

Polizza Infortuni

Documento Informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo

Società: BCC Assicurazioni

Prodotto: "Infortuni clienti"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative ai prodotti sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura da Infortunio i clienti della Banca di Credito Cooperativo, intendendosi per tali le persone fisiche, residenti e/o domiciliate in Italia, titolari di rapporti bancari.



Che cosa è assicurato?

- ✓ L'assicurazione per tutti e due i pacchetti è operante, salvo esclusioni previste in polizza, solo per gli infortuni che l'Assicurato/Aderente subisca durante lo svolgimento:
 - ✓ Dell'attività professionale (Infortuni Professionali);
 - ✓ Di ogni altra attività di carattere non professionale (Infortuni Extraprofessionali);
- ✓ **Morte:** se l'infortunio ha come conseguenza il decesso dell'Assicurato/Aderente, e questo si verifichi entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Società corrisponde la somma assicurata agli eredi in parti uguali.
- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** prevede un indennizzo se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente pari o superiore al 60% e questa si verifichi entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto.
- ✓ **Rette di degenza:** prevede il rimborso delle rette di degenza in Ospedali, Cliniche, Case di Cura a causa di infortunio che abbia avuto come conseguenza la morte o l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%.
- ✓ **Spese di rimpatrio:** prevede il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio dell'Assicurato/Aderente o per il rimpatrio della salma a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza.

L'assicurazione può essere stipulata secondo due modalità di offerta:

- ✓ **Pacchetto A:** include le seguenti garanzie:
 - ✓ Morte
 - ✓ Invalidità Totale Permanente da Infortunio
 - ✓ Rette di Degenza
 - ✓ Spese rimpatrio salma
- ✓ **Pacchetto B:** per tutti i rapporti assicurati si applicano le garanzie previste dal pacchetto A, inoltre per i soli conti correnti e libretti di deposito a risparmio nominativi è previsto il rimborso aggiuntivo dato dalla sommatoria delle operazioni di accredito eseguite sul conto/libretto assicurato nei 12 mesi precedenti all'infortunio.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Dalla garanzia sono tassativamente esclusi gli infortuni:
 - ✗ Subiti nel corso di manovre militari effettuate durante il servizio militare di leva, l'arruolamento volontario o il richiamo per mobilitazione;
 - ✗ Subiti alla guida di mezzi di locomozione da chi non è abilitato a norma di legge;
 - ✗ Subiti dall'Assicurato/Aderente in conseguenza di sue azioni delittuose;
 - ✗ Che derivino da atti violenti a movente politico, subiti dall'Assicurato/Aderente in occasione di manifestazioni a cui egli avesse preso parte attiva e volontaria;
 - ✗ Subiti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli;
 - ✗ Che derivino dall'esercizio di sport pericolosi: pugilato, atletica pesante, alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai (quando non vi sia l'accompagnamento di una guida qualificata), salti con gli sci dal trampolino, guidoslitta, rugby, hockey, attività subacquee con uso di autorespiratore, paracadutismo, gare motoristiche (comprese le prove e gli allenamenti, esclusi i raduni e le cacce al tesoro e le gare di pura regolarità);
 - ✗ Che derivino dalla partecipazione ad imprese temerarie, non giustificate da legittima difesa o da dovere di solidarietà;
 - ✗ Determinati dalla guida o dall'uso di mezzi aerei o subacquei in genere, fatta eccezione per gli infortuni subiti in occasione di voli in qualità di passeggero i aerei ed elicotteri in servizio pubblico di linee regolari;
 - ✗ Provocati da guerre e insurrezioni;
 - ✗ Provocati da esplosioni ed emanazioni di calore o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e dalla detenzione e dall'impiego di sostanze radioattive;
 - ✗ Conseguenti a sforzi muscolari che abbiano carattere traumatico e le ernie addominali traumatiche.
- ✗ Sono escluse le persone affette di epilessia, paralisi, infermità mentale, delirium tremens, alcolismo, tossicomania, allucinogenomania e l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una di queste malattie.
- ✗ Non sono mai coperti dalla garanzia il pregiudizio e l'aggravamento, a seguito di infortunio, di condizioni patologiche preesistenti all'evento.
- ✗ Sono esclusi, i rapporti intestati ad Enti Pubblici e Morali, nonché i "conti transitori" di durata inferiore a 30 giorni.



