

FASCICOLO INFORMATIVO

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA PERSONA

CARISMI SICURO FORMA GLOBALE

Convenzione Collettiva Numero: **518**

Prestazioni assicurate da:



Società Cattolica di Assicurazione
Società Cooperativa

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

- a) Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962, Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378, Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012;
- b) Sede Legale e Direzione Generale: Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona, Italia;
- c) Telefono: 045.8391111; sito Internet: www.cattolica.it, cattolica@cattolicaassicurazioni.it;
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: art. 65 R.D.L. 29/4/1923 N° 966;
- e) Società di revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A., Sede legale: Via G.D. Romagnosi, 18/A – 00196 Roma.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 1.303 milioni di euro (capitale sociale: 170 milioni di euro – totale riserve patrimoniali: 1.074 milioni di euro).

L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 3,48 ed è determinato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

3. Conflitto di interessi

La Società si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Società stessa ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di Gruppo o rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.

In ogni caso la Società, pur in presenza di situazioni di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio al Contraente e si impegna ad ottenere per il Contraente il miglior risultato possibile.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Convenzione Collettiva

La presente Convenzione, stipulata dalla Banca con la Compagnia ha durata annuale con tacito rinnovo.

Singole Coperture Assicurative

Le singole coperture assicurative sottoscritte dagli Assicurati mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione hanno durata:

- **per le Adesioni accese in corso d'anno:** dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione (sarà sempre il primo del mese successivo a quello di sottoscrizione) sottoscritto dall'Assicurato e termina 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 con tacito rinnovo.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli specifici articoli delle CGA: Art. 2

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta

La disdetta della Convenzione contratta da parte della Banca deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza della Convenzione stessa.

In caso di disdetta da parte della Banca Contraente della Convenzione, le garanzie assicurative prestate a favore dei singoli Assicurati, resteranno comunque in vigore fino alla loro naturale scadenza, secondo quanto previsto dai successivi art. 2 delle CGA.

La disdetta della Copertura assicurativa da parte degli Assicurati deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r., anche per il tramite delle filiali della Banca Contraente, e spedita almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della Copertura stessa, indicata nel Modulo di Adesione.

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

4.1 Coperture assicurative offerte

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Convenzione, la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato in relazione alle garanzie riportate negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- Sezione Malattia
 - a) Rimborso spese mediche ospedaliere – art. 22
 - b) Rimborso spese mediche per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure domiciliari ed ambulatoriali – art. 25
 - c) Indennità giornaliera sostitutiva – art. 27
- Sezione Diaria da ricovero
 - a) Ricovero in istituto di cura – art. 34
 - b) Day Hospital - art. 34
- Sezione Domiciliazioni Protette

- a) Inabilità totale temporanea – art. 51
 - b) Perdita di impiego – art. 54
 - c) Ricovero ospedaliero – art. 58
- Sezione Responsabilità civile – art. 61
- Sezione Scippo
 - a) Rapina – art. 68
 - b) Scippo – art. 68
 - c) Furto con destrezza – art. 68
 - d) Furto – art. 68
- Sezione Assistenza Veicoli – art. 76

4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni

Dalle garanzie sono esclusi :

- Sezione Malattia – art. 17
 - a) Rimborso spese mediche ospedaliere – art. 23
 - b) Rimborso spese mediche per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure domiciliari ed ambulatoriali
 - c) Indennità giornaliera sostitutiva
- Sezione Diaria da ricovero – art. 35
- Sezione Domiciliazioni Protette – art. 47
 - a) Inabilità totale temporanea – art. 52
 - b) Perdita di impiego – art. 55
 - c) Ricovero ospedaliero – art. 59
- Sezione Responsabilità civile – art. 64
- Sezione Scippo – art. 69
- Sezione Assistenza Veicoli – art. 77

4.3 AVVERTENZA – Franchigie, Scoperti, Massimale

Per le indicazioni di eventuali Franchigie, Scoperti e Massimali, si fa riferimento ai seguenti articoli delle CGA:

- Sezione Malattia
 - a) Rimborso spese mediche ospedaliere – art. 22
 - b) Rimborso spese mediche per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure domiciliari ed ambulatoriali – art. 26
 - c) Indennità giornaliera sostitutiva – art. 27
- Sezione Diaria da ricovero
- Sezione Domiciliazioni Protette
 - a) Inabilità totale temporanea – art. 51
 - b) Perdita di impiego – art. 54
 - c) Ricovero ospedaliero – art. 58
- Sezione Responsabilità civile – art. 63
- Sezione Scippo – art. 72
- Sezione Assistenza Veicoli – art. 76

Esempio numerico di Scoperto

Somma assicurata : € 15.000

Ammontare del danno : € 5.000

Scoperto del 30% con un minimo di € 2.000 : (€ 5.000 x 30%) = € 1.500 → scoperto € 2.000

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 5.000 - € 2.000 = € 3.000

Esempio numerico di Franchigia

Es.1

Somma assicurata : € 100.000

Ammontare del danno : €10.000

Franchigia fissa: € 150

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 10.000 - € 150 = € 9.850

Es. 2

Somma assicurata : € 100.000

Ammontare del danno : €100

Franchigia fissa: € 150

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 0

4.4 AVVERTENZA – Età Assicurabile

Per la Sezione Domiciliazioni Protette:

L'assicurazione vale per le persone di età non inferiore a 18 anni né superiore a 64 anni.

Per tutte le altre Sezioni:

L'assicurazione vale per le persone di età non inferiore a 18 anni e non superiore a 75 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungano il 75esimo anno di età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale del contratto.

4.5 AVVERTENZA – Periodi di Carenza

Per la garanzie “*malattia*” i periodi di Carenza sono quelli di seguito indicati

- Sezione Malattia – art. 19
- Sezione Diaria da ricovero – art. 37
- Sezione Domiciliazioni Protette – art. 44

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c..

5.2 AVVERTENZA - Cause di nullità e/o cessazione delle garanzie:

La copertura assicurativa cessa ogni effetto alle ore 24.00 del giorno in cui il Cliente/Correntista interrompe ogni rapporto con la Banca Contraente.

La compagnia rimborsa alla Banca Contraente l'eventuale premio imponibile pagato e non goduto (al netto delle imposte).

5.3 AVVERTENZA - Questionario Sanitario:

Si richiama l'Attenzione dell'Assicurato a rendere dichiarazioni esatte complete e veritiere in ordine alle domande poste nel questionario sanitario/Dichiarazione dello stato di salute determinante per la valutazione ed assunzione del rischio, con l'avvertenza che ove ciò non avvenga o risultino poi dichiarazioni inesatte incomplete

o non veritiere la garanzia assicurativa potrà in tutto o in parte non essere operante o essere annullata dall'origine.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio.

Gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civ..

7. Premio

La Banca Contraente della Convenzione e la Società confermano che il pagamento del premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca affinché operi un addebito annuale ricorrente, sul Conto corrente dell'Assicurato pari all'importo del Premio assicurativo dovuto ed indicato sul Modulo di adesione sottoscritto.

Per ogni Assicurato il premio assicurativo comprensivo di imposte, è così definito:

ETA' DELL'ASSICURATO	GARANZIE	PREMIO LORDO ANNUALE
Fino a 65 anni	A - Malattia B – Diaria da Ricovero C – Domiciliazioni Protette D – Responsabilità Civile E – Scippo F – Assistenza Veicoli	€ 600,00
Oltre 65 anni	A - Malattia B – Diaria da Ricovero D – Responsabilità Civile E – Scippo F – Assistenza Veicoli	€ 600,00

Poiché le garanzie assicurative scadono tutte il 31 DICEMBRE, indipendentemente dalla data di decorrenza della garanzia, si conviene che per il primo anno di adesione, per ogni singola copertura assicurativa, il premio si intenderà ridotto secondo la seguente tabella:

Mese di Adesione	Premio Lordo	Mese di Adesione	Premio Lordo
Gennaio	€ 600,00	Luglio	€ 300,00
Febbraio	€ 550,00	Agosto	€ 250,00
Marzo	€ 500,00	Settembre	€ 200,00
Aprile	€ 450,00	Ottobre	€ 150,00

Maggio	€ 400,00	Novembre	€ 100,00
Giugno	€ 350,00	Dicembre	€ 50,00

7.2 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato

- Addebito in conto corrente.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

La Polizza non prevede adeguamenti o indicizzazioni del premio.

9. AVVERTENZA - Rivalse:

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio si conviene che nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 cod. civ.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

11. Legge applicabile al contratto

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

12. Regime fiscale

I premi relativi sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del:

- Infortuni, malattia Perdite Pecuniarie 2,5%
- Responsabilità Civile 22,25%
- Scippo 22,25%
- Assistenza 10%

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro – Sezione Malattia

In caso di sinistro, l'Assicurato procederà alla denuncia secondo le seguenti modalità:

1. agli istituti di cura convenzionati solo per i ricoveri: In questo caso Cattolica paga le spese sostenute direttamente all'istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali;
2. agli istituti di cura non convenzionati per i ricoveri e per i rimborsi previsti alle sezioni IB e IC In questo caso Cattolica rimborsa le spese sostenute all'Assicurato al netto delle eventuali franchigie e /o limitazioni contrattuali.

1 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI – PAGAMENTO DIRETTO

In questo caso l'assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi dovrà preventivamente contattare telefonicamente la Centrale Operativa:

Mapfre Warranty
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato
dall'Italia al numero verde 800 -90.48.26
dall'estero al numero +39.015.255.96.40

indicando la prestazione di cui intende usufruire.

La centrale operativa invierà tramite fax o e-mail, seguito del contatto telefonico, all'assicurato il modulo per la richiesta del pagamento diretto.

L'assicurato dovrà restituirlo alla centrale operativa sempre tramite fax o e-mail debitamente compilato con allegata la copia della prescrizione medica della richiesta di ricovero.

La centrale operativa, entro 2 (due) giorni lavorativi successivi alla ricezione del modulo per la richiesta di pagamento diretto verifica la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la certificazione medica allegata.

