BCC ASSICURAZIONI

Polizza Infortuni

Documento Informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo

Società: BCC Assicurazioni **Prodotto: "Infortuni correntisti"**

Che tipo di assicurazione è?

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

Che cosa è assicurato?

- ✓ L'assicurazione è operante, salvo esclusioni previste in polizza, per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento:
  - dell'attività professionale (Infortuni Professionali);
  - di ogni altra attività di carattere non professionale (Infortuni Extraprofessionali).
- ✓ L'assicurazione sarà operante a favore:
  - delle persone fisiche intestatarie e/o cointestatarie dei rapporti nominativi, nonché delle persone fisiche titolari di Ditte individuali, che siano intestatarie di rapporti nominativi.
  - delle persone fisiche partecipanti in qualità di Soci a Società di fatto e da Società Semplici che siano intestatarie di rapporti nominativi.
- ✓ L'assicurazione viene prestata per il caso **morte** e per il caso **di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%** (al 25% per rapporti intestati ai minori di anni 14) calcolato a termini di polizza secondo quanto previsto dalla Tabella INAIL di cui D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965.
- ✓ La somma assicurata viene stabilita nell'ammontare pari al saldo in linea capitale ed interessi, siano essi creditori o debitori, risultante dalle evidenze contabili della Banca Contraente il giorno precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio.
- ✓ La Compagnia corrisponde all'Assicurato in caso di **ricovero per infortunio**, in Istituti di Cura Pubblici o Privati, una **indennità giornaliera** di € 26,00 con un massimo risarcimento di € 1.549,00 per persona e per anno assicurativo.

Che cosa non è assicurato?

- × Dalla garanzia sono tassativamente esclusi gli infortuni:
  - dalla guida o uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto per il rischio volo;
  - dalla guida di veicoli o natanti, se l'Assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
  - dalla pratica di sport aerei in genere, del paracadutismo, del salto dal trampolino con sci o idrosci, dello sci acrobatico e del bob;
  - da corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
  - dall'abuso di alcoolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
  - da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
  - da movimenti tellureci, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
  - da guerra e insurrezioni;
  - da trasmutazioni del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.
- × Sono inoltre escluse le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio, gli infarti miocardici e qualsiasi tipo di ernia (fatto salvo le ernie addominali traumatiche e le lesioni da sforzo).
- × Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentale, alcolismo, tossicodipendenza: l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

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 a 75 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
- 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?

- Ad ogni scadenza annuale il pagamento avverrà tramite addebito in conto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La polizza ha valenza annuale con tacito rinnovo.
- Per ciascun Assicurato, l'operatività della garanzia decorre:
  - per le adesioni accese in corso d'anno: dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione della Dichiarazione di adesione da parte dell'Assicurato alle ore 24.00 del 31/12 dello stesso anno;
  - per le adesioni in essere al 31/12: dalle ore 24.00 del 31/12 dello stesso anno alle ore 24.00 del 31/12 dell'anno successivo.

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.
- In caso di disdetta del contratto, la Società si impegna a mantenere in essere la copertura assicurativa per ciascuno degli Assicurati fino al 31/12 dell'anno in cui ha effetto la disdetta.

BCC Assicurazioni S.p.A.
Sede legale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7- 20141 Milano (MI) – Italia – Pec bcc.assicurazioni@actaliscertymail.it - Tel. +39 02 46 62 75 – Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. – C.F., Partita IVA e iscr. Reg. Imp. di MI n. 02652360237 – REA del C.C.I.A. di Milano n. MI 1782224 – Società sottoposta alla direzione e coordinamento di Assimoco S.p.A. capogruppo del Gruppo Assimoco – Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996 ed iscritta all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00124
www.bccassicurazioni.com

Polizza Infortuni

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

Società: BCC Assicurazioni

Prodotto: "Infortuni correntisti"

BCC ASSICURAZIONI

Data di aggiornamento: 20/04/2024 – Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

BCC Assicurazioni S.p.A., Sede legale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – Italia – Pec bcc.assicurazioni@actaliscertymail.it – Tel. +39 02 46 62 75 – Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. – C.F., Partita IVA e iscr. Reg. Imp. di MI n. 02652360237 – REA del C.C.I.A. di Milano n. MI 1782224 – Società sottoposta alla direzione e coordinamento di Assimoco S.p.A. capogruppo del Gruppo Assimoco – Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996 ed iscritta all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00124.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 15,878 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 14,448 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 3,409 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 9,545 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 4,295 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 22,455 milioni di euro (b).
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 22,455 milioni di euro

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,35 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: http://www.bccassicurazioni.com/doc2/default.asp?i_archivioID=25345&i_cartellaID=33568&i_menuID=45810.