Ci sono limitazioni alla copertura?

- ! Gli Assicurati devono essere residenti e/o domiciliati in Italia.
- ! L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.
- ! L'assicurazione è prestata esclusivamente per massimali e franchigie dichiarati in polizza.
- ! Per il solo caso di Morte, l'Assicurazione è prestata nei confronti di persone cieche o affette da infermità o difetti fisici diversi da quelli indicati come esclusioni in polizza, o che riducano in misura superiore al 50% la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo.



Dove sono coperto dall'assicurazione?

- ✓ Il contratto vale per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- I premi devono essere versati alle scadenze pattuite
- Se in corso di copertura assicurativa modifichi la tua condizione occupazionale originaria, devi darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia. Eventuali mutamenti occupazionali che possono comportare un aggravamento del rischio, se non comunicati alla Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, fermo restando il diritto di recesso dell'Impresa nei termini previsti.
- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
- Devi immediatamente comunicare per iscritto alla Compagnia ogni aggravamento o diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto al pagamento dell'indennizzo nonché la cessazione del contratto stesso.
- Devi fornire alla Compagnia eventuale documentazione medica richiesta.



Quando e come devo pagare?

- Premio minimo anticipato: contestualmente alla stipula del Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza, il Contraente corrisponde alla Società un Premio Minimo anticipato comprensivo di imposte pari a € 5,00 e così ad ogni rinnovo annuale.
- Il pagamento avverrà tramite l'utilizzo di procedura RID, versato sul CC della Società.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La polizza ha durata annuale con tacito rinnovo.
- Per ciascun Assicurato/Aderente, l'operatività della garanzia decorre dalle 24 del giorno indicato in polizza, se si è pagato il premio, altrimenti dalle 24 del giorno di pagamento e termina alle ore 24 del giorno di scadenza



Come posso disdire la polizza?

- La disdetta avviene tramite lettera raccomandata A.R. spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, viceversa il contratto è tacitamente prorogato per la durata di un anno e così successivamente.

Polizza infortuni

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



Impresa: BCC Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: "Prodotto Infortuni clienti"

Data ultimo aggiornamento: 07/2026 – Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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 contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

BCC Assicurazioni S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – Italia - Telefono +39 02 26 96 21 – www.bccassicurazioni.com – PEC: bcc.assicurazioni@actaliscertymail.it – Registro Imprese di Milano n. 02652360237; R.E.A. del C.C.I.A. di Milano n. MI 1782224 * – Albo Imprese IVASS n. 1.00124. - *Per fatturazione Partita IVA n. 10516920963 (Gruppo IVA)

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio il **Patrimonio netto è € 15.151.139** e il **Risultato economico è € 417.019**

Per ulteriori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet http://www.bccassicurazioni.com/doc2/default.asp?i_archivioID=25345&i_cartellaID=33568&i_menuID=45810, di cui si specifica il valore dell'indice di solvibilità: **166%**

Al contratto si applica la Legge italiana

Prodotto



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate con il contraente. Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

Opzioni con riduzione del premio

Non sono previste ulteriori informazioni rispetto a quanto contenuto nel DIP

Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo

Non sono previste ulteriori informazioni rispetto a quanto contenuto nel DIP



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non sono previste ulteriori informazioni rispetto a quanto contenuto nel DIP



Ci sono limiti di copertura?

BCC Assicurazioni non è obbligata a fornire copertura assicurativa o prestazioni o a pagare sinistri se ciò comporta il rischio di sanzioni, divieti o restrizioni da parte delle Nazioni Unite o di disposizioni di tipo economico o commerciale in base a leggi o regolamenti di altri ordinamenti giuridici applicabili a BCC Assicurazioni

Rapporti cointestati e limitazioni specifiche

Rapporti cointestati

Per il Pacchetto A, se il rapporto è cointestato a più persone fisiche o intestato a società di persone, l'indennità è ridotta in proporzione al numero dei cointestatari o soci, salvo che il rapporto sia debitore (in questo caso l'indennità è uguale all'importo a credito dell'intermediario).