Se le verifiche danno esito positivo, la centrale operativa autorizza telefonicamente l'assicurato per la gestione del sinistro in convenzione e in questo caso rimborsa le spese direttamente all'istituto di cura convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'assicurato.

Restano a carico dell'assicurato anche le spese:

- per prestazioni non garantite dal contratto,**
- eccedenti il massimale assicurato,**
- non autorizzate dalla centrale operativa, che dovrà rimborsare direttamente all'istituto di cura convenzionato.**

Se le verifiche danno esito negativo, la centrale operativa ne anticiperà telefonicamente all'assicurato le motivazioni e farà seguito con l'invio della comunicazione di negazione alla gestione del sinistro in convenzione.

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità di "ricorso agli istituti di cura non convenzionati".

Resta convenuto che, la Compagnia una volta acquisita la documentazione completa per il ricovero da parte della clinica e analizzando la stessa, dovesse emergere che la prestazione erogata non rientrava completamente e/o parzialmente in copertura assicurativa, l'assicurato dovrà restituire gli importi pagati entro e non oltre 30gg dalla comunicazione di richiesta.

2 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI O IN STRUTTURE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con Cattolica, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, compilare il modulo di richiesta di rimborso delle spese mediche, allegando tutta la documentazione medica e le relative spese .

Il modulo di richiesta di rimborso e la documentazione deve essere inviato a:

MAPFRE WARRANTY
Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI)

entro 30 giorni dalla data dimissione dall'istituto di cura o dalla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

MAPFRE WARRANTY inoltre per le richieste di informazioni riferite ai sinistri,
risponderà telefonicamente al numero verde 800-90.48.26 dall'Italia
oppure al +39.015.255.96.40 dall'estero
operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 18,00,
il sabato dalle ore 8,00 alle ore 12,00.

Per le richieste di rimborso relative alla garanzia "Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e cure ambulatoriali", la prima richiesta di rimborso potrà essere fatta, con la succitata modalità, entro 30 giorni dalla data di ultimazione delle cure e/o visite.

Le denunce effettuate dopo il 30° giorno dalla scadenza dell'annualità assicurativa della polizza, non verranno ammesse al rimborso e la documentazione verrà restituita all'assicurato.

La richiesta di rimborso delle spese mediche deve essere fatta a cure ultimate e corredata dai seguenti documenti giustificativi:

- prescrizione medica riportante sempre la diagnosi (ovvero la motivazione);
- fatture, ricevute fiscali, notule di spesa o ricevute debitamente quietanzate in originale e in copia.
Per le fatture e/o ricevute fiscali di importi superiori a € 77,47 è obbligatoria la marca da bollo da € 1,81 come da Legge vigente.
Le fatture e/o ricevute fiscali prive della succitata marca da bollo non verranno ammesse al rimborso;
- esami medici eventualmente eseguiti o altra documentazione sanitaria;
- cartella clinica e /o documento sostitutivo in copia.

L'assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ulteriore documentazione richiestagli e ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alle patologie denunciate, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La Centrale Operativa ricevuta la documentazione completa di richiesta del rimborso ed esaminata la stessa, provvede se dovuto, al pagamento delle spese al netto delle eventuali limitazioni e/o franchigie previste dal contratto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione.

Qualora la documentazione non dovesse risultare esaustiva ai fini della valutazione del rimborso, la Centrale Operativa ne darà comunicazione scritta all'assicurato e il

termine di 30 giorni decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.

Per le spese sostenute all'estero restano intesi i limiti di copertura previsti all'art. 18 "Estensione territoriale".

In caso di decesso dell'assicurato il rimborso verrà effettuato ai suoi legittimi eredi.

Se l'assicurato ha presentato a terzi gli originali delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avviene previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Il pagamento delle spese a favore dell'assicurato viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente.

Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Qualora, previo le opportune verifiche, la Centrale Operativa non ritenga di dover procedere al rimborso delle spese mediche, ne darà comunicazione scritta all'assicurato per raccomandata con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione ritenuta completa.

OBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SPESE SANITARIE LIQUIDATE DA CATTOLICA E NON DOVUTE

Qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'assicurato ha usufruito del servizio, la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, la centrale operativa invierà all'assicurato, mediante raccomandata con ricevuta di ritorno, la richiesta del recupero delle somme erogate.

L'assicurato e/o in caso di minori i genitori o gli affidatari, dovranno restituire, a Cattolica, secondo le modalità comunicate, le somme indebitamente liquidate da Cattolica, entro e non oltre 30 giorni dalla ricevuta comunicazione.

Qualora l'assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, Cattolica si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti addebitandogli i relativi costi.

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro – Sezione Diaria da ricovero

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro alla Società, entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o egli ne abbia avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento dell'obbligo di denuncia di sinistro, nei termini di cui sopra, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi di quanto previsto all'Art. 1915 del Codice Civile.

L'avviso di sinistro deve essere inviato a:

**MAPFRE WARRANTY
Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI)**

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro – Domiciliazioni Protette

Per dare avviso di Sinistro, l'Assicurato deve debitamente compilare l'apposito modulo - reperibile anche contattando la Società al numero telefonico:

800-394346,

operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00 e inviare lo stesso alla Società:

c/o Financial Insurance Company Limited
- Ufficio Sinistri –
Via San Gregorio, 34 – 20124 Milano,

con lettera raccomandata A.R. unitamente alla seguente documentazione:

- a. **Sinistro per Inabilità Totale Temporanea:** fotocopia della carta di identità o altro documento valido attestante la data di Nascita; certificato Medico rilasciato dal medico o dagli enti preposti (INSP, INAIL) attestante l'Inabilità al lavoro; copia di un documento che attesti lo stato del lavoratore al momento del sinistro (es. Partita Iva); In caso di infortunio documentazione medica attestante le dinamiche (rapporto del 118, pronto soccorso) o delle Autorità se intervenute (polizia, carabinieri); In caso di malattia, copia della cartella clinica completa con la diagnosi; i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente;
- b. **Sinistro per Perdita di Impiego Involontaria:** fotocopia della carta di identità o altro documento valido attestante la data di nascita; copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro riportante la causa del licenziamento; scheda professionale da richiedere al Centro per l'impiego; documento comprovante l'iscrizione presso il Centro per l'Impiego negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia; in caso di Cassa integrazione Guadagni Straordinaria (C.I.G.S.) dichiarazione del datore di lavoro attestante la durata della C.I.G.S.
- c. **Sinistro per Ricovero Ospedaliero:** copia di un documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita; documentazione attestante lo stato di Non Lavoratore, certificato medico di Ricovero in ospedale e copia della cartella clinica; ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

Una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo per Perdita di Impiego Involontaria, e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti inoltre ad inviare alla Società copia di un documento che attesti l'iscrizione all'elenco anagrafico comprovante il permanere dello stato di disoccupato, con le stesse modalità di cui al precedente punto 7.1 ed entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro. In caso di Cassa integrazione Guadagni Straordinaria (C.I.G.S.), l'Assicurato è tenuto ad inviare ogni 30 giorni la dichiarazione del datore di lavoro attestante il perdurare della C.I.G.S.

Una volta avvenuto il pagamento dell'Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea o per Ricovero Ospedaliero, e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, la Società potrà richiedere all'Assicurato la compilazione di un questionario medico ai fini dell'accertamento del perdurante diritto al percepimento dell'Indennizzo.

La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire ulteriori prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla presente Polizza.

Ai fini della valutazione dell'operatività della copertura di cui all'Assicurazione, l'Assicurato dovrà inoltre autorizzare i propri medici curanti affinché forniscano tutte le informazioni e consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società. In caso di mancato adempimento dell'onere di cui al presente paragrafo, la Società non sarà tenuta a corrispondere l'Indennizzo.

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro – Responsabilità Civile
L'Assicurato, o se impossibilitato a farlo i suoi familiari, deve ai sensi dell'art. 1913 cod. civ. dare avviso del sinistro a:

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop
Ufficio Sinistri
Via Fermi 11/D
37135 Verona
oppure telefonando al **Numero Verde 800.206692**
Fax 800.33.44.31

entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza.

La denuncia deve contenere, ove possibile, la descrizione dei fatti, l'indicazione delle conseguenze del sinistro, il nome ed il domicilio dei soggetti danneggiati e degli eventuali testimoni dell'accaduto, la data, il luogo e le cause del sinistro note all'Assicurato.

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro – Scippo

In caso di sinistro l'Assicurato deve, entro 3 giorni dall'accadimento del sinistro stesso, darne avviso alla Società direttamente o tramite lo sportello bancario della Banca Contraente presso il quale è instaurato il rapporto, specificando le circostanze dell'evento e l'importo del danno unendo copia della denuncia fatta all'Autorità competente.

L'avviso di sinistro deve essere inviato a:

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop
Ufficio Sinistri
Via Fermi 11/D
37135 Verona
oppure telefonando al **Numero Verde 800.206692**
Fax 800.33.44.31

L'Assicurato deve inoltre:

a) fornire al Contraente, entro cinque giorni successivi, una distinta particolareggiata dei valori sottratti;

- b) denunciare tempestivamente la sottrazione di titoli di credito anche al debitore, nonché esperire, se la legge lo consente e salvo il diritto alla rifusione delle spese, la procedura di ammortamento;
- c) adoperarsi immediatamente, nel modo più efficace, per il recupero dei valori sottratti.

Le spese fatte a questo scopo dall'Assicurato sono a carico della Società in proporzione della somma assicurata rispetto ai valori sottratti anche se l'ammontare delle spese stesse, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che la Società provi che le spese sono state fatte inconsideratamente. L'Assicurato che non adempie in tutto o in parte gli obblighi di cui sopra perde il diritto all'indennità.

AVVERTENZA - Modalità e termini per la denuncia del sinistro – Assistenza

L'Assicurato si impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla Centrale Operativa tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di assistenza.

La Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato, e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente, ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza.