Al contratto si applica la legge italiana

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti precisazioni relative alle diverse garanzie offerte.
L'impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente, oltre che di quelle indicate in modo specifico nelle Condizioni di assicurazione e nella scheda di polizza.
Esempio: Garanzia infortuni – A parziale deroga di quanto previsto nelle Condizioni di assicurazione, per le persone di età:

- da oltre 75 anni e fino 80 anni non compiuti le garanzie sono comunque operative con un massimale ridotto ad € 25.823,00 per uno o più conti della medesima persona.
- da oltre 80 anni e fino 85 non compiuti le garanzie sono comunque operative con un massimale ulteriormente ridotto ad € 10.300,00 per uno o più conti della medesima persona.

L'assicurazione comprende:

- L'asfissia causata da fuga di gas o vapore;
- Le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze, compresi l'avvelenamento e le lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- Le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti escluse la malaria e le malattie tropicali;
- L'annegamento, l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore e altre influenze termiche ed atmosferiche;
- Gli infortuni sofferti in stato di malore, vertigini e incoscienza;
- Gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi,

- Gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva.

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Garanzia volo
Le garanzie sono estese agli infortuni che le persone assicurate subiscano durante i viaggi aerei turistici e di trasferimento effettuati in qualità di passeggeri di velivoli ed elicotteri da chiunque esercitati.
Il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Sono esclusi i conti intestati ad Enti pubblici e morali.

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si segnalano le seguenti limitazioni di copertura

L'indennità per il caso di invalidità permanente non è cumulabile con quella per il caso di morte.
Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Le garanzie cessano in ogni caso al compimento dello 85esimo anno di età.
Per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità sino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine senza che in contrario si possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta; premi che verrebbero in tal caso restituiti alla Banca Contraente.

L'assicurazione non è valida se la morte o la invalidità permanente non si siano verificate entro un anno dal giorno dell'infortunio.

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto la influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.
Parimenti nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.
Resta inteso che in caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali di cui al D.P.R. n. 1124 del 30 06 1965 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

Garanzia volo
La Garanzia non è operante per le Società e/o Aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri, o da aeroclubs.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro** La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata del certificato medico, deve essere fatta dall'infortunato o dai suoi aventi diritto entro 30 giorni dall'infortunio stesso all'Istituto contraente, che provvederà entro 10 giorni dal momento in cui ne è venuto a conoscenza a darne comunicazione alla Compagnia.
	Assistenza diretta/in convenzione: Non presente
	Gestione da parte di altre imprese: Non presente
	Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Obblighi dell'impresa	La liquidazione è effettuata a guarigione avvenuta dopo gli accertamenti del caso. La Compagnia è tenuta a corrispondere anticipi sugli indennizzi.

Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	A seguito di recesso dal contratto, se non con effetto dalla scadenza di una rata di premio, si farà luogo al rimborso al Contraente del premio annuo pagato e non goduto, tranne le imposte.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non previsto

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto
Risoluzione	Non previsto

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ai clienti di Romagna Banca Credito Cooperativo S.C. che intendono tutelarsi dagli infortuni.

Quali costi devo sostenere?

- **Costi di intermediazione**

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Infortuni	74%

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 al seguente indirizzo: BCC Assicurazioni S.p.A. – Servizio Reclami – Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) – 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.