Limitazioni specifiche:

Invalidità permanente: (i) L'indennità per invalidità permanente non si somma a quella per morte se la morte avviene entro un anno dall'infortunio o a causa di esso. (ii) In caso di perdita o riduzione funzionale di un organo o arto già minorato, le percentuali di invalidità sono ridotte in base al grado di invalidità preesistente. (iii) Se l'infortunio causa una minorazione, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità persa. Se coinvolge più parti di un arto, la somma delle percentuali non può superare il valore della perdita totale dell'arto. (iv) Nei casi non specificati, l'indennizzo si basa sulla diminuzione della capacità lavorativa generale dell'assicurato/aderente indipendentemente dalla sua professione.

Rette di degenza: Se il ricovero è a carico del Servizio Sanitario Nazionale, si applica una franchigia di 8 giorni (compreso il giorno di ricovero); il giorno di dimissione non è indennizzato.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ai correntisti in caso di infortuni che causino morte o invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: i costi di intermediazione sono pari al 40% calcolati sul premio imponibile. Costi dei PPI: Non previsti in quanto il prodotto non è abbinabile a finanziamenti.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia: BCC Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami - Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano - E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it La Compagnia darà riscontro entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento del reclamo. I reclami di spettanza dell'intermediario ma presentati alla Compagnia, saranno trasmessi senza ritardo all'intermediario stesso, dandone contestuale notizia al reclamante.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it , alla sezione "Per i consumatori - Reclami". I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere: 1. Nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; 2. Individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; 3. Breve ed esauriente descrizione del motivo di lamentela; 4. Copia del reclamo presentato alla Compagnia o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito; 5. Ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo	È possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
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). Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Qualora tra la Società e l'Assicurato/Aderente insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti ad infortunio la loro determinazione deve essere demandata a un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici legali la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali. Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Milano dove si riunirà il Collegio. Il Collegio può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio 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. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Imposte sul premio: 2,50% Detraibilità fiscale dei premi Le assicurazioni per il caso di morte e quelle per il caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto a una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche. L'importo massimo di premio su cui calcolare la detrazione fiscale del 19% è fissato a 530 euro. L'importo di 530 euro è elevato a 750 euro per i premi di assicurazioni contro il rischio di morte stipulate per tutelare le persone con disabilità grave.
---	---

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://gbcc.it/TabellaOblioOncologicoBCC
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE - AREA CLIENTI), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

DOCUMENTO INFORMATIVO DI SINTESI

Infortuni Clienti

Le informazioni contenute nel presente documento sono finalizzate alla corretta comprensione, da parte dell'Assicurato/Aderente, delle garanzie offerte da BCC Assicurazioni S.p.A., ed è redatto secondo le indicazioni previste dall'Art. 30 comma 8 del Reg. ISVAP n. 35 del 26 Maggio 2010.

I. TERMINOLOGIA

BCC Assicurazioni: BCC Assicurazioni S.p.A.;

Assicurato/Aderente: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione o contratto: il contratto di assicurazione;

Contraente: il soggetto che stipula la Convenzione Collettiva di assicurazione con la Società.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;

Indennizzo: la somma che BCC Assicurazioni S.p.A., è tenuta a corrispondere all'assicurato/Aderente in caso di sinistro.

II. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

BCC Assicurazioni S.p.A.

- a) BCC Assicurazioni S.p.A. Società
Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02652360237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Milano 1782224, iscritta all'Albo Imprese tenuto da IVASS al n. 1.00124;
- b) Sede Legale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – Italia
- c) Telefono: 02/269621; Sito Internet: www.bccassicurazioni.com; e-mail: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; bcc.assicurazioni@actaliscertymail.it;
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento IVASS n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996;
- e) Società di revisione: PKF ITALIA SPA, Viale Vittorio Veneto, 10 – 20124 Milano.

III. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

A. Legge applicabile all'assicurazione

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

B. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

BCC Assicurazioni S.p.A

Servizio Reclami – Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – Italia. – E-mail reclami@bccassicurazioni.bcc.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133206, E-mail tutela.consumatore@pec.ivass.it utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

NOTA BENE: Si richiama l'attenzione dell'Assicurato/Aderente sulla necessità di leggere attentamente i contenuti del presente documento prima di procedere alla sottoscrizione della copertura assicurativa. Eventuali spiegazioni o chiarimenti possono comunque essere richiesti alla Compagnia.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

Assicurazione:

Il Contratto di Assicurazione.

Contraente:

Il soggetto che stipula la Convenzione Collettiva di assicurazione con la Società.