Salvo quanto espressamente indicato, ogni documento deve sempre essere fornito in **ORIGINALE** (non fotocopie).

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA
--

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento necessiti di Assistenza, l'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

800 – 82.81.69

Oppure al numero: 015 255.95.87

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma a:

**MAPFRE WARRANTY
STRADA TROSSI 66- 13871 VERRONE (BI)**

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. il tipo di assistenza di cui necessita;
2. nome e cognome;
3. numero di polizza preceduto dalla sigla RPAU;
4. indirizzo del luogo in cui si trova;
5. un recapito telefonico attivo per consentire alla Centrale Operativa di richiamarlo nel corso dell'assistenza.

14. Reclami

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

Cattolica Assicurazione Soc. Coop.
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.354
E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.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.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-421331, telefax 06-42133206, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve 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 Internet:

http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm

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

15. AVVERTENZA - Arbitrato

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 dell'Assicurato

- Sezione Malattia – art. 32
- Sezione Diaria da ricovero – art. 41
- Sezione Domiciliazioni Protette – art. 50
- Sezione Responsabilità civile – art. 67

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
(dott. Paolo Bedoni)



GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato

La persona fisica residente e/o domiciliata in Italia, Cliente/Correntista della Banca Contraente, che abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione alla presente assicurazione e che presenti i requisiti di assicurabilità previsti alle singole Sezioni di cui al presente Contratto di Assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Contraente della Convenzione

Cassa di Risparmio di San Miniato S.p.A., Via IV Novembre, 45 – 56027 San Miniato (PI), che stipula la Convenzione di assicurazione con la Società.

Decorrenza

Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Franchigia

La parte di danno indennizzabile non espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Intermediario Collocatore

Cassa di Risparmio di San Miniato S.p.A., Via IV Novembre, 45 – 56027 San Miniato (PI), iscritta alla sez. D del RUI al n° D000050841.

Massimale

La somma massima, stabilita nel contratto, che la Società è tenuta a corrispondere all'assicurato a termini di indennizzo.

Modulo di Adesione

Il Modulo proposto dal Contraente all'Assicurato contenente dichiarazioni rilevanti ai fini dell'assicurazione.

Polizza

il documento che contiene il contratto di assicurazione e ne prova l'esistenza.

Premio

La somma in denaro comprensiva di imposte che la Banca Contraente deve alla Società in base al Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza.

Rischio

La possibilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto

La percentuale dell'importo liquidabile ai termini di polizza che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa con Sede Legale in Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona.

DEFINIZIONI VALIDE PER LA SEZIONE I e II – MALATTIA e DIARIA DA RICOVERO

Accertamento Diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assistenza Infermieristica

l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Centrale Operativa

La struttura di **Mapfre Warranty S.p.A., Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (Biella)**, costituita da: medici, tecnici, operatori, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Centri Clinici Convenzionati

le strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Operativa (ospedali, centri diagnostici e case di cura) alle quali l'Assicurato può rivolgersi, su indicazione e previa autorizzazione della stessa Centrale Operativa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza;

Centri Clinici Non convenzionati

le strutture sanitarie non rientranti tra i centri clinici convenzionati – purché in possesso, all'atto dell'erogazione della prestazione, dei requisiti stabiliti dalla normativa di legge in vigore – alle quali l'Assicurato può comunque rivolgersi per i ricoveri e gli interventi chirurgici necessari, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno.

Day Hospital

la degenza diurna, senza pernottamento, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici. E' escluso il Day Hospital diagnostico anche se praticato chirurgicamente.

Degenza domiciliare

il periodo di ospedalizzazione domiciliare necessario al completamento delle terapie immediatamente successivo ad un ricovero e prescritto dai medici che hanno curato l'assicurato.

Difetto Fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Intervento chirurgico

atto medico, praticato in Istituto di Cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica termica o luminosa. Agli effetti assicurativi si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

Intervento chirurgico ambulatoriale

intervento di chirurgia effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

Istituto di cura

gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, regolarmente autorizzate all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno.

Malattia

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Medici Specialisti Convenzionati

i professionisti convenzionati con la Centrale Operativa che prestano la propria opera saltuariamente o continuativamente, presso le strutture sanitarie.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero

la degenza comportante pernottamento in istituto di cura.

DEFINIZIONI VALIDE PER LA SEZIONE III – DOMICILIAZIONI PROTETTE
--

Contratto di Domiciliazione Utenze

accordo tra Contraente e Cliente della Banca che prevede il pagamento delle fatture relative alle Utenze (per esempio luce, gas, acqua, Utenza Telefonica, Sky, Digitale Terrestre e in linea generale tutte le utenze che abbiano una fatturazione mensile o bimestrale) mediante addebito diretto in conto corrente.

Disoccupazione

lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, qualora egli: (i) sia incorso in Perdita di Impiego Involontaria e (ii) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status

di disoccupato in Italia o nelle liste di Mobilità regionali e (iii) non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Ente Privato

ogni soggetto giuridico diverso dall'Ente Pubblico e che non sia comunque riconducibile alla nozione di Pubblica Amministrazione.

Ente Pubblico

ogni soggetto dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, con esclusione degli enti pubblici economici.

Inabilità Totale Temporanea

la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

Istituto di cura

ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Lavoratore Autonomo

la persona fisica che (i) non percepisca al momento del Sinistro, e non abbia percepito ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) dell'anno fiscale precedente un reddito da lavoro dipendente (così come definito nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata) e che (ii) percepisca al momento del Sinistro, e abbia percepito ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) dell'anno fiscale precedente e quale reddito prevalente, almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), 50 comma 1, lett. c-bis (collaborazione senza vincolo di subordinazione, ivi inclusi a titolo esemplificativo i lavoratori che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

Lavoratore Dipendente

la persona fisica che presti il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, in forza di un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato (con conseguente espressa esclusione di contratti a tempo determinato, di inserimento - ossia ex contratto di formazione lavoro - di apprendistato; di somministrazione lavoro - ossia ex lavoratori interinali) regolato dalla legge italiana con orario di lavoro contrattuale non inferiore a 16 ore settimanali. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'Art. 50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917 (ad esempio: soci di cooperative, titolari di borse di studio, sacerdoti, percettori di indennità parlamentari e simili), ad eccezione di coloro che godono di redditi di cui all'art. 50, comma 1 lett. c-bis, D.P.R. 22.12.1986 n. 917), i quali sono considerati Lavoratori Autonomi.

Malattia

alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Medico

medico abilitato ad esercitare la professione medica in un paese dell'Unione Europea.

Non Lavoratore

la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente.

Normale Attività Lavorativa

l'attività lavorativa svolta dall'Assicurato quale Lavoratore Dipendente o Lavoratore Autonomo.

Perdita di Impiego Involontaria

la cessazione del rapporto di lavoro subordinato dell'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente (di Ente Privato), riconducibile esclusivamente ad una delle seguenti cause: (i) giustificato motivo oggettivo, cioè un motivo connesso a ragioni inerenti l'attività produttiva, l'organizzazione del lavoro ed il regolare funzionamento di essa in conformità all'art. 3, L. 604/1966; (ii) licenziamento che segua ad una procedura di riduzione del personale, ivi inclusa la procedura di mobilità, in conformità alla normativa in materia di licenziamento collettivo. Si precisa che l'evento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria non costituisce Perdita di Impiego Involontaria. Benché vi sia prosecuzione del rapporto di lavoro, la Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria è invece equiparata alla Perdita d'Impiego Involontaria.

Periodo di Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.

Periodo di Riqualficazione

È il periodo di tempo minimo che deve intercorrere tra la cessazione di un Sinistro indennizzabile ai sensi di Polizza ed il verificarsi di un Sinistro successivo, ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo, così come dettagliato in ciascuna sezione delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

Pubblica Amministrazione

Lo Stato, le Regioni, le Province anche ad ordinamento autonomo, i Comuni e tutte le loro articolazioni organizzative, le Comunità montane, i consorzi e le associazioni fra enti pubblici territoriali, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, tutti gli enti non economici dotati di personalità giuridica di diritto pubblico, fra i quali - a titolo esemplificativo e non esaustivo - gli istituti e scuole di ogni ordine e grado, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, le Autorità portuali.

Ricovero Ospedaliero

La degenza corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.

Utenze

Si intendono tutte le utenze oggetto del Contratto di Domiciliazioni Utenze, in linea generale tutte le utenze che abbiano una fatturazione mensile o bimestrale (ex: contratti per la fornitura di luce, gas, acqua, Sky, Digitale Terrestre, nonché le Utenze Telefoniche), sono pertanto escluse dall'oggetto dell'assicurazione le Utenze non domiciliate.

Utenza Telefonica

Si intende esclusivamente l'utenza relativa al contratto di telefonia rete-fissa e linea ADSL rimanendo espressamente esclusa la telefonia mobile.

DEFINIZIONI VALIDE PER LA SEZIONE IV – RESPONSABILITA' CIVILE
--

Assicurato

La persona fisica, nonché i componenti del suo nucleo familiare, residenti e/o domiciliati in Italia, intestataria di rapporti bancari con la Banca Contraente e che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente assicurazione.

Cose

Sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Dimora Abituale

La residenza anagrafica dell'Assicurato.

Dimora Secondaria

Casa o Appartamento non dimora abituale.

Nucleo Familiare

L'insieme delle persone che compongono il nucleo familiare secondo quanto risulta dallo Stato di Famiglia dell'Assicurato, compreso il convivente more uxorio.

DEFINIZIONI VALIDE PER LA SEZIONE V – SCIPPO

Danni Corporali

Morte o lesioni personali.

Danni Materiali

Distruzione o deterioramento di beni fisicamente determinati.

Furto

E' il reato, previsto dall'Art. 624 del Codice Penale, perpetrato da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri.

Rapina

Sottrazione di cose alla persona mediante violenza o minaccia.

Scippo

Furto di cose consumato strappandole di mano o di dosso alla persona.

