessionale).

Rischio in itinere: vengono parificati al rischio professionale, gli infortuni subiti come "rischio in itinere", intesi quelli come tali quelli subiti dall'Assicurato durante il percorso dalla propria abitazione al luogo di svolgimento della propria attività lavorativa per conto del Contraente, nel tempo strettamente necessario per il raggiungimento delle predette sedi e viceversa.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- g) gli infortuni subiti in stato di maleore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- l) la folgorazione;
- m) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria.

Art. 14 - Rischi esclusi - Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- 2) dalla guida
 - ❖ di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente

- di categoria superiore alla B,
❖ di macchine agricole e operatrici,
- a) di natanti a motore per uso non privato;
 - 3) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
 - 4) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri) salvo quanto disposto al successivo Art. 15);
 - 5) dalla pratica di sport aerei in genere;
 - 6) dalla pratica dei seguenti sport: arti marziali nelle sue varie forme, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, hydrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalata di grado superiore al terzo grado della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo;
 - 7) da immersioni subacquee con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida di istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello);
 - 8) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato a livello professionale o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
 - 9) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - 10) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - 11) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - 12) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni/alluvioni;
 - 13) da rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla Clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (Nuclear Energy Risks Exclusion Clause NMA 1975° 1994);
 - 14) da contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Non sono equiparati ad infortunio e quindi sono esclusi dall'assicurazione i seguenti casi:

- conseguenze di infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- infarto da qualsiasi causa determinata;
- rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza.
- ernie, fatta eccezione quanto stabilito all'art. 27.

Art. 15 - Rischio volo - L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, **tranne che:**

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente/Assicurato o da terzi in favore degli stessi assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i capitali di:

- a) per persona:
Euro 1.032.914 per il caso di Morte;

Euro	1.032.914	per il caso di Invalidità Permanente totale;
Euro	259	per il caso di Inabilità Temporanea;

b) complessivamente per aeromobile (in caso di polizza cumulativa):

Euro	5.164.569	per il caso di Morte;
Euro	5.164.569	per il caso di Invalidità Permanente totale;
Euro	5.165	per il caso di Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni stipulate dallo stesso contraente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 16 - Servizio militare - Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea. In ogni caso, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successive all'inizio del servizio, l'Assicurato ha diritto di ottenere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

Art. 17 - Limiti di età - L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla sua naturale scadenza.

Art. 18 - Persone non assicurabili - Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, da sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., da sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidei. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 19 - Limiti territoriali - L'assicurazione vale per il mondo intero. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato. La garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, trovandosi all'estero, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Art. 20 - Cambiamento dell'attività professionale - Se nel corso dell'assicurazione si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate in polizza, si applicano gli artt. 1897 e 1898 C.C. Se il cambiamento dell'attività non comporta né diminuzione né aggravamento di rischio, l'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta.

Art. 21 - Altre assicurazioni - Fermo quanto previsto dall'Art. 2), qualora le somme assicurate con altre polizze - escluse quelle in forma collettiva non stipulate dallo stesso

Assicurato - superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 15 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 22 - Denuncia dell'Infortunio e oneri relativi - Fermo quanto previsto dall'Art. 7), la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e dev'essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dev'essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso d'inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato, o in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 23 - Criteri di indennizzabilità - La Società corrisponde l'indennizzo 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 viene 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 fatto salvo quanto previsto dal precedente art. 18

Art. 24 - Morte - L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. **La liquidazione, semprechè non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli Artt. 60 e 62 C.C.** Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

Art. 25/A - Invalidità permanente - L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per l'invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti (Tabella ANIA)

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%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
anchilosi del gomito in angolazione compresa tra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
anchilosi del polso in angolazione compresa con prono-supinazione libera	10%	8%
paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
un piede	40%	
ambedue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	1%	
una falange dell'alluce	2,5%	
una falange di altro dito del piede	1%	
amputazione di un arto inferiore		
al di sopra della metà della coscia	70%	
al di sotto della metà coscia ma sopra il ginocchio	60%	
al di sotto del ginocchio ma sopra il terzo medio di gamba	50%	
un occhio	25%	
ambedue gli occhi	100%	
perdita anatomica di un rene	15%	
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue le orecchie	40%	
perdita totale della voce	30%	
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
stenosi nasale bilaterale	10%	
esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo:		
una vertebra cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
12 ^a dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
esiti di frattura di un metamero del coccige con callo deforme e dolente	5%	
anchilosi dell'anca in posizione favorevole.	35%	
anchilosi del ginocchio in estensione.	25%	
anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astralgica	15%	
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno.	15%	

Il grado di invalidità permanente viene accertato secondo le percentuali indicate nella Tabella

sopra riportata e secondo i seguenti criteri.