Dichiarazione di Adesione:

Il modulo sottoscritto dall'Assicurato/Aderente, contenente dichiarazioni rilevanti ai fini dell'assicurazione.

Assicurato/Aderente:

La persona fisica, residente e/o domiciliata in Italia, intestataria di rapporti bancari con l'Intermediario, come definiti all'Art. 1 "Oggetto del Contratto", che sottoscrivono la Dichiarazione di Adesione alla presente assicurazione proposta dall'Intermediario.

Infortunio:

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte od una invalidità permanente.

Indennizzo:

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Intermediario Collocatore: La Banca di Credito Cooperativo che propone all'Assicurato/Aderente la copertura assicurativa.

Intermediario Gestore: Il soggetto, Banca o Agenzia, che si occupa della gestione del prodotto.

Invalidità Totale Permanente:

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato/Aderente, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta. Nel caso di evento provocato da Infortunio, tale Invalidità Totale Permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente dell'Assicurato/Aderente sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL all.1 del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA"; con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa. L'indennità verrà liquidata sotto forma di capitale in una unica soluzione.

Premio:

La somma in denaro comprensiva di eventuali imposte che il Contraente e la Società hanno convenuto che venga corrisposta alla Società medesima in base al Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza.

Premio Minimo Anticipato:

La somma in denaro dovuta annualmente dal Contraente per l'attivazione del Contratto di Assicurazione.

Polizza:

Il documento che prova l'esistenza dell'assicurazione.

Sinistro:

Il verificarsi del fatto dannoso, per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società:

BCC Assicurazioni S.p.A., con Sede Legale Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) - Italia

CONDIZIONI GENERALI

Art.1 - OGGETTO DEL CONTRATTO

Il presente contratto viene stipulato dal Contraente per conto dei Clienti della Banca di Credito Cooperativo, intendendosi per tali le persone fisiche, residenti e/o domiciliata in Italia, titolari di rapporti bancari, in euro, aperti presso la Sede, le Filiali, le Agenzie o gli Uffici dell'Intermediario stesso ai sensi dei successivi punti a) e b):

a) sono assicurate con i pacchetti A e B:

- le persone fisiche intestatarie e/o cointestatarie di rapporti nominativi, in Euro, di cui al successivo punto b).
- si intendono comprese le persone fisiche titolari di ditte individuali, che siano intestatarie di rapporti nominativi, in Euro, di cui al successivo punto b);
- i partecipanti, in qualità di soci, a Società di Persone al nome delle quali siano intestati i rapporti nominativi, in Euro, di cui al successivo punto b);

Sono esclusi, i rapporti intestati ad Enti Pubblici e Morali, nonché i "conti transitori" di durata inferiore a 30 giorni.

b) i rapporti per i quali è operante la presente assicurazione, sono i seguenti:

- 1) c/c attivi e/o passivi, in euro e valuta estera;
- 2) libretti di deposito a risparmio;
- 3) mutui ipotecari e chirografari (compresi i prestiti personali);
- 4) anticipazioni su titoli e valori;
- 5) anticipazioni su merci e documenti rappresentativi di merci;
- 6) sconto e anticipazioni su crediti;
- 7) prestiti o finanziamenti, in qualsivoglia forma tecnica, comunque denominati, anche cambiari, a tasso normale od agevolato;
- 8) depositi cauzionali per contratti e in titoli;
- 9) finanziamenti in valuta all'importazione ed all'esportazione;
- 10) certificati di deposito e buoni fruttiferi.

Si identificano nelle operazioni sopra descritte quelle che sono come tali contabilizzate dall'Intermediario.

Art.2 – DURATA, EFFETTO E PROROGA DEL CONTRATTO

L'assicurazione ha durata annuale e inizia dalle 24 del giorno indicato in polizza, se si è pagato il premio altrimenti dalle 24 del giorno di pagamento.

In mancanza di disdetta inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 30 giorni prima della scadenza il contratto è tacitamente prorogato per la durata di un anno e così successivamente.

Art. 3 –PAGAMENTO DEL PREMIO MINIMO ANTICIPATO

Contestualmente alla stipula del Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza, il Contraente corrisponde alla Società un Premio Minimo anticipato comprensivo di imposte pari a € 5,00 e così ad ogni rinnovo annuale.