Stabilimento

Qualsiasi sede, filiale, succursale, agenzia, sportello, sportello automatico e dipendenza della Banca Contraente, compresa la "Cassa Continua" di prelevamento o versamento, entro i confini della Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano.

Valori

Denaro, carte valori e titoli di credito in genere e qualsiasi altro documento rappresentante un valore.

DEFINIZIONI VALIDE PER LA SEZIONE VI – ASSISTENZA VEICOLI
--

Veicolo

Autovettura uso privato, autoveicolo per trasporto promiscuo, che non superi il peso complessivo a pieno carico di 35 q.li e di altezza non superiore a m. 2,70.

Sinistro

Il singolo fatto o avvenimento che renda impossibile l'utilizzo del veicolo assicurato dipendente da guasto, incidente, incendio, furto, anche parziale o tentato, rapina anche tentata e che determina la richiesta di assistenza.

Guasto

Danno subito dal veicolo per usura, difetto, rottura, mancato funzionamento di parti tale da renderne impossibile l'utilizzo.

Incidente

Evento dovuto a caso fortuito, imperizia, negligenza, inosservanza di norme o regolamenti, connesso con la circolazione stradale che provochi danni al veicolo tali da renderne impossibile l'utilizzo.

Incendio

Combustione, con fiamma, di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può autoestendersi e propagarsi.

Furto

Reato, previsto dall'art. 624 del Codice Penale, perpetrato da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri.

Rapina

Reato, previsto dall'art. 628 del codice penale, perpetrato da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, attraverso violenza o minaccia, sottraendola a chi la detiene al fine di trarne profitto per sé o per altri.

Centrale Operativa

La struttura di **MAPFRE WARRANTY** – Strada Trossi 66 – 13871 Verrone (BI), costituita da: medici, tecnici, operatori, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Con il presente contratto la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato in relazione alle garanzie indicate nelle singole Sezioni, di seguito riportate:

- Sezione I - Malattia
- Sezione II - Diaria da ricovero
- Sezione III - Domiciliazioni Protette
- Sezione IV - Responsabilità civile
- Sezione V - Scippo
- Sezione VI - Assistenza Veicoli

Art. 2 – DECORRENZA, DURATA E DISDETTA DELL'ASSICURAZIONE

Per ogni Assicurato l'operatività delle Garanzie decorre:

- **per le Adesioni accese in corso d'anno**: dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione (sarà sempre il primo del mese successivo a quello di sottoscrizione) sottoscritto dall'Assicurato e termina 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 con tacito rinnovo

In mancanza di disdetta inviata con Lettera Raccomandata A.R. almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della Polizza la copertura assicurativa è prorogata per la durata di un anno e così successivamente.

La Compagnia riterrà valide anche le disdette degli Assicurati pervenute tramite le Filiali della Banca Contraente.

Art. 3 - CESSAZIONE e/o ANNULLAMENTO delle GARANZIE

La garanzia cessa alle ore 24.00 del giorno in cui il cliente/correntista interrompe ogni rapporto con la Banca Contraente.

La Compagnia rimborsa alla Banca Contraente l'eventuale premio imponibile (al netto delle imposte) pagato e non goduto.

ART. 4 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA

Per ogni Assicurato il costo annuale della garanzia assicurativa, comprensivo di imposte, è così definito:

ETA' DELL'ASSICURATO	GARANZIE	PREMIO LORDO ANNUALE
Fino a 65 anni	A - Malattia B – Diaria da Ricovero C – Domiciliazioni Protette D – Responsabilità Civile E – Scippo F – Assistenza Veicoli	€ 600,00

Oltre 65 anni	A - Malattia B – Diaria da Ricovero D – Responsabilità Civile E – Scippo F – Assistenza Veicoli	€ 600,00
---------------	---	-----------------

Poiché le garanzie assicurative scadono tutte il 31 DICEMBRE, indipendentemente dalla data di decorrenza della garanzia, si conviene che per il primo anno di adesione, per ogni singola copertura assicurativa, il premio si intenderà ridotto secondo la seguente tabella:

Mese di Adesione	Premio Lordo	Mese di Adesione	Premio Lordo
Gennaio	€ 600,00	Luglio	€ 300,00
Febbraio	€ 550,00	Agosto	€ 250,00
Marzo	€ 500,00	Settembre	€ 200,00
Aprile	€ 450,00	Ottobre	€ 150,00
Maggio	€ 400,00	Novembre	€ 100,00
Giugno	€ 350,00	Dicembre	€ 50,00

Art. 5 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato

- Addebito in conto corrente

ART. 6 - REGIME FISCALE

I premi relativi sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del:

- Infortuni, malattia Perdite Pecuniarie 2,5%
- Responsabilità Civile 22,25%
- Scippo 22,25%
- Assistenza 10%

Art. 7 – OBBLIGHI DELLE PARTI

L'Intermediario collocatore si impegna a:

- consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;
- fornire copia del Modulo di Adesione;
- sottoporre a ciascun Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile da Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, nonché a raccogliere e trattenere presso di sé il relativo consenso al trattamento dei dati personali;

ART. 8 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o

parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c..

ART. 9 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Art. 10 – FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto, è competente l'Autorità giudiziaria del luogo in cui il Contraente o l'Assicurato ha la residenza o ha eletto domicilio, o ha la sede legale o amministrativa.

Art. 11 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Il Contraente si obbliga a consegnare ad ogni Assicurato al momento della sottoscrizione della dichiarazione di adesione copia della Nota Informativa inerente alle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 12 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 13– PRESCRIZIONE

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

ART. 14 – COMUNICAZIONI

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

- se **Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.**:
Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona, Fax: +39.045.8391920
- se **Cassa di Risparmio di San Miniato** :
Via IV Novembre, 45 – 56027 San Miniato (PI), per il tramite della Filiale dove l'Assicurato è Cliente.

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

ART. 15 – RECLAMI

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

Cattolica Assicurazione Soc. Coop.
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.354
E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.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.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-421331, telefax 06-42133206, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve 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 Internet:

http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm

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

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 16 - OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società offre le seguenti prestazioni:

- A. Rimborso Spese Mediche ospedaliere;**
- B. Rimborso Spese per Accertamenti Diagnostici, Visite Specialistiche, Cure Domiciliari e Ambulatoriali;**
- C. Indennità giornaliera sostitutiva.**

Art. 17 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a. le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- b. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- c. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- d. gli infortuni accaduti all'assicurato durante la commissione di reati;
- e. gli infortuni conseguenti ad intossicazione acuta da sostanze psicoattive (alcool – stupefacenti - farmaci) nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope ;
- f. gli infortuni derivanti da sport aerei (compresi quelli effettuati con deltaplani, ultraleggeri, parapendii e assimilabili) e dalla partecipazione a gare motoristiche, relative prove ed allenamenti;
- g. gli infortuni derivanti da attività sportiva professionale (comprese gare, prove ed allenamenti), per sport professionali si intendono quelli che determinano una retribuzione in premi o denaro che costituisce la fonte primaria di reddito dell'Assicurato, o comunque non marginale ad altre forme di reddito derivanti dall'esercizio di altre attività;
- h. le prestazioni e terapie aventi finalità estetiche salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;
- i. le prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. dell'8/11/91 pubblicato sulla G.U. n°262) quali per esempio omeopatiche, fitoterapiche e l'agopuntura;
- j. i trattamenti dell'infertilità e la fecondazione artificiale;
- k. le interruzioni volontarie di gravidanza (Legge 194/78);
- l. day hospital a finalità diagnostiche;
- m. rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla Clausola di Esclusione dei rischi di energia nucleare (Nuclear Energy Risks Exclusion Clause NMA 1975a1994;
- n. le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- o. gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi militari resi in esercito, marina o aeronautica;
- p. le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Art. 18 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione ha efficacia per il mondo intero.

Art. 19 - DECORRENZA DELLA GARANZIA – TERMINI DI ASPETTATIVA

In relazione all'Art. 6 la garanzia ha effetto trascorso il periodo di carenza e più precisamente:

- per gli infortuni, dal giorno in cui, come riportato nella Dichiarazione di Adesione, decorre l'assicurazione;
- per le malattie, dal 30° giorno successivo a quello in cui decorre l'assicurazione;
- per l'aborto spontaneo o terapeutico e per le malattie dipendenti dalla gravidanza, dal 60° giorno successivo a quello in cui decorre l'assicurazione purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data;
- per le malattie non note all'Assicurato che siano l'espressione o la conseguenza diretta di stati patologici insorti anteriormente alla stipula della copertura, dal 240° giorno successivo a quello in cui decorre l'assicurazione;
- per il parto, dal 300° giorno successivo a quello in cui decorre l'assicurazione.

Art. 20 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool – stupefacenti – allucinogeni - farmaci), infezioni da HIV.

La sopravvenienza di tali affezioni costituisce causa di risoluzione del contratto.

In questo caso la Società provvederà alla restituzione al Contraente della parte di premio pagata e non goduta.

Art. 21 - LIMITE DI ETÀ'

L'assicurazione vale per le persone di età non inferiore a 18 anni e non superiore a 75 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungano il 75esimo anno di età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale del contratto.

SEZIONE I - MALATTIA

SEZIONE I.A - RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 22 - OGGETTO DELLA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE OSPEDALIERE

Con la presente garanzia, la Società si impegna a rimborsare all'Assicurato le Spese Sanitarie che egli debba sostenere a seguito di Ricovero o Day-Hospital, per trattamenti resi necessari da Malattia, Infortunio o Parto, con o senza intervento chirurgico, oppure per intervento chirurgico ambulatoriale, e fino alla concorrenza del massimale di **€ 30.000,00** da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo per singolo Assicurato.

Le spese mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto sono:

- a) onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) rette di degenza con il limite massimo di € 300,00 giornaliera
- c) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici forniti dall'istituto di cura durante il periodo di ricovero o day hospital;

Le prestazioni fisioterapiche devono essere prescritte dal medico di base o curante, purché sia fisiatra od ortopedico, devono essere esclusivamente a fini riabilitativi e devono essere effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa.