- si considerano le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana indipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche preesistenti e/o sopravvenute;
- in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente;
- in caso di menomazioni visive o uditive, le percentuali di invalidità permanente tengono conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;
- in caso di Assicurato mancino, le percentuali previste per l'arto superiore destro si applicano all'arto superiore sinistro e viceversa;
- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione anziché perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità persa;
- in caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso viene considerata come perdita anatomica dell'arto stesso;
- in caso di perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione non può superare il valore massimo del 100%;
- i postumi di invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data di denuncia;
- nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella sopra riportata, l'indennizzo viene stabilito in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla specifica attività professionale esercitata dall'Assicurato.

Art. 25/B Franchigie - Le prestazioni previste dell'Art. 25/A) sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- **sulla parte di somma assicurata fino a 300.000 €:**
se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 3% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.
- **Sulla parte di somma assicurata eccedente 300.000 € e fino a 500.000€:**
se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.
- **Sulla parte di somma assicurata eccedente 500.000€:**
se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 10% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.

Art. 26/A - Inabilità temporanea - L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) **al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue**

occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente o per morte.

Art.26/B Franchigia – L'indennizzo previsto dall'art.26/A viene corrisposto a partire dall'8° giorno successivo a quello dell'infortunio.

Art. 27 - Estensione dell'assicurazione alle ernie addominali da sforzo - A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 13) e fermi i criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 23) l'assicurazione è estesa limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:

- ❖ **la copertura assicurativa delle ernie decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;**
- ❖ **qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;**
- ❖ **qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;**
- ❖ **qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all' Art. 31).**

Qualora, per sostituzione o altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza soluzione di continuità - ad altra eguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- **dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e le prestazioni della stessa già previste;**
- **dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.**

Art. 28 - Rimborso spese mediche - La Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per persona assicurata e per anno assicurativo e con l'applicazione di uno scoperto del **20% con il minimo di € 75,00** per sinistro, le spese mediche sostenute dall'Assicurato per le conseguenze dell'infortunio a termini di polizza:

- per accertamenti diagnostici;
- per prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi tipo);
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi fino alla concorrenza del 20% del massimale indicato in polizza con il massimo di € 400,00;
- in caso di ricovero in struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, day hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per:
 - retta di degenza
 - onorari dei medici curanti
 - medicinali
 - diritti di sala operatoria
 - materiali di intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al sinistro)

- trasporto in ambulanza dell'Assicurato alla struttura sanitaria o all'ambulatorio e viceversa con il limite di del 10% del massimale assicurato indicato in polizza.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa le spese non riconosciute dal S.S.N. e sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte, senza deduzione di scoperto e/o franchigia. La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di accadimento dell'infortunio.

Per le spese sostenute all'Estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in valuta euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente; in tale evenienza la Società provvederà alla liquidazione di quanto dovuto al netto di quanto già riconosciuto.

Art. 29 - Diaria ricovero - La Società assicura in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura a seguito di infortunio, che richieda o meno intervento chirurgico, la corresponsione dell'indennità giornaliera stabilita in polizza per ciascun giorno di degenza **per la durata massima di 90 giorni per ogni infortunio e per un periodo non superiore a 120 giorni per più sinistri che dovessero verificarsi nel medesimo anno assicurativo.** Tale garanzia è prestata in aggiunta, ove prevista, alla somma assicurata per il caso di inabilità temporanea. Per gli Assicurati di età inferiore ai 18 anni che frequentino scuole di istruzione elementare, media e secondaria e sempreché il ricovero avvenga durante il periodo scolastico, viene corrisposta a titolo di rimborso spese per recupero scolastico una ulteriore indennità di Euro 6 per ogni giorno di ricovero. **La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi a termini della presente polizza su presentazione della documentazione attestante l'avvenuto ricovero e di copia della cartella clinica.** Il pagamento viene effettuato a ricovero ultimato. Per i ricoveri avvenuti all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia.