Per le successive annualità il Premio Minimo Anticipato è fissato in € 5,00 comprensivo di imposte e sarà corrisposto dal Contraente alla Società alla data di scadenza delle rate successive così come indicato nel frontespizio di polizza.

ART. 4 - MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il Contraente della convenzione e la Società confermano che il pagamento del premio assicurativo, relativo ad ogni singolo Assicurato/Aderente, determinato come riportato nelle Condizioni Generali di polizza, avverrà tramite l'utilizzo di procedura RID, versato direttamente sul CC della Società.

Art. 5 - ESONERO DELLA RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula la presente polizza per conto dei Clienti dell'Intermediario, restando esonerato da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione del presente contratto per i rapporti sorgenti tra gli Assicurati e la Società.

Art. 6 – COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia derivante dall'applicazione del presente contratto nei rapporti tra Contraente e Società è competente esclusivamente l'Autorità giudiziaria di Milano.

Art. 7 - 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 con altre società. La Società dispensa gli Assicurati dalle comunicazioni di cui all'art. 1910 C.C..

Art. 8 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali derivanti dalla Polizza sono a carico del Contraente.

Art. 9 - RINVIO ALLA NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto si rinvia alle norme di legge.

Art. 9.1 – MISURE RESTRITTIVE – SANCTIONS CLAUSE

La Compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone la Compagnia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

Art. 10 - COMUNICAZIONI

Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal Contratto dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo raccomandata, e dovrà essere indirizzata a:

BCC Assicurazioni S.p.A.
Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – Italia
Tel. +39 02 26 96 21

Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato/Aderente saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato/Aderente stesso.

Art 11 - RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

BCC Assicurazioni S.p.A

Servizio Reclami – Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – Italia.

E-mail reclami@bccassicurazioni.bcc.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo dell'Assicurato/Aderente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133206, E-mail tutela.consumatore@pec.ivass.it utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 12 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assicura contro gli Infortuni che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva gli eventi previsti nei pacchetti sotto riportati:

OFFERTA	GARANZIA
Pacchetto A	• Morte • Invalidità Totale Permanente da Infortunio • Rette di Degenza • Spese rimpatrio salma Per <u>tutti i rapporti assicurati</u> si applicano le garanzie previste dal PACCHETTO A +
Pacchetto B	Per i <u>solli conti correnti e libretti di deposito a risparmio nominativi</u> è previsto il RIMBORSO AGGIUNTIVO dato dalla sommatoria delle operazioni di accredito eseguite sul conto/libretto assicurato nei 12 mesi precedenti quello dell'infortunio

L'assicurazione per tutti e due i pacchetti è operante per gli infortuni che l'Assicurato/Aderente subisca durante lo svolgimento:

- dell'attività professionale (Infortuni Professionali);
- di ogni altra attività di carattere non professionale (Infortuni Extraprofessionali).

Salve le esclusioni di cui all'Art 15.

Art. 13 – RETTE DI DEGENZA e SPESE DI RIMPATRIO

L'assicurazione comprende inoltre:

- il rimborso fino alla concorrenza di € 5.200,00 con il limite giornaliero di € 52,00 delle rette di degenza in Ospedali, Cliniche, Case di Cura, a causa di infortunio che abbia avuto come conseguenza la morte o l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%. Esclusivamente se il ricovero avviene a carico del SSN è prevista una franchigia assoluta di giorni 8, compreso il giorno di ricovero. Il giorno di dimissione non è indennizzabile;
- il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio dell'Assicurato/Aderente o per il rimpatrio della salma a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, con il limite massimo annuo di € 2.500,00.

Art. 14 - RISCHI COMPRESI

Sono compresi nella garanzia anche gli infortuni derivanti da:

- a) colpa grave dell'Assicurato/Aderente;
- b) malore, vertigini, incoscienza, avvelenamento, intossicazione o ingestione di sostanze;
- c) uso e guida di autoveicoli, motoveicoli, mezzi di locomozione terrestri, natanti e veicoli in genere;
- d) esercizio di normali attività sportive dilettantistiche (calcio, tennis, equitazione, sci senza salto dal trampolino, idroscì, pesca subacquea in apnea, ecc);
- e) colpi di sole e di calore nonché dagli effetti di influenze termiche ed atmosferiche semprechè sia gli uni che gli altri siano conseguenza di un infortunio;