Le terapie per le quali è possibile usufruire delle garanzie sono kinesiterapia, chiropratica, ionoforesi, ultrasuoni, radar, massoterapia.

- d) interventi chirurgici ambulatoriali fino alla concorrenza del massimale di € 2.000,00 per anno assicurativo.

Art. 23 - ESTENSIONI e LIMITAZIONI DI GARANZIA

Sono inoltre previste le seguenti estensioni di garanzia:

- a. in caso di Ricovero, Intervento Chirurgico Ambulatoriale o Day-Hospital chirurgico, la Società rimborsa fino ad un massimo di € 3.000,00 le spese sostenute per esami ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, erogate nei 90 giorni precedenti, purché direttamente connessi al Ricovero o Intervento Chirurgico Ambulatoriale o Day-Hospital chirurgico, nonché la spese per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale o al day-hospital chirurgico purché ad essi direttamente connessi;
- b. nel caso di trapianto di organi o di parti di essi conseguenti a malattia o infortunio, la Società provvede a rimborsare le spese sanitarie sostenute per il prelievo sul donatore nonché, in caso di donazione da vivente, le spese sostenute per prestazioni effettuate in favore del donatore durante il ricovero per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, interventi chirurgici (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria e materiale di intervento), cure, medicinali e rette di degenza;

- c. in caso di parto e aborto terapeutico, la Società si impegna a rimborsare le per rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali, riguardanti il periodo di ricovero entro i seguenti limiti per anno assicurativo:
- fino ad un massimo di € 4.000,00 in caso di parto cesareo e aborto terapeutico
 - fino ad un massimo di € 2.000,00 in caso di parto fisiologico;
- d. in caso di parto, la Società si impegna ad indennizzare le spese per cure al neonato in regime di ricovero e fino a trenta giorni dopo il parto, compresi gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e difetti fisici, fino ad un massimo di € 10.000,00;
- e. nel caso di trasporto dell'assicurato in ospedale o in istituto di cura in Italia o all'Estero, di trasferimento da un istituto all'altro e di rientro alla propria abitazione in Italia, prescritto dal medico curante ed effettuato in ambulanza o con altro mezzo idoneo, la Società rimborsa le spese sostenute e documentate;
- f. la Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto/riparazione di apparecchi protesici o sanitari, acustici ed ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, nonché acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche fino alla concorrenza del massimale di € 1.500,00 per anno assicurativo;
- g. la Società rimborsa le spese documentate di vitto e pernottamento (comprese quelle di natura alberghiera) di un accompagnatore, reso necessario da ricovero in stato di non autosufficienza dell'Assicurato per un periodo massimo di 30 giorni per evento e fino alla concorrenza di un importo massimo giornaliero di € 50,00.

Art. 24 - MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le garanzie di cui agli Art. 22 e 23, vengono accordate alle seguenti condizioni:

- a. In caso di **Ricovero presso Centri Clinici Convenzionati** e avvalendosi di professionisti medici convenzionati con la Centrale Operativa, il pagamento verrà eseguito dalla Società direttamente in favore del Centro Clinico Convenzionato o del professionista medico convenzionato che ha provveduto all'erogazione delle prestazioni assicurative;
- b. In caso di **Ricovero presso Centri Clinici non Convenzionati** o avvalendosi di professionisti medici non convenzionati, la Società provvederà al rimborso delle spese mediche sostenute dall'assicurato stesso, nei limiti previsti dal presente contratto, con applicazione di uno scoperto fisso del 10% con il minimo di € 250,00 (con il minimo di € 100,00 per le garanzie di cui all'Art. 23 punto a.) per ogni sinistro. Tale scoperto non viene applicato in caso di ricovero presso Istituti di Cura accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale.
- c. In caso di **Ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale** o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo completo a carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'Art.27 "Indennità giornaliera sostitutiva" a patto che l'assicurato non richieda alcun rimborso alla Società né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria connessa.

SEZIONE I - MALATTIA

SEZIONE I.B

RIMBORSO SPESE PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, VISITE SPECIALISTICHE, CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI (anche senza Ricovero o Day Hospital)

Art. 25 - OGGETTO DELLA GARANZIA RIMBORSO SPESE PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, VISITE SPECIALISTICHE, CURE DOMICILIARI E AMBULATORIALI

La Società assicura il rimborso delle spese sostenute dall'assicurato per le seguenti prestazioni sanitarie ambulatoriali:

- onorari medici per visite specialistiche o per consulti, con esclusione delle visite e prestazioni odontoiatriche e ortodontiche ;
- analisi ed esami diagnostici prescritti dal medico curante o dal medico specialista
- cure dentarie e paradentarie rese necessarie da infortunio
- cure mediche prescritte dal medico specialista e conseguenti a visita specialistica, analisi ed esami diagnostici;
- trattamenti fisioterapici rieducativi o riabilitativi e noleggio delle relative apparecchiature
- rimborso ticket al 100% relativi alle prestazioni suindicate.

Art. 26 - MASSIMALE

Le parti convengono che le garanzie previste dalla presente sezione sono erogate sino ad un massimale pari a € 500,00 in eccedenza al massimale indicato all'Art. 22 "Oggetto della garanzia rimborso spese mediche ospedaliere" e deve intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per singolo assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per sinistro (singolo esame, ciclo di cura, singola prestazione).

SEZIONE I – MALATTIA

SEZIONE I.C - INDENNITA' GIORNALIERA SOSTITUTIVA

Art. 27 - OGGETTO DELLA GARANZIA INDENNITA' GIORNALIERA SOSTITUTIVA

Qualora l'Assicurato si avvalga di prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale e pertanto non sostenga per il ricovero o per le terapie mediche day-hospital alcuna delle spese indennizzabili ai termini degli articoli 22 e 23 della Sezione I - Rimborso Spese Mediche Ospedaliere, la Società corrisponderà per ogni giorno di ricovero una indennità pari € 100,00 per Assicurato, fino ad un massimo di 90 giorni per anno assicurativo.

SEZIONE I - MALATTIA
DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

ART. 28 - MODALITÀ DI DENUNCIA, OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E GESTIONE DEL SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato procederà alla denuncia secondo le seguenti modalità:

1. **agli istituti di cura convenzionati solo per i ricoveri**: In questo caso Cattolica paga le spese sostenute direttamente all'istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali;
2. **agli istituti di cura non convenzionati per i ricoveri e per i rimborsi previsti alle sezioni IB e IC** In questo caso Cattolica rimborsa le spese sostenute all'Assicurato al netto delle eventuali franchigie e /o limitazioni contrattuali.

1 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI – PAGAMENTO DIRETTO

In questo caso l'assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi dovrà preventivamente contattare telefonicamente la Centrale Operativa:

Mapfre Warranty

in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato
dall'Italia al numero verde **800 -90.48.26**
dall'estero al numero +39.015.255.96.40

indicando la prestazione di cui intende usufruire.

La centrale operativa invierà tramite fax o e-mail, seguito del contatto telefonico, all'assicurato il modulo per la richiesta del pagamento diretto.

L'assicurato dovrà restituirlo alla centrale operativa sempre tramite fax o e-mail debitamente compilato con allegata la copia della prescrizione medica della richiesta di ricovero.

La centrale operativa, entro 2 (due) giorni lavorativi successivi alla ricezione del modulo per la richiesta di pagamento diretto verifica la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la certificazione medica allegata.

Se le verifiche danno esito positivo, la centrale operativa autorizza telefonicamente l'assicurato per la gestione del sinistro in convenzione e in questo caso rimborsa le spese direttamente all'istituto di cura convenzionato **al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'assicurato.**

Restano a carico dell'assicurato anche le spese:

- per prestazioni non garantite dal contratto,
- eccedenti il massimale assicurato,
- non autorizzate dalla centrale operativa, che dovrà rimborsare direttamente all'istituto di cura convenzionato.

Se le verifiche danno esito negativo, la centrale operativa ne anticiperà telefonicamente all'assicurato le motivazioni e farà seguito con l'invio della comunicazione di negazione alla gestione del sinistro in convenzione.

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità di "ricorso agli istituti di cura non convenzionati".

Resta convenuto che, la Compagnia una volta acquisita la documentazione completa per il ricovero da parte della clinica e analizzando la stessa, dovesse emergere che la prestazione erogata non rientrava completamente e/o parzialmente in copertura assicurativa, l'assicurato dovrà restituire gli importi pagati entro e non oltre 30gg dalla comunicazione di richiesta

2 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI O IN STRUTTURE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con Cattolica, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, compilare il modulo di richiesta di rimborso delle spese mediche, allegando tutta la documentazione medica e le relative spese.

Il modulo di richiesta di rimborso e la documentazione deve essere inviato a:

MAPFRE WARRANTY
Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI)

entro 30 giorni dalla data dimissione dall'istituto di cura o dalla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale.

MAPFRE WARRANTY

inoltre per le richieste di informazioni riferite ai sinistri, risponderà telefonicamente al numero verde 800-90.48.26 dall'Italia
oppure al +39.015.255.96.40 dall'estero
operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 18,00,
il sabato dalle ore 8,00 alle ore 12,00.

Per le richieste di rimborso relative alla garanzia "Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e cure ambulatoriali", la prima richiesta di rimborso potrà essere fatta, con la succitata modalità, entro 30 giorni dalla data di ultimazione delle cure e/o visite.

Le denunce effettuate dopo il 30° giorno dalla scadenza dell'annualità assicurativa della polizza, non verranno ammesse al rimborso e la documentazione verrà restituita all'assicurato.

La richiesta di rimborso delle spese mediche deve essere fatta a cure ultimate e corredata dai seguenti documenti giustificativi:

- prescrizione medica riportante sempre la diagnosi (ovvero la motivazione);
 - fatture, ricevute fiscali, notule di spesa o ricevute debitamente quietanzate in originale e in copia.
- Per le fatture e/o ricevute fiscali di importi superiori a € 77,47 è obbligatoria la marca da bollo da € 1,81 come da Legge vigente.