Art. 30 - Cumulo di indennità - L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 31 - Deferimento di controversie ad un Collegio Medico - Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 23), sono demandate per iscritto 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 nel comune dove ha sede l'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 la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere un acconto 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, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 32 - Diritto di surrogazione - La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 33 - Pagamento dell'indennizzo - Verificata l'operatività della garanzia, eseguita la valutazione del danno, ricevuta la necessaria documentazione e concordato con l'Assicurato l'importo dell'indennizzo da corrispondere a termine di polizza, **la Società s'impegna a provvedere al pagamento entro 15 giorni.**

Art. 34 - Indicizzazione – (operante se richiamata in polizza) Le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice generale nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nel frontespizio, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo. **Il diritto all'adeguamento sorge quando la differenza fra detti indici sia non inferiore al 10% e gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.** Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.

Qualora, in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, l'Assicurato avrà facoltà di recedere dal contratto, entro tre mesi dalla scadenza della rata di premio cui si riferisce l'ultimo adeguamento, ed il recesso avrà effetto dalla scadenza della successiva annualità di premio.

NORME CHE, AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PRECEDE, REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Art. 35 - Variazione di persone - Si conviene che le variazioni nel numero e nelle generalità delle persone assicurate verificatesi nel corso della garanzia, saranno comunicate per iscritto ed a mezzo raccomandata alla Società. Le variazioni stesse saranno valide a decorrere dalla data del timbro postale di partenza della comunicazione predetta e, comunque, dalla data della ricevuta della raccomandata rilasciata dall'amministrazione postale, semprechè il personale nuovo assunto sia assicurabile a norma di polizza. **Fermo l'obbligo del Contraente di corrispondere l'eventuale maggior premio entro 15 giorni dalla presentazione della appendice, con l'applicazione, in difetto, dell'Art. 1901 C.C.**

Art. 36 - Esonero dall'obbligo di denuncia di mutilazioni o difetti preesistenti - Fermo il disposto dell'Art. 1) delle norme che regolano l'assicurazione in generale, il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. **Nel caso di infortunio sofferto da persona affetta da difetti fisici o mutilazioni rilevanti, l'indennità per invalidità**

permanente sarà liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, fermo il disposto dell' Art. 23) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni.

Art. 37 - Variazioni nella persona del contraente - Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede e con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, suoi eredi, od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

Art. 38 – Raccolta dati degli assicurati. Il Contraente, al fine di consentire alla Compagnia di ottemperare alle disposizioni del Regolamento Isvap n.27 del 14 ottobre 2008 ed eventuali successive modifiche, si impegna a fornire alla Compagnia entro 15 giorni dalla richiesta di quest'ultima i seguenti dati:

data di adesione alla copertura assicurativa per ogni singola applicazione;

nome e cognome dell'aderente;

codice fiscale dell'aderente;

data effetto copertura della singola adesione;

data scadenza della singola adesione;

premio di prima annualità o prima rata di premio.

La Compagnia potrà sospendere il pagamento di eventuali sinistri fino a che non vengano forniti tutti i dati richiesti.

Art. 39 - Trattamento dei dati personali La Società s'impegna a conservare la riservatezza su tutti i dati relativi al Contraente e/o Assicurati di cui venga in possesso con il presente contratto e a non divulgare le informazioni così raccolte.

La Società raccoglie e registra tali dati personali riguardanti il Contraente e/o gli Assicurati. Essa è inoltre tenuta, ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni), ad utilizzare tali dati esclusivamente in termini compatibili con lo scopo di conclusione e gestione del contratto suddetto e a trattare i dati personali in modo lecito e secondo correttezza.

La Società s'impegna altresì, ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni), a custodire e controllare i dati personali raccolti in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi di accesso non autorizzato o il trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta.

Art. 40 - Trattamento dei dati sensibili Il Contraente e/o l'Assicurato presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte della Società, in particolare dei dati sensibili ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni).

Art.41 - Obbligo di consegna dell'informativa agli assicurandi e raccolta del relativo consenso Il Contraente si obbliga a consegnare all'Assicurando/i l'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili predisposta dalla Società ed, al fine di consentire a quest'ultima di poter prestare la garanzia assicurativa di cui al presente contratto, a raccogliere il consenso facendo sottoscrivere la relativa modulistica predisposta dalla Società ed a conservarla presso di sé rendendola disponibile dietro richiesta della Società stessa

Art.42 - Limite massimo di esborso per evento che colpisca più persone

Nel caso di infortunio che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a quanto indicato nella scheda di polizza alla voce "Limite di indennizzo per cumulo catastrofale". Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto eccedessero complessivamente tale importo, le stesse verranno ridotte proporzionalmente.

**CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE
RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA**

- a) - **Garanzia anonima** (operante se espressamente richiamata in polizza)- Nell'ipotesi che la presente assicurazione sia stata stipulata, a richiesta del Contraente, con rinuncia, da parte della Società, alla indicazione nominativa degli Assicurati, la Società vi consente **all'espressa condizione che il Contraente denunci, sia inizialmente che nel corso del contratto, il numero esatto di tutte le persone aventi la stessa qualifica o mansioni di quelle assicurate, comunicando le variazioni appena queste si verificano**. Qualora il numero delle persone risulti superiore a quello denunciato si applicano le disposizioni di legge.
- b) **Esistenza polizza R.C.** (operante se espressamente richiamata in polizza)- **- Nel caso che il Contraente abbia in corso con la Società Cattolica di Assicurazione una polizza di responsabilità civile che estenda la garanzia anche alle persone assicurate con la presente polizza, è espressamente convenuto che, qualsiasi indennizzo la Società dovesse pagare in base alla presente polizza, andrà computato a detrazione del risarcimento che essa dovesse corrispondere, per le stesse persone, in base alla predetta polizza di responsabilità civile.**
- c) **Responsabilità del Contraente** (operante se espressamente richiamata in polizza)- Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art. 24 (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza, ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento

che il Contraente fosse tenuto a corrispondere a seguito di sentenza definitiva o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

- d) **Sostituto** - La garanzia prestata con la presente polizza si intende valida nell'esplicazione delle stesse mansioni dell'Assicurato per un Sostituto quando questi si trova a sostituire l'Assicurato stesso in sua temporanea assenza od impedimento.
- e) **Limitazione ai soli infortuni professionali** - A deroga dell'Art. 13) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, si conviene che l'assicurazione vale soltanto per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata in polizza.
- f) **Limitazione ai soli infortuni extra-professionali** - A deroga dell'art. 13) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni si conviene che la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. La garanzia vale durante l'espletamento di tutte le attività concernenti la normale vita domestica, sociale e di relazione compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari.
Restano pertanto esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire mentre presta opera comunque retribuita alle dipendenze di terzi o in proprio a titolo professionale.
Ai fini della validità della presente pattuizione, l'Assicurato dichiara di svolgere attività lavorativa alle dipendenze di terzi con mansioni interne ad orario fisso di lavoro. In caso di polizza cumulativa detta dichiarazione viene rilasciata dal Contraente per conto dei singoli assicurati.
- g) **Esonero denuncia di altre assicurazioni** - L'eventuale coesistenza di altre polizze stipulate personalmente dai singoli assicurati con altre Compagnie per la copertura degli stessi rischi, anche nel caso in cui gli interessati non ne abbiano dato notizia alla Società assicuratrice, non pregiudica la garanzia prestata con la presente polizza e, pertanto, il pagamento della relativa indennità verrà effettuato in ogni caso nella misura dovuta.
- h) **Mancinismo** - Premesso che l'Assicurato ha dichiarato di essere mancino, si conviene che le percentuali di invalidità previste dall'art. 25/A) per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.
- i) **Adozione Tabella INAIL** - Si conviene che le percentuali di invalidità permanente previste dall'Art. 25/A) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni s'intendono sostituite con quelle di cui all'Allegato 1) del D.P.R. 30 Giugno 1965, n° 1124 e successive modifiche intervenute sino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge, fermo quant'altro previsto dal medesimo Art. 25/A).
- j) **Sopravalutazioni per Invalidità Permanente** - Con riferimento all'Art. 25/A) che s'intende pienamente operante, si conviene che alcune percentuali di invalidità permanente ivi previste vengono modificate come segue:

Per la perdita totale:	destro	sinistro
di un braccio o di una mano	100%	100%
del pollice	60%	50%
della falange del pollice	40%	35%
dell'indice	60%	50%
della falangetta dell'indice	40%	35%
del medio	30%	25%
della falangetta del medio	20%	15%
dell'anulare	15%	10%
del mignolo	15%	10%
percentuale massima per la perdita totale del pollice, dell'indice e del medio di una mano, o di due delle dita anzidette	80%	80%
perdita totale della facoltà visiva di un occhio	50%	
sordità completa di ambedue gli orecchi	75%	
sordità completa di un orecchio	20%	