All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: **ivass@pec.ivass.it .** Info su: **www.ivass.it.**
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazioni 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. **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 sorgano controversie sulla natura delle lesioni, sulle loro conseguenze o sul grado di invalidità permanente, la vertenza è deferita a due medici – nominati uno dall'Assicurato e uno dalla Compagnia – che si riuniscono presso la sede della Compagnia che gestisce la polizza. Se il disaccordo persiste, i due medici ne nominano un terzo, le decisioni sono prese a maggioranza. Se una parte nomina il proprio medico o se manca l'accordo sulla nomina di un terzo medico, la scelta è fatta su richiesta di una delle parti, dal consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione del luogo in cui deve riunirsi il collegio. Ciascuna delle parti sostiene le spese del medico da essa designato e contribuisce in misura della metà alle spese del 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.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

BCC Assicurazioni S.p.A.
Sede legale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7- 20141 Milano (MI) – Italia – Pec bcc.assicurazioni@actaliscertymail.it - Tel. +39 02 46 62 75 – Cap. Soc. Euro 14.448.000,00 i.v. – C.F., Partita IVA e iscr. Reg. Imp. di MI n. 02652360237 – REA del C.C.I.A. di Milano n. MI 1782224 – Società sottoposta alla direzione e coordinamento di Assimoco S.p.A. capogruppo del Gruppo Assimoco – Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996 ed iscritta all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00124
www.bccassicurazioni.com

BCC ASSICURAZIONI

DOCUMENTO INFORMATIVO DI SINTESI
Infortuni Correntisti

Le informazioni contenute nel presente documento sono finalizzate alla corretta comprensione, da parte dell'Assicurato, 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 in caso di sinistro.

II. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

BCC Assicurazioni S.p.A.

a) BCC Assicurazioni S.p.A.
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);

c) Telefono: 02/466275; 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;

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)

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 06/42133745 o 06/42133353, 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

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

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

Assicurazione: contratto di assicurazione.

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

Contraente: RomagnaBanca Credito Cooperativo Romagna Est e Sala di Cesenatico S.c., in forma abbreviata "*RomagnaBanca Credito Cooperativo S.c.*", C.so Perticari n. 25/27 – 47039 Savignano sul Rubicone (FC), che agisce in nome e per conto dei propri clienti assicurati.

Contratto/Polizza: documento che prova l'assicurazione.

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

Indennizzo: somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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

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

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

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

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

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

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

Società: BCC Assicurazioni S.p.A., con sede Legale in Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI)

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
Con la presente polizza si assicurano contro gli:

- INFORTUNI PROFESSIONALI
  ed
- EXTRAPROFESSIONALI

i Clienti dell'Istituto Contraente, residenti o no in Italia, intestatari dei seguenti rapporti in euro ed in valuta estera presso gli sportelli della banca Contraente operanti nel territorio nazionale:

- Conti correnti di corrispondenza intestati a persone fisiche o Società, attivi o passivi (compreso quelli per anticipi all'esportazione o per anticipi su documenti o effetti, ceduti salvo buon fine);
- Depositi a risparmio, liberi o vincolati;
- Depostiti a risparmio al portatore, liberi o vincolati;
- Buoni fruttiferi nominativi;
  - Conto gestione titoli (BOT – CCT ed altri Titoli emessi dallo Stato ed Enti Pubblici italiani; Titoli di Stato esteri; Certificati di Deposito emessi dalla
  - Banca Credito Cooperativo S.c., da altri istituti Creditizi ed altri Enti italiani ed esteri; Azioni italiane ed estere; BOC; Fondi comuni italiani ed esteri; Fondi assicurativi italiani ed esteri;quote Sicav; Titoli atipici (reverse convertibile) ecc. ecc.);
- Finanziamenti speciali di qualsiasi tipo, a tasso normale o agevolato;
- Mutui ipotecari e chirografari (compreso i crediti personali, crediti al consumo e le sovvenzioni dirette);
- Partite da sistemare e crediti verso la clientela
- Castelletti sconto;
- Finanziamenti all'import-export in euro – valuta estera;
- Altri finanziamenti in euro – valuta estera alla clientela;

e comunque si intendono assicurati tutti i rapporti per i quali la Banca Contraente ha corrisposto il relativo premio annuo.