- f) infezioni acute provocate da punture di insetti (escluse la malaria e le malattie infettive) e da morsi e calci da animali;
- g) asfissia per subitanea fuga di gas o vapori;
- h) tumulti, aggressioni o atti violenti che abbiano anche movente politico sociale o sindacale, purchè l'Assicurato/Aderente non vi abbia preso parte attiva;
- i) aggressioni o rapine nei locali dell'Intermediario, limitatamente a questo caso l'indennizzo previsto verrà maggiorato del 50%, sempre nei limiti del massimale assicurato;
- j) negligenze o imprudenze gravi per atti compiuti per dovere di solidarietà umana;
- k) annegamento e/o folgorazione;
- l) infortuni subiti in occasione di richiamo militare per esercitazioni in tempo di pace.

Art. 15 - ESCLUSIONI

Dalla garanzia sono tassativamente esclusi gli infortuni:

- a) subiti nel corso di manovre militari effettuate durante il servizio militare di leva, l'arruolamento volontario o il richiamo per mobilitazione;
- b) subiti alla guida di mezzi di locomozione da chi non è abilitato a norma di legge;
- c) subiti dall'Assicurato/Aderente in conseguenza di sue azioni delittuose;
- d) che derivino da atti violenti a movente politico, subiti dall'Assicurato/Aderente in occasione di manifestazioni a cui egli avesse preso parte attiva e volontaria;
- e) subiti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli;
- f) che derivino dall'esercizio di sport pericolosi: pugilato, atletica pesante, alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai (quando non vi sia l'accompagnamento di una guida qualificata), salti con gli sci dal trampolino, guidoslitta, rugby, hockey, attività subacquee con uso di autorespiratore, paracadutismo, gare motoristiche (comprese le prove e gli allenamenti, esclusi i raduni e le cacce al tesoro e le gare di pura regolarità);
- g) che derivino dalla partecipazione ad imprese temerarie, non giustificate da legittima difesa o da dovere di solidarietà;
- h) determinati dalla guida o dall'uso di mezzi aerei o subacquei in genere, fatta eccezione per gli infortuni subiti in occasione di voli in qualità di passeggero i aerei ed elicotteri in servizio pubblico di linee regolari;
- i) provocati da guerre e insurrezioni;
- j) provocati da esplosioni ed emanazioni di calore o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e dalla detenzione e dall'impiego di sostanze radioattive;
- k) conseguenti a sforzi muscolari che abbiano carattere traumatico e le ernie addominali traumatiche.

Non sono assicurabili le persone affette di epilessia, paralisi, infermità mentale, delirium tremens, alcolismo, tossicomania, allucinogenomania e l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una di queste malattie.

Non sono mai coperti dalla garanzia il pregiudizio e l'aggravamento, a seguito di infortunio, di condizioni patologiche preesistenti all'evento.

Art. 16 – DECORRENZA DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Per ciascun Assicurato/Aderente, l'operatività della garanzia decorre dalle 24 del giorno indicato in polizza, se si è pagato il premio altrimenti dalle 24 del giorno di pagamento.

Art. 17 – COSTO DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Ogni Assicurato/Aderente è tenuto a versare un Premio Annuale per ogni rapporto oggetto di assicurazione dell'importo di:

Pacchetto A**€ 11,00;****Pacchetto B****€ 19,00** per i soli rapporti di conto corrente e libretti di deposito a risparmio nominativi.

Il premio indicato è comprensivo di imposte.

In caso di estinzione del singolo rapporto la garanzia cessa alle ore 24.00 del giorno precedente a quello di estinzione senza restituzione del premio.

Art. 18 - CAPITALE ASSICURATO**18.1 - PACCHETTO A:**

La garanzia è prestata per una somma uguale al saldo di chiusura – creditore o debitore – risultante dai libri dell'Intermediario alle ore 24.00 del giorno precedente a quello dell'infortunio, con un limite massimo di € 130.000,00 sia per il caso di una posizione che per il caso di più posizioni intestate al medesimo assicurato.

E' previsto, sia per il caso di **Morte** che di **Invalidità Permanente**:

- un indennizzo minimo di € 2.500,00 per posizioni assicurate con saldi inferiori;
- i saldi di posizioni intestate ai Dipendenti dell'Istituto sia in servizio che in quiescenza, sono fatti uguali a € 10.500,00 se inferiori a questo importo. – Tale massimale è da intendersi riferito a una o più posizioni intestate ai Dipendenti dell'Istituto ferma restando la riduzione in proporzione al numero dei contestatari.