- k) **Abolizione di franchigia su Invalidità Permanente** - L'Art. 25/B) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni si intende abrogato, per cui l'indennizzo per invalidità permanente verrà corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia.
- l) **Invalidità permanente totale** - Con riferimento agli artt. 25/A) e 25/B) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, che restano pienamente operanti, si conviene che in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore all'80% (ottanta per cento) l'indennizzo verrà corrisposto nella misura del 100% (cento per cento) della somma assicurata.
- m) **Alpinismo fino al 3° grado** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai fino al 3° **grado purché non effettuato isolatamente.**
- n) **Alpinismo in genere** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai di qualsiasi grado, **purché effettuato con accompagnamento di guida patentata.**
- o) **Speleologia** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica della speleologia, non a carattere professionale, **purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura.**
- p) **Immersioni subacquee** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da immersioni subacquee con uso di autorespiratore comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose a condizione che non siano dovute allo svolgimento di attività professionale e che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione a ciò legalmente autorizzata.
- q) **Inabilità temporanea totale** - D'accordo fra le parti si conviene che il disposto dell'art. 26) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni viene annullato e sostituito dal seguente:
«L'indennizzo per l'inabilità temporanea decorre dall'undicesimo giorno da quello dell'infortunio ed è dovuto per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato anche solo in

parte nella incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni.»

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni ed è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente, per morte o per ricovero ospedaliero.

- r) **Applicazione apparecchio gessato** - Se l'infortunio comporta l'immobilizzazione con applicazione di apparecchio gessato, la Società corrisponde all'assicurato un'indennità pari a quella della diaria da ricovero per infortunio fino alla rimozione della gessatura e comunque per un periodo massimo di 40 (quaranta) giorni.
- s) **Uso e guida motocarri, autofurgoni ed autocarri** - A parziale deroga dell'art. 14 punto 2 delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, resta convenuto che la garanzia vale altresì, sempre che l'Assicurato sia in possesso della prescritta e valida patente di abilitazione, durante l'uso e guida di: autofurgoni ed autocarri in genere, macchine agricole ed operatrici.
- t) **Regolazione Premio** Il premio, convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili viene anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, quale acconto di premio calcolato sulla stima preventiva degli elementi indicati in polizza e regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, a seconda delle variazioni intervenute in detti elementi durante lo stesso periodo.
Resta fermo il premio minimo di polizza.

Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente o l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, gli elementi variabili previsti in polizza.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società.

Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia prestata per il nuovo periodo assicurativo resta sospesa a partire dal 15° giorno successivo a quello indicato per la scadenza del contratto e fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente o l'Assicurato abbia adempiuto ai propri obblighi, secondo quanto disposto dall'art.1901 comma 2 del Codice Civile.

Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, mediante lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio risulti maggiore del doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo..

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente o l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti necessari e le e le documentazioni probatorie in suo possesso.

- u) **Rischio in itinere** L'Assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato possa subire durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa nel tempo strettamente necessario allo stesso e con qualsiasi mezzo di locomozione

RAMO INFORTUNI

AGENZIA	COD.	RAMO	N. POL	N. APP	CONTRAENTE
FONDI	254	31	305089	1/ALL.	BANCA POPOLARE di FONDI

CONDIZIONI PARTICOLARI (Sempre Operanti)

D'accordo tra le Parti, ad integrazione e in deroga di quanto stabilito nelle condizioni di assicurazione previste dall'allegato 1) ed. 12/2019, si conviene quanto segue.

Art. 1 - Oggetto del contratto

Con la presente polizza si assicurano contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali i Soci Azionisti della Banca Popolare di Fondi Cooperativa iscritti nel Libro dei Soci alla data di decorrenza del presente contratto o iscritti successivamente durante il periodo di validità dello stesso.

L'assicurazione è valida sia nel caso in cui l'intestatario delle azioni sia persona fisica (intendendosi per tale anche il titolare di ditte individuali) sia una Società o Ente.

Nel caso in cui le azioni figurassero a nome di Società o di Enti, la copertura s'intende operante nei confronti del Presidente o, in mancanza, della persona che nella Società o Ente riveste la carica più elevata al momento dell'infortunio, salva diversa assegnazione da comunicarsi preventivamente al Contraente e alla Compagnia di Assicurazione.

