

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 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, 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 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 in conseguenza di sue azioni delittuose;
 - ✗ Che derivino da atti violenti a movente politico, subiti dall'Assicurato 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 subacquee 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.
-
- 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.

Polizza infortuni

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

Società: BCC Assicurazioni
Prodotto Infortuni clienti



Data di aggiornamento: 01/07/2021 – 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. (gruppo Cattolica Assicurazioni), sede legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano - Telefono: 02/466275; Sito Internet: www.bccassicurazioni.com; e-mail: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione tenuto da IVASS al n. 1.00124 ed autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996., iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

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

- del Patrimonio Netto è pari a 16,9 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 14,4 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1,7 milioni di euro);
 - del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 10,1 milioni di euro (a);
 - del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 3,7 milioni di euro;
 - dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 20,1 milioni di euro (b).
 - dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 20,1 milioni di euro
- Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,00 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 informazioni di dettaglio relativamente alle garanzie assicurative offerte a seconda del pacchetto scelto. Si precisa inoltre che il presente prodotto assicurativo consiste in una polizza collettiva stipulata tra l'Impresa ed un Contraente ed a cui è possibile aderire assumendo la qualità di Assicurato, con relativi diritti ed obbligazioni.

Informazioni integrative

Sia per il **Pacchetto A** che per il **Pacchetto B**

1) *sono assicurate* le persone fisiche, anche titolari di ditte individuali, intestatarie di rapporti nominativi; i partecipanti, in qualità di soci, a società di persone al nome delle quale sono intestatarie e/o cointestatarie di rapporti nominativi.

2) *per rapporti bancari* si intendono:

- i conti corrente attivi e/o passivi, in euro e valuta estera;
- i libretti di deposito a risparmio;
- i mutui ipotecari e chirografari (compresi i prestiti personali);
- le anticipazioni su titoli e valori;

- le anticipazioni su merci e documenti rappresentativi di merci;
- lo sconto e le anticipazioni su crediti;
- i prestiti o finanziamenti, in qualsivoglia forma tecnica, comunque denominati, ^{sempre} anche cambiari, a tasso normale od agevolato;
- i depositi cauzionali per contratti e in titoli;
- i finanziamenti in valuta all'importazione ed all'esportazione;
- i certificati di deposito e buoni fruttiferi.

3) Sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da:

- a) colpa grave dell'Assicurato;
- 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 alto dal trampolino, idrosci, 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 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.

In relazione al **Pacchetto A** la garanzia è prestata per una somma uguale al saldo di chiusura risultante dai libri dell'Intermediario alle ore 24:00 del giorno precedente all'infortunio con un limite massimo di euro 130.000,00 e in particolare:

- in caso di **Invalidità Permanente** la somma indennizzabile ha il limite massimo di euro 130.000,00 e la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti la somma delle percentuali di invalidità arriva fino al valore massimo del 100%.
- in caso di sinistro che coinvolga più assicurati, la Società corrisponderà la somma massima di euro 1.033.000,00.
- in relazione alle **Rette di degenza** il rimborso è prestato fino alla concorrenza di euro 5.200,00 con il limite giornaliero di euro 52,00.
- in relazione alle **Spese di rimpatrio** il limite massimo annuo è di euro 2.500,00.

In relazione al **Pacchetto B**, in aggiunta a quanto previsto nel Pacchetto A, si aggiunge la sommatoria delle operazioni di accredito (quali ad esempio accrediti per stipendi, versamenti in contanti e interessi netti accreditati dalla Banca che colloca il prodotto) eseguite sul rapporto assicurato nei 12 mesi precedenti quello dell'infortunio fermo restando il massimo indennizzabile di euro 130.000,00 sia per il caso di una posizione che per il caso di più posizioni intestate al medesimo assicurato.

Per il **rischio volo** la somma delle garanzie prestate con la presente assicurazione e con 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
- Compressivamente 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.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisano le seguenti limitazioni di copertura.

In relazione al **Pacchetto A** qualora il rapporto sia cointestato a più persone fisiche, o intestato a Società di Persone l'indennità sarà ridotta proporzionalmente al numero dei cointestatari o dei soci della Società di persone, salvo che il rapporto sia debitore. In quest'ultimo caso l'indennità sarà liquidata in misura uguale all'importo a credito dell'Intermediario, senza, quindi, l'applicazione della riduzione proporzionale indicata.

Vi sono ulteriori limitazioni relativamente alle seguenti prestazioni:

- **Invalidità permanente**

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

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

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.¹¹¹ 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 allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

- **Rette di degenza**

Nel caso in cui il ricovero avvenga a carico del Servizio Sanitario Nazionale, all'indennizzo si applica una franchigia assoluta di 8 giorni compreso il giorno di ricovero, che non sono pertanto indennizzati. Il giorno di dimissione non è indennizzato.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Sia per il Pacchetto A che per il Pacchetto B la denuncia di sinistro deve essere presentata alla Società entro 5 giorni feriali dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi ne abbiano avuto la possibilità o ne siano venuti a conoscenza. Se l'infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso a Cattolica Assicurazioni telefonando al numero verde 800.206692 o mandando un fax allo 800.33.44.31 o una email a sinistri@bccassicurazioni.bcc.it L'assicurato (i familiari o i suoi eredi) si impegnano per consentire le indagini necessarie e autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni necessarie per la liquidazione dell'indennizzo.
	Assistenza diretta/in convenzione: Non sono previste prestazioni fornite direttamente all'assicurato da enti/strutture convenzionate con la Compagnia.
	Gestione da parte di altre imprese: Non vi sono altre imprese di assicurazioni incaricate della trattazione dei sinistri.
	Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione 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	Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e valutato il danno, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto.