In caso di Invalidità Permanente la somma risarcibile viene elevata al doppio del saldo risultante fermo restando il limite massimo di € 130.000,00.

Salva in ogni caso la prassi contabile in uso presso l'Intermediario, i saldi contabili del giorno precedente a quello dell'infortunio saranno modificati dalla registrazione delle eventuali operazioni già iniziate disposte anteriormente presso la Banca di Credito Cooperativo a credito o a debito del Cliente, ma non ancora registrate.

Anche le operazioni, a credito o a debito del cliente, già iniziate o disposte anteriormente non direttamente presso l'Intermediario verranno pure registrate a modifica dei saldi contabili alla condizione che l'istituto fornisca le prove che le operazioni medesime siano state effettuate entro il termine del giorno precedente quello dell'Infortunio.

In caso di sinistro che coinvolga più Assicurati, la Società corrisponderà come massimo un indennizzo globale non superiore a € 1.033.000,00.

Gli indennizzi dovuti per i singoli infortunati saranno ridotti proporzionalmente in relazione all'entità dei rapporti dei singoli assicurati.

Qualora il rapporto sia cointestato a più persone fisiche, o intestato a Società di Persone, l'indennità sarà ridotta proporzionalmente al numero dei contestatari o dei soci della Società di persone; tuttavia nel caso in cui il rapporto sia debitore, l'indennità sarà liquidata in misura

uguale all'importo a credito dell'Intermediario, senza applicazione della riduzione proporzionale suindicata.

Nel caso coesistano più rapporti debitori e/o creditori, gli assicurati beneficeranno della copertura assicurativa di cui alla presente polizza in modo autonomo e distinto per ciascun rapporto, entro i limiti previsti dal primo capoverso del presente articolo.

18.2 - PACCHETTO B:

Determinazione del saldo del capitale assicurato come per pacchetto A.

A tale saldo del capitale assicurato calcolato come per il pacchetto A) Art. 18.1 viene aggiunta la sommatoria delle operazioni di accredito, eseguite sul rapporto assicurato nei 12 mesi precedenti quello dell'infortunio o nell'eventuale minor periodo di esistenza del rapporto assicurato, fermo restando il limite massimo indennizzabile di € 130.000,00, sia per il caso di una posizione che per il caso di più posizioni intestate al medesimo assicurato.

Le operazioni di accredito oggetto della sommatoria sono le seguenti:

- accrediti per stipendi, salari, e trattamenti pensionistici;
- versamenti di contanti, assegni bancari, assegni circolari;
- interessi netti accreditati dall'Intermediario.

18.3 - Capitale Assicurato Rischio Volo

Per il rischio volo la somma delle garanzie prestate con la presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dal Contraente o da Terzi in favore degli stessi assicurati in abbinamento a polizze infortuni "cumulative" non potrà superare i capitali di:

Per persona:

- € 1.033.000,00 per il caso Morte
- € 1.033.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

Complessivamente per aeromobile:

- € 7.747.000,00 per il caso Morte
- € 7.747.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

in detta limitazione rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze o dal medesimo tipo di capitolato stipulato dall'Istituto.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 19 – PERSONE ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.

Qualora si verifichi il raggiungimento dell'80° anno di età nel corso di un periodo annuale di assicurazione, l'assicurazione resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso.

Art. 20 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

GARANZIE

Art. 21 – MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato/Aderente, e questo si verifichi entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Società corrisponde la somma assicurata agli eredi in parti uguali.

Per il solo caso di Morte, l'Assicurazione è prestata nei confronti di persone cieche o affette da infermità o difetti fisici diversi da quelli indicati all'Art. 15 – Esclusioni, o che riducano in misura superiore al 50% la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Art. 22 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente pari o superiore al 60% e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida, per tale titolo, una somma risarcibile pari al doppio del saldo risultante dai libri della Banca di Credito Cooperativo alle ore 24.00 del giorno precedente a quello dell'Infortunio secondo le percentuali e disposizioni stabilite nella Tabella all. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA". con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa.