L'assicurazione sarà operante a favore:

A) Delle persone fisiche intestatarie e/o cointestatarie dei rapporti nominativi, nonché delle persone fisiche titolari di Ditte individuali, che siano intestatarie di rapporti nominativi.
B) Delle persone fisiche partecipanti in qualità di Soci a Società di fatto e d a Società Semplici che siano intestatarie di rapporti nominativi.

Si considerano persone fisiche anche i titolari di Ditte individuali.
Nel caso di Società in qualsiasi forma costituita, in mancanza di diversa comunicazione all'Istituto Contraente, la garanzia sarà valida a favore del legale rappresentante della Società stessa.

Qualora i Legali rappresentanti risultassero più di uno la somma assicurata si intende ridotta in proporzione al numero dei Legali rappresentanti della Società stessa sia per saldo creditore che debitore.

Per le Società di fatto vale quanto previsto per i conti cointestati.

Dalle garanzie sono esclusi i conti intestati ad Enti pubblici e morali.

Per quanto riguarda i depositi a risparmio al portatore (liberi o vincolati), la Compagnia di Assicurazione assicura le persone fisiche designate dai possessori dei libretti con indicazione sottoscritta riportata su apposita scheda (leggasi contratto di apertura deposito a risparmio) predisposta e conservata dall'Istituto Contraente.

ART. 2 – PRESTAZIONI ASSICURATIVE
L'assicurazione viene prestata per il caso di morte e per il caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% (al 25% per rapporti intestati ai minori di anni 14) calcolato a termine di polizza secondo quanto previsto dalla Tabella INAIL di cui D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965.
La somma assicurata viene stabilita nell'ammontare pari al saldo in linea capitale ed interessi, siano essi creditori o debitori, risultante dalle evidenze contabili della Banca Contraente il giorno precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio con il massimo per ogni conto di:

- € 61.975,00 qualora l'infortunato risulti intestatario solo o con altri di più conti anche indirettamente quale socio delle società titolari a loro volta di uno o più conti, la somma sarà pari alla somma dei saldi dei singoli conti esclusa ogni compensazione, ma l'indennizzo non potrà superare la somma di:

- € 103.291,00 nel caso di esistenza di specifico conto gestione titoli, debitamente assicurato e più conti intestati alla medesima persona, l'indennizzo non potrà superare globalmente la somma complessiva di:

- € 154.937,00 in caso di sinistro che coinvolga contemporaneamente più assicurati, la Compagnia corrisponderà un indennizzo globale non superiore a:

- € 1.032.914,00 qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo gli stessi verranno proporzionalmente ridotti in relazione all'entità dei conti dei singoli assicurati.

Si conviene inoltre che, nel caso il conto sia cointestato a più persone fisiche, Società di fatto e Società semplici, la somma assicurata:

- Si intende ridotta in proporzione al numero dei cointestatari e dei soci se il saldo del conto è creditore;
- Non subisce riduzione proporzionale se il saldo del conto è debitore.

Il saldo dei conti con i relativi interessi da contabilizzare si determina avendo riguardo alle operazioni non ancora contabilizzate, ma iniziate anteriormente alla data dell'infortunio.
Per i conti in valuta estera da segnalare in euro deve essere preso in considerazione il saldo del giorno precedente, come sopra indicato, al cambio del giorno dell'infortunio.

La Compagnia corrisponde all'Assicurato in caso di ricovero per infortunio, (indennizzabile ai sensi delle condizioni sopraindicate) in Istituti di Cura Pubblici o Privati, una indennità giornaliera di:
- € 26,00 con un massimo risarcimento di:
- € 1.549,00 per persona e per anno assicurativo.

ART. 3 – DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE
Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:
1) Dalla guida od uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto per il rischio volo dall'ART. 5;
2) Dalla guida di veicoli o natanti, se l'Assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
3) Dalla pratica di sport aerei in genere, del paracadutismo, del salto dal trampolino con sci o idrosci, dello sci acrobatico e del bob;
4) Da corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
5) Dall'abuso di alcoolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;

6) Da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
7) Da movimenti tellureci, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
8) Da guerra e insurrezioni;
9) Da trasmutazioni del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre escluse le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio gli infarti miocardici e qualsiasi tipo di ernia, salvo quanto stabilito nel successivo ART. 4.