Quando e come devo pagare?

Premio	Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si precisa che ogni Assicurato è tenuto a versare un Premio Annuale per ogni rapporto oggetto di assicurazione pari all'importo di • Euro 11,00 per il Pacchetto A • Euro 19,00 per i soli rapporto di conto corrente e libretti di deposito a risparmio nominativi per il Pacchetto B Nel caso di rapporti assicurati dopo il 30 giugno, dal momento che le garanzie assicurative scadono sempre il 31 dicembre, il premio sarà ridotto a • Euro 5,50 per il Pacchetto A • Euro 9,90 per i soli rapporto di conto corrente e libretti di deposito a risparmio nominativi per il Pacchetto B
Rimborso	Non previsto



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite del DIP danni.
Sospensione	Non è prevista.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è previsto un diritto di ripensamento dopo l'adesione alla polizza
Risoluzione	Non prevista



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

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

Infortuni	40 %
-----------	------

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 Società al seguente indirizzo: BCC Assicurazioni S.p.A - Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazioni S.p.A. Servizio Reclami di Gruppo ^[SEP] Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) Fax: 02.21072280 ^[SEP] 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. ^[SEP]
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 (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	<i>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</i> <i>La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi</i>
Negoziazione assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Sistema di risoluzione alternativa delle controversie non obbligatorio. Facoltativa</i>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Qualora tra la Società e l'Assicurato 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. ^[SEP] 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. ^[SEP] 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. ^[SEP] 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.

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

DOCUMENTO INFORMATIVO DI SINTESI

Infortunati Clienti

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. Società del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. 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: in Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia;
- c) Telefono: 02/466275; Sito Internet: www.bccassicurazioni.com; e-mail: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.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 c/o Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 02.21072280
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:

Assicurato:

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.

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, contenente dichiarazioni rilevanti ai fini dell'assicurazione.

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 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, 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 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 in Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 MILANO.

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

(...omissis...)

Per le annualità successive alla prima il contratto ha durata annuale decorrente dalle ore 24.00 del 31/12 di ogni anno ed ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio Minimo.

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.

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.

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, 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. 10 - COMUNICAZIONI

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

***BCC Assicurazioni S.p.A.
Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano,
Tel. 02 466275 Fax: 02 21072250***

Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato 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 c/o Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Servizio Reclami di Gruppo

Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)

Fax: 02.21072280

E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo dell'Assicurato; 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 esauritiva 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 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 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;
- 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, idrosci, 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 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 in conseguenza di sue azioni delittuose;
- d) che derivino da atti violenti a movente politico, subiti dall'Assicurato 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, 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.

Art. 17 – COSTO DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Ogni Assicurato 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.

Poiché le garanzie assicurative scadono tutte il 31 DICEMBRE, indipendentemente dalla data di decorrenza della garanzia, si conviene che per i rapporti assicurati dopo il 30 GIUGNO (I semestralità) il premio, per il primo anno di adesione, per ogni singolo rapporto assicurato, si intenderà ridotto a :

Pacchetto A € 5,50;
Pacchetto B € 9,50 per i soli rapporti di conto corrente e libretti di deposito a risparmio nominativi.

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, 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 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, 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 o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso a:

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.
Ufficio Sinistri
Via Fermi 11/D - 37135 Verona
oppure telefonando al Numero Verde 800.206692
Fax 800.33.44.31
e-mail: sinistire@bccassicurazioni.bcc.it

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

L'Assicurato, 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 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; in mancanza di detta documentazione saranno ritenute sufficienti le evidenze contabili, ferma la facoltà di rivalsa nei confronti del Contraente qualora l'Assicurato 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 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 viene corrisposta:

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

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA

**Il presente documento è valido a decorrere dal 31 ottobre 2013 e costituisce parte integrante del
Set Informativo/Prospetto d'offerta**

In seguito all'emanazione del Provv. 7 IVASS del 16/07/2013 recante "Disposizioni in materia di Gestione dei rapporti assicurativi via web, attuativo dell'articolo 22, comma 8, del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con legge 17 dicembre 2012, n. 221 – Modifiche al Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010" la Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet un'apposita area a Lei riservata, tramite la quale le sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze nonché i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate.

L'accesso alle informative via web ha la finalità di favorire una più efficace gestione dei rapporti assicurativi valorizzando il canale di comunicazione telematico quale strumento per accrescere la trasparenza e semplificare il rapporto impresa-assicurato.

La informiamo che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area a Lei riservata, secondo le modalità pubblicate nella *home page* del sito *internet* della Compagnia.