Le fatture e/o ricevute fiscali prive della succitata marca da bollo non verranno ammesse al rimborso;

- esami medici eventualmente eseguiti o altra documentazione sanitaria;
- cartella clinica e /o documento sostitutivo in copia.

L'assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ulteriore documentazione richiestagli e ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alle patologie denunciate, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La Centrale Operativa ricevuta la documentazione completa di richiesta del rimborso ed esaminata la stessa, provvede se dovuto, al pagamento delle spese al netto delle eventuali limitazioni e/o franchigie previste dal contratto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione.

Qualora la documentazione non dovesse risultare esaustiva ai fini della valutazione del rimborso, la Centrale Operativa ne darà comunicazione scritta all'assicurato e il termine di 30 giorni decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.

Per le spese sostenute all'estero restano intesi i limiti di copertura previsti all'art. 18 "Estensione territoriale".

In caso di decesso dell'assicurato il rimborso verrà effettuato ai suoi legittimi eredi.

Se l'assicurato ha presentato a terzi gli originali delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avviene previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Il pagamento delle spese a favore dell'assicurato viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente.

Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Qualora, previo le opportune verifiche, la Centrale Operativa non ritenga di dover procedere al rimborso delle spese mediche, ne darà comunicazione scritta all'assicurato per raccomandata con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione ritenuta completa.

3 - OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SPESE SANITARIE LIQUIDATE DA CATTOLICA E NON DOVUTE

Qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'assicurato ha usufruito del servizio, la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, la centrale operativa invierà all'assicurato, mediante raccomandata con ricevuta di ritorno, la richiesta del recupero delle somme erogate.

L'assicurato e/o in caso di minori i genitori o gli affidatari, dovranno restituire, a Cattolica, secondo le modalità comunicate, le somme indebitamente liquidate da Cattolica, entro e non oltre 30 giorni dalla ricevuta comunicazione.

Qualora l'assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, Cattolica si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti addebitandogli i relativi costi.

Art. 29 - TERMINE MASSIMO PER LA PRESENTAZIONE DELLA DENUNCIA DI SINISTRO

Ai fini della validità della garanzia, le denunce dei sinistri dovranno essere presentate alla Società entro 30 giorni dalla scadenza del contratto nel quale sono avvenuti, a pena di decadenza dal diritto all'indennizzo.

Art. 30 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Società provvede al rimborso delle spese sostenute dall'assicurato, nei limiti pattuiti, a cura ultimata e su presentazione della documentazione sanitaria e degli originali delle notule di spesa o delle ricevute debitamente quietanzate.

La documentazione deve essere intestata all'assicurato.

La Società si impegna a restituire, ove richiesti, gli originali delle notule di spesa, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Art. 31 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e concordato con l'Assicurato l'importo dell'indennizzo da corrispondere a termini di polizza, la Società s'impegna a provvedere al pagamento entro 30 giorni.

Art. 32 - CONTROVERSIE

In caso di controversie sulla natura e sulle conseguenze della malattia la decisione della controversia può essere demandata, ad un collegio di tre medici, mediante conferimento per iscritto dell'incarico con l'indicazione dei termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici della città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 33 - RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio si conviene che nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 cod. civ.

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE II – DIARIA DA RICOVERO

Art. 34 - OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società corrisponde una indennità giornaliera in caso di infortunio , malattia o parto che comportino:

1. **Ricovero in Istituto di cura;**

Viene corrisposta una Diaria giornaliera pari a € 70,00 per un massimo di 30 giorni di Ricovero;

2. **Day Hospital;**

Viene corrisposta una Diaria giornaliera pari a € 35,00, per un massimo di 30 giorni continuativi di Day Hospital, esclusi Sabato e Domenica.

Tali indennità vengono corrisposte con l'avvertenza che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengono computati – cumulativamente – come un solo giorno.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Art. 35 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni non sono dovute se dipendenti da:

- a. guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore
- b. guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- c. radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da fenomeni di trasmutazione dell'atomo;
- d. atti dolosi compiuti od anche tentati dall'Iscritto;
- e. interventi per la cura, eliminazione e correzione di difetti fisici e/o malformazioni preesistenti alla decorrenza della garanzia;
- f. interventi chirurgici aventi finalità estetiche (salvo interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni);
- g. infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche con relativi allenamenti e prove;
- h. infortuni ed intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni e stupefacenti;
- i. epilessia, sindromi epilettoidi o schizofreniche, stati paranoici, forme maniaco-depressive;
- j. malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- k. ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- l. aborto volontario non terapeutico;
- m. pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore
- n. trattamenti di infertilità e fecondazione artificiale;
- o. ricoveri o prestazioni avvenute in "beauty farm" o istituti assimilabili;
- p. protesi dentarie e in ogni caso cure dentarie e delle paradontiopatie quando non siano rese necessarie da infortunio o da asportazione chirurgica di tumori.
- q. Non rientrano nella garanzia le spese relative alle malattie pregresse intendendosi per tali le malattie dovute a situazioni patologiche accertate anteriormente all'ingresso in garanzia dell'Assicurato.

Art. 36 - ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il mondo.

Art. 37 - DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZA

In relazione all'Art. 6 la garanzia ha effetto trascorso il periodo di carenza e più precisamente:

- a) **per gli infortuni**, dal giorno in cui ha effetto la copertura;
- b) **per le malattie** dal 90° giorno dalla data di effetto della copertura;
- c) **per l'aborto spontaneo o terapeutico** e per le **malattie dipendenti dalla gravidanza**, dal 60° giorno successivo a quello in cui decorre l'assicurazione purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data;
- d) **per il parto**, dal 300° giorno successivo a quello in cui ha decorrenza l'assicurazione.

Art. 38 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non inferiore a 18 anni e non superiore a 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano il 75esimo anno di età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale del contratto.

SEZIONE II – DIARIA DA RICOVERO DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO
--

Art. 39 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro alla Società, entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o egli ne abbia avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento dell'obbligo di denuncia di sinistro, nei termini di cui sopra, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi di quanto previsto all'Art. 1915 del Codice Civile.

L'avviso di sinistro deve essere inviato a:

MAPFRE WARRANTY
Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI)

Art. 40 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare all'indirizzo o al fax sopra indicato, tutta la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro;
- copia della cartella clinica conforme all'originale.

Il rimborso di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra.

La Società, ricevuta la documentazione richiesta e verificata l'operatività delle garanzie provvede all'emissione della quietanza di pagamento nel termine di 30 giorni.

La Società provvede alla liquidazione di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione della documentazione medica richiesta dalla Società.

Art. 41 - CONTROVERSIE

In caso di controversie che possono sorgere tra la Società e gli assicurati, questi ultimi possono presentare ricorso scritto verso i provvedimenti adottati entro il termine di 30 gg. dalla data del provvedimento.

La Società può esperire, tramite incaricato, il tentativo di composizione bonaria della vertenza.

Qualora il tentativo di conciliazione non abbia esito positivo, nel caso si tratti di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi delle indennità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere ad un collegio di tre medici, nominati uno dall'Assicurato, uno dalla Società ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Per eventuali controversie giudiziali è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria di Verona.

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

**NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE III –
DOMICILIAZIONI PROTETTE**

Art. 42 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, al verificarsi di uno degli eventi elencati nella seguente Tabella, e nei limiti delle condizioni di Polizza, procura ad ogni Assicurato un Indennizzo che reintegri (in tutto o in parte, alle condizioni ed entro i massimali di cui alla Polizza) quanto dallo stesso già pagato in relazione al Contratto di Domiciliazione Utenze intercorrente con la Banca Contraente.

Le coperture fornite in base all'Assicurazione operano in via alternativa e non sono cumulabili; ossia, nel momento in cui l'Assicurato presenta una richiesta di Indennizzo in base ad una delle coperture e la Società versa il relativo Indennizzo, l'Assicurato non potrà percepire alcun altro Indennizzo in base all'Assicurazione.

In conformità a quanto sopra, al verificarsi di un Sinistro nel periodo di efficacia dell'Assicurazione, la Società riconoscerà un Indennizzo secondo quanto segue:

Le seguenti coperture si applicano in VIA ALTERNATIVA:		
Normale Attività Lavorativa dell'Assicurato al momento del Sinistro	Copertura	Indennizzo
Lavoratore Autonomo	Inabilità Totale Temporanea	Previsto all'Art. 51
Lavoratore Dipendente di Ente Privato	Perdita di Impiego Involontaria	Previsto all'Art. 54
Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico	Inabilità Totale Temporanea	Previsto all'Art 51
Non Lavoratore	Ricovero Ospedaliero	Previsto all' Art. 58

La Società con riferimento a ciascun Assicurato, liquiderà un massimo di 3 (tre) Sinistri complessivi nell'intero arco di durata dell'Assicurazione, compresi eventuali rinnovi. Conseguentemente, l'Assicurazione cessa, in conformità al seguente Art. 44, in seguito all'indennizzo da parte della Società del terzo Sinistro complessivo regolarmente denunciato nel corso dell'intera durata di vita dell'Assicurazione.

Art. 43 - PERSONE ASSICURABILI – DELIMITAZIONE DELLA COPERTURA

L'Assicurazione è esclusivamente riservata alla persona fisica che:

- a. abbia aderito alla copertura assicurativa sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione, dando atto della sussistenza di tutti i requisiti in essa indicati (ivi compreso lo stato di buona salute);
- b. abbia un rapporto di Conto Corrente con la Banca Contraente sul quale siano domiciliate le Utenze;
- c. qualora sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente, svolga la propria Normale Attività Lavorativa da almeno 12 mesi e non sia stato assente, negli ultimi 12 mesi, dalla Normale Attività Lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio; e
- d. sia di età non inferiore a 18 anni né superiore a 64 anni.

Nel caso in cui la persona che ha stipulato l'Assicurazione non presenti tutti i requisiti di cui sopra, la stessa non assumerà la qualifica di Assicurato e nessun Indennizzo sarà dovuto in base alla Polizza.