ART. 4 – ESTENSIONE DELLE GARANZIE

L'assicurazione comprende:

- L'asfissia causata da fuga di gas o vapore;
- Le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze, compresi l'avvelenamento e le lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- Le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti escluse la malaria e le malattie tropicali;
- L'annegamento, l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore e altre influenze termiche ed atmosferiche;
- Le ernie addominali traumatiche e le lesioni da sforzo;
- Gli infortuni sofferti in stato di malore, vertigini e incoscienza;
- Gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi,
- Gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 5 GARANZIA VOLO

Le garanzie sono estese agli infortuni che le persone assicurate subiscano durante i viaggi aerei turistici e di trasferimento effettuati in qualità di passeggeri di velivoli ed elicotteri da chiunque esercitati, tranne che da Società e/o Aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri, o da aeroclubs.

Il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Il cumulo delle somme assicurate con la presente polizza e di altre assicurazioni, da chiunque stipulate, a favore degli assicurati per il rischio volo in abbinamento a Polizze Infortuni comuni "cumulative" non potrà superare i capitali di:

PER PERSONA

- € 1.032.914,00 CASO MORTE
- € 1.032.914,00 CASO INVALIDITA' PERMANENTE
- € 259,00 CASO DI INABILITA' TEMPORANEA

COMPLESSIVAMENTE PER AEROMOBILE

- € 5.164.569,00 CASO MORTE
- € 5.164.569,00 CASO INVALIDITA' PERMANENTE
- € 5.169,00 CASO DI INABILITA' TEMPORANEA

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni "cumulative" stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione proporzionale sulle singole polizze.

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

ART. 6 – LIMITI DI ETA'
L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli anni 75.

A parziale deroga di quanto sopra indicato. Per le persone di età:

- DA OLTRE 75 ANNI E FINO 80 ANNI NON COMPIUTI le garanzie sono comunque operative con un massimale ridotto ad € 25.823,00 per uno o più conti della medesima persona.
- DA OLTRE 80 ANNI E FINO 85 NON COMPIUTI le garanzie sono comunque operative con un massimale ulteriormente ridotto ad € 10.300,00 per uno o più conti della medesima persona.

Le garanzie cessano in ogni caso al compimento dello 85esimo anno di età.

Per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità sino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine senza che in contrario si possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta; premi che verrebbero in tal caso restituiti alla Banca Contraente.

ART. 7 – PERSONE NON ASSICURABILI
Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentale, alcolismo, tossicodipendenza e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.
L'assicurazione è prestata per il solo caso morte nei confronti delle persone che siano cieche o affette da infermità o difetti fisici, diversi da quelli sopraindicati e che riducano in misura superiore al 50% la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo.

ART. 8 – LIMITI TERRITORIALI
L'assicurazione vale per il mondo intero.
La valutazione dell'invalidità permanente ed il pagamento degli indennizzi vengono effettuati in Italia in euro.

ART. 9 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE
Il presente contratto è stipulato per la durata di anni uno a partire dalle ore 24.00 del 31 12 2007 e fino alle ore 24 del 31 12 2008.
L'assicurazione ha effetto mediante l'anticipo pagamento del premio, come indicato nell'ART. 11.

ART. 10 – PROROGA DEL CONTRATTO
In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza. L'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

ART. 11 - REGOLAZIONE DEL PREMIO
…..omissis……

ART 12 - PAGAMENTO DEL PREMIO DA PARTE DELLA BANCA CONTRAENTE
….omissis….

ART 13 – 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. 14 – DECORRENZA E COSTO DELLE GARANZIE A FAVORE DEI SINGOLI ASSICURATI
Per i conti nominativi l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno successivo a quello di apertura del rapporto bancario.
Per i conti al portatore l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno successivo a quello di designazione dell'assicurato sulla apposita "scheda" (leggasi contratto di apertura deposito a risparmio) che deve essere conservata dall'Istituto contraente come precisato nell'ART. 1.
Per ciascun Assicurato il costo annuo della garanzia assicurativa è fissato in € 12,00.