L'indennità verrà liquidata sotto forma di capitale in una unica soluzione.

Si precisa che in ogni caso deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto destro varranno per quello sinistro e viceversa.

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 scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma 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
Paralisi completa del nervo radiale	35	30
Paralisi completa del nervo ulnare	20	17
Amputazione di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia	70	
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50	
Amputazione di:		
- un piede	40	
- entrambi i piedi	100	
- un alluce	5	
- un altro dito del piede	1	

- una falange 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 sottoastralgica	15	
Paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15	
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 assoluta bilaterale	10	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1	
Esiti di frattura amelica somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12	
- una vertebra dorsale	5	
- dodicesima dorsale	10	
- una vertebra lombare	10	
Esiti di una frattura di un metamero sacrale	3	
Esiti di una frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5	

Art. 23 – CRITERI SPECIFICI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Art. 24 – CRITERI PARTICOLARI DI INDENNIZZABILITÀ

Se l'infortunio comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Se l'infortunio determina menomazioni di uno o più 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 totale dell'arto stesso.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato/Aderente allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Art. 25 – MASSIMO INDENNIZZO PER LESIONI PLURIME

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 26 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato. Deve essere corredata da certificato medico e deve essere fatta alla Compagnia, direttamente o tramite lo sportello presso il quale è instaurato il rapporto, entro 5 giorni feriali dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato/Aderente, i suoi familiari o i suoi eredi ne abbiano avuto la possibilità o ne siano venuti a conoscenza.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato/Aderente o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso nei seguenti modi:

- Telefonando al Numero Verde

800 053 088 (gratuito dall'Italia)

Attivo dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle ore 19.00

- Inviando una mail a: sinistri@bccassicurazioni.bcc.it
- Inviando una PEC a: bcc.assicurazioni@actaliscertymail.it
- Inviando denuncia cartacea via Raccomandata AR a:

BCC Assicurazioni S.p.A.

Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI)

La denuncia dell'infortunio potrà essere fatta anche dalla Banca di Credito Cooperativo qualora l'Assicurato/Aderente, i suoi familiari o i suoi eredi non vi provvedano.

L'Assicurato/Aderente, i suoi familiari o eredi si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza.

Se non viene adempiuto dolosamente all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato/Aderente ed i suoi eredi perdono il diritto all'indennità.

In caso di sinistro l'Intermediario dovrà produrre alla Società copia della Dichiarazione di Adesione sottoscritta dall'Assicurato/Aderente; in mancanza di detta documentazione saranno ritenute sufficienti le evidenze contabili, ferma la facoltà di rivalsa nei confronti del Contraente qualora l'Assicurato/Aderente rifiuti tale qualifica.

Art. 27 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITA'

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi ed obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio.

Nel caso in cui l'Assicurato/Aderente abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Art. 28- LIQUIDAZIONI

La somma risarcibile, corrispondente al saldo (attivo o passivo) di chiusura del giorno precedente a quello dell'infortunio, relativo al/ai rapporto/i con l'Assicurato/Aderente viene corrisposta:

- o allo stesso Assicurato/Aderente in caso di Invalidità Permanente
- o agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato/Aderente in caso di Morte.

A maggior chiarimento dell'Art. 1 - Oggetto del Contratto resta inteso che l'indennizzo in caso di Invalidità Permanente di grado uguale o superiore al 60% sarà pari al 100% del capitale assicurato.

Art. 29 – CUMULO DI INDENNITA'

L'indennità per il caso di invalidità permanente non è cumulabile con quella per il caso di morte, se la morte si verifica entro l'anno dal giorno dell'infortunio o in conseguenza a questo.

Art. 30 – CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora tra la Società e l'Assicurato/Aderente insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti ad infortunio la loro determinazione viene demandata a un Collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici legali la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Milano dove si riunirà il Collegio.

Il Collegio può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio 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.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

Art. 31 – COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente, è competente esclusivamente – a scelta della parte attrice – l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o sede del convenuto.

Art. 32 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Società dichiara di rinunciare, a favore dell'Assicurato/Aderente o dei suoi aventi diritto, ai diritti di surrogazione ed alle conseguenti azioni giudiziali che ad essa potessero competere, quale assicuratore verso i terzi responsabili dell'infortunio ai sensi dell'art.1916 C.C.