L'Assicurazione può cumularsi con altre coperture assicurative, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime, ferme le altre disposizioni di cui all'art. 1910 del codice civile (c.c.).

Art. 44 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE PER CIASCUN ASSICURATO. PERIODO DI CARENZA

In ogni caso, l'Assicurazione cessa, oltre che nell'ipotesi di disdetta dell'Assicurato, al verificarsi delle seguenti ipotesi:

- in seguito alla corresponsione dell'Indennizzo relativo al terzo Sinistro regolarmente denunciato nel corso dell'intera durata di vita della Polizza (compresi eventuali rinnovi);
- alle ore 24:00 del giorno di chiusura del conto corrente di appoggio del Contratto di Domiciliazione Utenze;
- alla fine del mese di compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

Fermo quanto sopra, resta inteso che, in ogni caso:

- la garanzia per il caso Inabilità Totale Temporanea è soggetta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni;
- la garanzia per il caso Ricovero Ospedaliero è soggetta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni;
- la garanzia per il caso di Perdita di Impiego Involontaria è soggetta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni.

Art. 45 - DETERMINAZIONE DELLA NORMALE ATTIVITA' LAVORATIVA

Qualora, durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione:

- a. l'Assicurato Lavoratore Dipendente di Ente Privato o Non Lavoratore diventi Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico, l'Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea sarà dovuto solo se il Sinistro si è verificato dopo che sia trascorso un periodo di almeno 30 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato ha iniziato la propria Normale Attività Lavorativa come Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico;
- b. l'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato, Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico o Lavoratore Autonomo e, in pendenza dell'Assicurazione diventi Non Lavoratore, ha diritto all'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero solo se il Sinistro si è verificato dopo che sia trascorso un periodo di almeno 30 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato è diventato Non Lavoratore.

Art. 46 - ONERI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Per dare avviso di Sinistro, l'Assicurato deve debitamente compilare l'apposito modulo - reperibile anche contattando la Società al numero telefonico:

800-394346,

operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00 e inviare lo stesso alla Società:

**c/o Financial Insurance Company Limited
- Ufficio Sinistri -
Via San Gregorio, 34 – 20124 Milano,**

con lettera raccomandata A.R. unitamente alla seguente documentazione:

- a. Sinistro per Inabilità Totale Temporanea: fotocopia della carta di identità o altro documento valido attestante la data di Nascita; certificato Medico rilasciato dal medico o dagli enti preposti (INSP, INAIL) attestante l'Inabilità al lavoro; copia di un documento che attesti lo stato del lavoratore al momento del sinistro (es. Partita Iva); In caso di infortunio documentazione medica attestante le dinamiche (rapporto del 118, pronto soccorso) o delle Autorità se intervenute (polizia, carabinieri); In caso di malattia, copia della cartella clinica completa con la diagnosi; i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente;
- b. Sinistro per Perdita di Impiego Involontaria: fotocopia della carta di identità o altro documento valido attestante la data di nascita; copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro riportante la causa del licenziamento; scheda professionale da richiedere al Centro per l'impiego; documento comprovante l'iscrizione presso il Centro per l'Impiego negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia; in caso di Cassa integrazione Guadagni Straordinaria (C.I.G.S.) dichiarazione del datore di lavoro attestante la durata della C.I.G.S.
- c. Sinistro per Ricovero Ospedaliero: copia di un documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita; documentazione attestante lo stato di Non Lavoratore, certificato medico di Ricovero in ospedale e copia della cartella clinica; ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

Una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo per Perdita di Impiego Involontaria, e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti inoltre ad inviare alla Società copia di un documento che attesti l'iscrizione all'elenco anagrafico comprovante il permanere dello stato di disoccupato, con le stesse modalità di cui al precedente punto 7.1 ed entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro. In caso di Cassa integrazione Guadagni Straordinaria (C.I.G.S.), l'Assicurato è tenuto ad inviare ogni 30 giorni la dichiarazione del datore di lavoro attestante il perdurare della C.I.G.S.

Una volta avvenuto il pagamento dell'Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea o per Ricovero Ospedaliero, e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, la Società potrà richiedere all'Assicurato la compilazione di un questionario medico ai fini dell'accertamento del perdurante diritto al percepimento dell'Indennizzo.

La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire ulteriori prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla presente Polizza.

Ai fini della valutazione dell'operatività della copertura di cui all'Assicurazione, l'Assicurato dovrà inoltre autorizzare i propri medici curanti affinché forniscano tutte le informazioni e consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società. In caso di mancato adempimento dell'onere di cui al presente paragrafo, la Società non sarà tenuta a corrispondere l'Indennizzo.

Art. 47 - ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

- i. malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatesi o insorte prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ii. malattie tropicali o epidemiche;
- iii. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- iv. stato patologico o malattia direttamente o indirettamente collegata a HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- v. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- vi. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- vii. interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- viii. effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
- ix. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
- x. connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- xi. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- xii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
- xiii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi.

Inoltre, l'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro si sia verificato durante il Periodo di Carenza.

Si specifica infine che le suddette esclusioni non operano per il caso di Perdita di Impiego Involontaria.

Art. 48 - COLPA GRAVE, TUMULTI

Con l'eccezione della copertura Perdita di Impiego Involontaria, in deroga all'Art. 1900 c.c., l'Assicurazione si estende ai Sinistri cagionati con colpa grave dell'Assicurato. In deroga all'Art. 1912 c.c., l'Assicurazione si estende ai Sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 49 - CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dall'Assicurazione di cui alla presente Polizza.

Art. 50 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative all'Assicurazione è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato.

Qualora tra l'Assicurato o i suoi aventi causa e la Società insorgano eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'Infortunio o della Malattia e sulla misura dell'indennizzabilità dell'Infortunio o della Malattia, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE A

ASSICURAZIONE PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA (copertura attiva solo per Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti di Ente Pubblico)

Art. 51 - INDENNIZZO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA E MASSIMALI

Fermo restando il Periodo di Carenza di cui all'Art. 44, nonché il limite massimo di Sinistri indennizzabili di cui all'Art. 42, l'Indennizzo previsto in caso di Inabilità Totale Temporanea consiste in un importo mensile pari alla somma di tutte le Utenze che sono state addebitate all'Assicurato (sul conto corrente di appoggio del Contratto di Domiciliazione Utenze) nel mese solare coincidente a quello della data di inizio del Sinistro e, nel caso di continuazione del Sinistro, nei mesi solari successivi. L'indennizzo sarà versato, per ogni periodo consecutivo ed ininterrotto di 30 giorni di durata del Sinistro.

Pertanto, il primo Indennizzo sarà liquidato solo se siano trascorsi almeno 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea; gli Indennizzi successivi per il medesimo Sinistro saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea.

L'Indennizzo massimo mensile che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea è pari al minore tra:

- a. l'importo di €200,00;
- b. la media aritmetica degli importi pagati mensilmente dall'Assicurato e relativi alle Utenze oggetto di copertura nei 4 (quattro) mesi precedenti la data di denuncia del Sinistro.

In ogni caso, qualora il medesimo Sinistro per Inabilità Totale Temporanea dovesse protrarsi ininterrottamente per più periodi, ciascuno dei quali di complessivi 30 giorni, verranno liquidati fino ad un massimo di sei Indennizzi mensili.

I massimali di cui ai precedenti punti sono da intendersi come massimali cumulativi per tutte le Assicurazioni che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con il Contraente.

L'Indennizzo verrà pagato mediante versamento al Contraente il quale s'impegna ad accreditare l'importo sul conto corrente di appoggio del Contratto di Domiciliazione Utenze.

La Società sarà liberata da ogni obbligo nei confronti dell'Assicurato e/o dei suoi aventi causa a seguito del pagamento dell'Indennizzo al Contraente.

Art. 52 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

In aggiunta a quanto previsto dall'Art. 51 che precede, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Inabilità Totale Temporanea sia stata causata da o conseguente a :

- i. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;
- ii. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;
- iii. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- iv. pratica da parte dell'Assicurato di sport estremi o attività sportive, e relative prove, esposte a particolari rischi (ad esempio, sport da combattimento; immersioni subacquee; volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere; automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero; alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio; atletica pesante; speleologia; salto dal trampolino; sci o idrosci; bob; rugby, football americano, ecc.);
- v. partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- vi. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi.

Art. 53 - PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Dopo la cessazione di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza, deve trascorrere un periodo consecutivo ed ininterrotto di 30 giorni (180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente), durante il quale l'Assicurato abbia ripreso la propria Normale Attività Lavorativa, prima che l'Assicurato possa richiedere un ulteriore Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea.

SEZIONE B

ASSICURAZIONE PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO INVOLONTARIA

(copertura attiva solo per Lavoratori Dipendenti di Ente Privato)

Art. 54 - INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO INVOLONTARIA E MASSIMALI

Fermo restando il Periodo di Carenza di cui all'Art. 44, nonché il limite massimo di Sinistri indennizzabili di cui all'Art. 42, l'Indennizzo previsto in caso di Perdita di Impiego Involontaria consiste in un importo mensile pari alla somma di tutte le Utenze che sono state addebitate all'Assicurato (sul conto corrente di appoggio del Contratto di Domiciliazione Utenze) nel mese solare coincidente a quello della data di inizio del Sinistro e, nel caso di continuazione del Sinistro, nei mesi solari successivi.

L'Indennizzo per il caso di Perdita di Impiego Involontaria è sottoposto ad un Periodo di Franchigia Assoluta di 60 giorni. Al termine di tale Periodo di Franchigia, la Società corrisponderà l'Indennizzo - nei limiti dei massimali di cui ai successivi articoli - per ogni ulteriore periodo consecutivo ed ininterrotto di 30 giorni di durata del Sinistro.