ART. 15 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO
La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata del certificato medico, deve essere fatta dall'infortunato o dai suoi aventi diritto entro 30 giorni dall'infortunio stesso all'Istituto contraente, che provvederà entro 10 giorni dal momento in cui ne è venuto a conoscenza a darne comunicazione alla Compagnia.

ART. 16 – OBBLIGHI SUCCESSIVI ALLA DENUNCIA
In caso di infortunio che abbia dato luogo ad invalidità l'assicurato deve:

- Ricorrere alle cure del medico e seguirne le prescrizioni;
- Essere disponibile alla visita dei medici designati dalla Compagnia e ad eventuali altri accertamenti;
- Fornire alla Compagnia ed ai suoi incaricati ogni informazione ed esibire copia della cartella clinica.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso telegrafico alla Compagnia che gestisce il contratto.
Anche i famigliari o gli aventi diritto dell'infortunato devono consentire qualsivoglia indagine che la Compagnia ritenga necessaria.

ART. 17 – CRITERI DI INDENNIZZABILITA' E LIQUIDAZIONE
L'assicurazione è valida purché la morte o la invalidità permanente si siano verificate entro un anno dal giorno dell'infortunio.
La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto la influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Resta inteso che in caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali di cui al D.P.R. n. 1124 del 30 06 1965 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

La liquidazione è effettuata a guarigione avvenuta dopo gli accertamenti del caso.
La Compagnia è tenuta a corrispondere anticipi sigli indennizzi.

ART. 18 – BENEFICIARI DEGLI INDENNIZZI

Quando dai libri contabili dell'Intermediario risulta che il saldo di chiusura del giorno precedente a quello dell'infortunio relativo al/ai rapporto/i con l'Assicurato è a credito dell'Istituto Contraente, la somma risarcibile, sia per il caso di Morte che di Invalidità permanente pari o superiore al 60%, spetta allo stesso Intermediario che la utilizzerà a copertura del saldo passivo del/i rapporto/i intestato/i all'Assicurato.
Quando invece il saldo di chiusura risulta a credito dell'Assicurato, la somma risarcibile viene corrisposta:

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

ART. 19 – CUMULO INDENNITA'

L'indennità per il caso di invalidità permanente non è cumulabile con quella per il caso di morte.
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, la Compagnia paga agli eredi l'importo liquidato.

ART. 20 – CONTROVERSIE SULLA NATURA E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

Qualora sorgano controversie sulla natura delle lesioni, sulle loro conseguenze o sul grado di invalidità permanente, la vertenza è deferita a due medici – nominati uno dall'Assicurato e uno dalla Compagnia – che si riuniscono presso la sede della Compagnia che gestisce la polizza.
Se il disaccordo persiste, i due medici ne nominano un terzo, le decisioni sono prese a maggioranza.
Se una parte nomina il proprio medico o se manca l'accordo sulla nomina di un terzo medico, la scelta è fatta su richiesta di una delle parti, dal consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione del luogo in cui deve riunirsi il collegio.
Ciascuna delle parti sostiene le spese del medico da essa designato e contribuisce in misura della metà alle spese del terzo medico.

ART. 21 – COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia diversa da quella prevista dall'articolo precedente è esclusivamente competente l'autorità giudiziaria del luogo dove ha sede la Compagnia.

ART. 22 – ALTRE ASSICURAZIONI

La contraente è tenuta a denunciare alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre polizze riguardanti prestazioni analoghe per le stesse persone assicurate con il presente contratto.

La Compagnia entro 30 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni; in tal caso la Compagnia rimborsa la quota di premio netta relativa al periodo di rischio non corso.
In caso di mancata comunicazione l'indennizzo dovuto è ridotto nella proporzione esistente tra la somma assicurata con la presente polizza e la somma complessivamente assicurata con tutti i contratti.

Se al contraente omette dolosamente la comunicazione, la Compagnia non è tenuta a pagare l'indennizzo.

ART. 23 – RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Compagnia rinuncia ad avvalersi del disposto dell'Art. 1916 del c.c. verso i responsabili del sinistro.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi delle disposizioni degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.