Nel caso invece in cui le azioni figurino a nome di Società non aventi personalità giuridica, l'assicurazione è valida a favore dei Soci. Nel caso di Società in accomandita semplice, l'assicurazione è valida a favore dei Soci accomandatari.

Art. 2 – Prestazioni assicurative

L'assicurazione viene prestata per ciascun assicurato con le seguenti somme massime:

- € **100.000,00** per caso morte che sopravvenga non oltre due anni da quello in cui si è verificato l'evento;
- € **100.000,00** per caso di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% con l'intesa che le invalidità pari o superiore al 60%, come stabilito dall'articolo 25/A (Tabella ANIA), sono parificate agli effetti della liquidazione del danno, ad invalidità del 100% e viene corrisposta l'intera somma assicurata. Nessun indennizzo viene corrisposto per invalidità di grado fino al 59%;
- € **50,00** per indennità giornaliera in caso di Ricovero a seguito di infortunio in struttura sanitaria, con applicazione di una franchigia di 3 (TRE) giorni da conteggiarsi a partire dal giorno di ingresso nella struttura sanitaria sino ad un massimo di 120 giorni – anche non consecutivi – per anno assicurativo. Il giorno di dimissione dalla struttura sanitaria non è indennizzabile;
- in caso di sinistro che coinvolga contemporaneamente più assicurati con la presente polizza, la Società corrisponderà un indennizzo massimo non superiore a € **1.550.000,00**. Gli indennizzi saranno ridotti proporzionalmente in relazione alla entità dei rapporti dei singoli assicurati.

La somma assicurata per le garanzie Morte ed Invalidità Permanente a favore di ciascun Socio Azionista viene determinata calcolando il numero delle azioni possedute per il valore convenzionale di ciascuna azione. Il valore convenzionale dell'azione viene fissato in € 100,00 fermo restando il limite massimo di indennizzo di € 100.000,00 ed il limite minimo di € 5.000,00

Fermo il limite di età stabilito all'art.17 delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, per le persone di età superiore a 75 anni, l'indennizzo spettante a termini di polizza viene ridotto del 50%. Non è ammessa la stipulazione della Polizza o successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano già compiuto l'80° anno di età.

Restano comunque escluse dall'assicurazione le persone affette da invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%.

Art.3 – Obblighi in caso di sinistro

A deroga dell'Art. 7 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, si conviene che in caso di sinistro l'Istituto Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Società entro 10 giorni da quello in cui l'infortunio si è verificato o in cui essi ne abbiano avuto conoscenza.

L'Istituto Contraente deve inoltre mettere a disposizione della Società la necessaria documentazione e fornire tutte le informazioni necessarie per l'accertamento del danno.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale e/o parziale del diritto all'indennizzo come previsto agli articoli 1913 e 1915 del C.C.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato con la trasmissione alla Società di ulteriori certificati medici.

Resta in ogni caso convenuto che l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici restano a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, Il Contraente, i suoi eredi legittimi o i Beneficiari se designati in polizza devono darne avviso immediato alla Società e fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Art.4 – 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 del centro elettrocontabile dell'Istituto stesso. Per la validità delle coperture assicurative sui vari rapporti bancari, l'Istituto Contraente effettuerà una speciale codificazione dei rapporti stessi in maniera che l'Istituto Contraente possa individuarli in qualsiasi momento.

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 e delle schede dell'Istituto Contraente, oltre alle elaborazioni del centro elettrocontabile dell'Istituto stesso.

In caso di sinistro, pertanto, l'Istituto Contraente rilascerà, su richiesta della Società, apposita certificazione attestante gli elementi necessari per procedere alla liquidazione del danno.

Art.5 – Pagamento dell’indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società determina l’indennità che risulta dovuta, né dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvedere al pagamento entro 15 giorni da quest’ultima.

In caso di decesso dell’Assicurato, in tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione dell’indennità per invalidità permanente:

- a) Se il decesso avviene, per qualsiasi causa (salvo quanto specificatamente indicato al successivo punto c.), prima che la Società abbia potuto effettuare l’accertamento del grado di invalidità permanente, gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione medica indicata in polizza al precedente articolo “Obblighi in caso di sinistro”, il certificato di morte dell’Assicurato e l’atto - notorio attestante la qualifica di eredi. Una volta acquisita la documentazione medica sopra indicata, la Società provvede alla valutazione dell’invalidità secondo i criteri indicati all’Art.25/A Invalidità Permanente delle Norme che regolano l’Assicurazione Infortuni in base alla documentazione medica disponibile e s’impegna a comunicare agli eredi l’esito della valutazione del sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra. Nel caso in cui l’indennizzo possa quindi essere ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l’impresa paga agli eredi, previa produzione della dichiarazione successione in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l’indennizzo spettante per la prestazione invalidità permanente da infortunio, l’importo quantificato od offerto.
- b) Se il decesso avviene, per qualsiasi causa, (salvo quanto specificatamente indicato al successivo punto c.), dopo che l’indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l’impresa paga agli eredi, previa produzione del certificato di morte dell’Assicurato – dell’atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l’indennizzo spettante per la prestazione di Invalidità Permanente da infortunio, l’importo quantificato ed offerto.
- c) Se il decesso avviene in conseguenza diretta ed esclusiva dell’infortunio denunciato e successivamente al pagamento dell’indennità per Invalidità Permanente – ma entro due anni dal giorno dell’infortunio e in presenza in garanzia caso Morte per l’Assicurato, - gli eredi dell’Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell’indennità per Invalidità Permanente già corrisposta all’Assicurato, mentre i Beneficiari – se designati in polizza – hanno diritto solamente alla differenza tra l’indennizzo per il caso Morte, se superiore, a quello già pagato per Invalidità Permanente.

La valutazione dell’Invalidità Permanente e la corresponsione della relativa indennità viene effettuata in Italia in valuta euro.

Art.6 – Determinazione del Premio e Regolazione del Premio

Il premio annuo viene pattuito sulla base al tasso annuo del **0,36 PRO/MILLE** comprensivo di imposte e viene applicato su ogni mille euro di valore complessivo delle azioni come segue:

- Valore convenzionale di ciascuna azione **€ 100,00**
- Unità di misura **505.000** azioni
- Valore complessivo **€ 50.500.000,00**.

Il premio annuo viene anticipato dall'Istituto Contraente sulla base del preventivo annuo sul valore complessivo delle azioni di € **50.500.000,00** (CINQUANTAMILIONICINQUECENTOMILA/00) come risulta dal conteggio di liquidazione.

Conteggio di liquidazione

VALORE COMPLESSIVO DELLE AZIONI	TASSO ANNUO LORDO/000	PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO
€ 50.500.000,00	0,36	18.180,00

Al perfezionamento della presente polizza, l'Istituto Contraente anticipa il premio di € **18.180,00** (DICIOTTOMILACENTOOTTANTA/00) da intendersi acquisito, con l'intesa che al 31/12 di ciascuna annualità si procederà al conguaglio del premio.

Le variazioni intervenute durante l'annuo nel numero delle azioni verranno comunicate alla fine di ciascun anno assicurativo alla Società che procederà al relativo conguaglio ed i nuovi Soci si intenderanno assicurati a tutti gli effetti, dalla data di sottoscrizione risultante dal libro dei Soci. Pertanto, entro 60 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società i dati di cui sopra. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione del premio costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati sopra descritti e il pagamento della differenza dovuta, la Società può concedere un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, in assenza di pagamento, la Società stessa ha la facoltà di risolvere il contratto con un preavviso di 15 giorni mediante lettera raccomandata. Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente per il recupero del premio non corrisposto.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali Il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

La somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascuna annualità assicurativa in nessun caso potrà essere inferiore a € 18.180,00 (comprensivo di imposta).

Art.7 – Clausola Broker

D'accordo tra le Parti, si prende atto che l'Associato dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla Spett.le ITAL One S.r.l. Insurance Broker – Piazza Unità d'Italia 5 – Fondi (LT). Cattolica prende atto che i rapporti inerenti al contratto saranno svolti per conto del Contraente e dell'Associato dal Broker. Ogni comunicazione fatta dal Broker in nome e per conto del Contraente e dell'Associato, si intenderà come fatta dal Contraente e dall'Associato a Cattolica. Parimenti ogni comunicazione da parte di Cattolica al Broker sarà da considerarsi come inviata direttamente al Contraente e all'Associato. Si conviene che la gestione dei sinistri viene affidata a Cattolica mentre l'incasso dei premi viene affidata al Broker. Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Associato dal Broker il quale tratterà con Cattolica.

FERMO IL RESTO.

La presente appendice, fatta in tre esemplari ad un solo effetto in Fondi il 31/12/2019 fa parte integrante della polizza a cui si riferisce.

**SOC. CATTOLICA DI ASS.NE
COOP. A R.L.**

IL CONTRAENTE