Pertanto, il primo Indennizzo sarà liquidato solo se siano trascorsi almeno 90 giorni consecutivi di Disoccupazione; gli Indennizzi successivi per il medesimo Sinistro saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

L'Indennizzo massimo mensile che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato al verificarsi di un Sinistro per Perdita di Impiego Involontaria è pari al minore tra:

- a. l'importo di € 200,00
- b. la media aritmetica degli importi pagati mensilmente dall'Assicurato e relativi alle Utenze oggetto di copertura nei 4 (quattro) mesi precedenti la data di denuncia del Sinistro.

In ogni caso, qualora il medesimo Sinistro per Perdita di Impiego Involontaria dovesse protrarsi ininterrottamente per più periodi, ciascuno dei quali di complessivi 30 giorni, verranno liquidati fino ad un massimo di sei Indennizzi mensili.

I massimali di cui ai precedenti punti sono da intendersi come massimali cumulativi per tutte le Assicurazioni che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con il Contraente.

L'Indennizzo verrà pagato mediante versamento al Contraente il quale s'impegna ad accreditare l'importo sul conto corrente di appoggio del Contratto di Domiciliazione Utenze.

La Società sarà liberata da ogni obbligo nei confronti dell'Assicurato e/o dei suoi aventi causa a seguito del pagamento dell'Indennizzo al Contraente.

Art. 55 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO INVOLONTARIA

Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Perdita di Impiego Involontaria se:

- i. l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa, come Lavoratore Dipendente di Ente Privato, in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- ii. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita di Impiego Involontaria, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- iii. alla Perdita di Impiego Involontaria faccia immediatamente seguito il pensionamento o pre-pensionamento;
- iv. al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro subordinato regolato dalla legge italiana;
- v. l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- vi. il licenziamento è dovuto a giusta causa, a motivi disciplinari o professionali;
- vii. la Perdita di Impiego Involontaria è dovuta a dimissioni;

- viii. risoluzioni del rapporto di lavoro anche consensuali avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- ix. il licenziamento avviene tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.

Art. 56 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Società le informazioni relative all'ultimo impiego che la Società ritiene necessarie ai fini della valutazione dell'applicabilità della copertura di cui all'Assicurazione. L'Assicurato dovrà anche consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi anche tramite persone di fiducia della Società. Il mancato adempimento dell'obbligo di cui al presente articolo, comporterà il diritto per la Società di non corrispondere (o, ove del caso, trattenere fino all'avvenuto adempimento e senza alcun onere o maturazione di interessi) l'Indennizzo.

Art. 57 - PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Dopo la cessazione di un Indennizzo per Perdita di Impiego Involontaria o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri costituiti da Perdita di Impiego Involontaria se, tra la data del successivo Sinistro e la cessazione dello stato di Disoccupazione di cui al Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione pari a 180 giorni consecutivi nel corso dei quali l'Assicurato sia tornato ad essere lavoratore Dipendente di Ente Privato ed abbia superato il relativo periodo di prova.

SEZIONE C

ASSICURAZIONE PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

(copertura attiva solo per Non Lavoratori)

Art. 58 - INDENNIZZO PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO E MASSIMALI

Fermo restando il Periodo di Carenza di cui all'Art. 44, nonché il limite massimo di Sinistri indennizzabili di cui all'Art. 42, l'Indennizzo previsto in caso di Ricovero Ospedaliero consiste in un importo mensile pari alla somma di tutte le Utenze che sono state addebitate all'Assicurato (sul conto corrente di appoggio del Contratto di Domiciliazione Utenze) nel mese solare coincidente a quello della data di inizio del Sinistro e, nel caso di continuazione del Sinistro, nei mesi solari successivi. Per ogni Sinistro il primo Indennizzo, sarà liquidato se sia trascorso un periodo di 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero; gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

L'Indennizzo massimo mensile che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato al verificarsi di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero è pari al minore tra:

- a. l'importo di € 200,00;
- b. la media aritmetica degli importi pagati mensilmente dall'Assicurato e relativi alle Utenze oggetto di copertura nei 4 (quattro) mesi precedenti la data di denuncia del Sinistro.

In ogni caso, qualora il medesimo Sinistro per Ricovero Ospedaliero dovesse protrarsi ininterrottamente per più periodi, ciascuno dei quali di complessivi 30 giorni, verranno liquidati fino ad un massimo di sei Indennizzi mensili.

I massimali di cui ai precedenti articoli 25.2 e 25.3 sono da intendersi come massimali cumulativi per tutte le Assicurazioni che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con il Contraente.

L'Indennizzo verrà pagato mediante versamento al Contraente il quale s'impegna ad accreditare l'importo sul conto corrente di appoggio del Contratto di Domiciliazione Utenze.

La Società sarà liberata da ogni obbligo nei confronti dell'Assicurato e/o dei suoi aventi causa a seguito del pagamento dell'Indennizzo al Contraente.

Art. 59 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

In aggiunta a quanto previsto dall'Art. 58 che precede, si applicano tutte le esclusioni di cui all'articolo 19 che precede - Sezione A - Esclusioni Specifiche per il caso di Inabilità Temporanea Totale.

Art. 60 - PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Dopo la cessazione di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza, deve trascorrere un periodo consecutivo ed ininterrotto di 30 giorni (180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente), durante il quale l'Assicurato - se Lavoratore Dipendente di Ente Pubblico - abbia ripreso la propria Normale Attività Lavorativa, prima che l'Assicurato possa richiedere un ulteriore Indennizzo per Ricovero Ospedaliero.

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE IV – RESPONSABILITA' CIVILE

(*con riferimento al provvedimento IVASS n°734 del 1 dicembre 1997, i premi relativi alle garanzie Responsabilità Civile Vita Privata vengono attribuiti al ramo 13 – Responsabilità Civile Generale)

Art. 61 - OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato e il suo Nucleo Familiare, nei limiti del massimale di cui all'Art. 63 di quanto costoro siano tenuti a pagare quali civilmente responsabili a titolo di risarcimento (per capitale, interessi e spese) di danni cagionati involontariamente a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose in conseguenza di fatti accidentali verificatisi nell'ambito della vita privata.

L'assicurazione vale altresì per i danni cagionati da persone per i fatti delle quali l'Assicurato deve rispondere (quali personale addetto al servizio domestico, figli minori, minori in affidamento temporaneo o preadottivo).

Art. 62 - RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA

Responsabilità civile verso terzi (R.C.T.):

L'assicurazione è operante unicamente per fatti della vita privata (esclusa pertanto ogni attività professionale, commerciale, industriale, agricola e lavorativa in genere) commessi dall'Assicurato, da persone delle quali deve rispondere (figli minorenni e domestici) e dai componenti il nucleo familiare stabilmente conviventi con l'Assicurato stesso (coniuge, figli maggiorenni, altri congiunti).

Tra le ipotesi di responsabilità civile assicurate con il presente contratto sono quindi comprese quelle derivanti da:

1. proprietà e conduzione del fabbricato costituente l'abitazione principale, relative parti comuni, nonché degli impianti fissi ivi compresi gli ascensori, destinati alla conduzione del medesimo, nelle seguenti ipotesi:
 - a) responsabilità per danni a terzi cagionati da antenne radiotelevisive, dipendenze e pertinenze del fabbricato, giardini, compresi i parchi, gli alberi d'alto fusto, e le recinzioni in muratura, sempreché dette dotazioni costituiscano per destinazione uso ed ampiezza complemento del fabbricato;
 - b) responsabilità per danni a terzi derivanti da spargimento di acqua o rigurgito di fogne, nel caso in cui il danno sia conseguente a rotture accidentali di tubazioni o condutture; in caso di sinistro, la Società applicherà uno scoperto del 10% del danno liquidabile ai termini di polizza con un minimo pari all'importo previsto dal successivo Art. 63);
 - c) responsabilità nei confronti di altri condomini e della proprietà comune, nel caso in cui l'Assicurato sia proprietario di un appartamento/casa in condominio. La garanzia prestata riguarda soltanto la quota parte di danno spettante all'Assicurato, esclusa ogni responsabilità solidale con gli altri condomini.
2. conduzione dei locali ove l'Assicurato dimora abitualmente e/o per temporanea villeggiatura e uso dei relativi impianti fissi comprese antenne televisive e per radioamatori (escluse piscine);
3. somministrazione di cibi e bevande consumati in casa dell'Assicurato;

4. incendio, esplosione di gas;
5. scoppio di apparecchi a vapore e degli impianti a termosifone;
6. scoppio del tubo catodico dell'apparecchio televisivo;
7. guida di macchine ed attrezzature anche a motore per attività di giardinaggio nel proprio giardino;
8. proprietà ed uso di: velocipedi, veicoli a mano, imbarcazioni senza motore e windsurf;
9. responsabilità derivante da proprietà, custodia, possesso e uso di animali domestici e da cortile, cani, cavalli e altri animali da sella, con il limite di € 250.000,00 relativamente ai soli danni a persone derivanti da aggressioni provocate da cani, quando l'evento abbia avuto origine dalla mancata osservanza dell'ordinanza del 3 marzo 2009 "Ordinanza contingibile e urgente concernente la tutela dell'incolumità pubblica dall'aggressione dei cani" (G.U. serie generale n° 68 del 23 marzo 2009) e successive integrazioni o modifiche. La garanzia non comprende l'uso del cane per l'attività venatoria;
10. proprietà e uso di mezzi per invalidi anche se asserviti da motore elettrico e da tutti i necessari ausili, compresi tra queste le protesi, necessari per lo svolgimento della loro normale vita di relazione. La garanzia in oggetto opera nel caso in cui le persone sono portatrici di handicap psichico e/o fisico a condizione che si tratti di persone delle quali l'Assicurato deve rispondere;
11. proprietà e uso di attrezzature e veicoli per il campeggio quali: tende, roulotte, camper, autocaravan e relative attrezzature, compresa l'antenna TV, limitatamente ai danni verificatisi mentre il veicolo si trova in sosta presso campeggi od aree private, esclusa comunque la sua circolazione o sosta su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate;
12. responsabilità civile dell'Assicurato in conseguenza di incendio o scoppio dell'autovettura o del motociclo di sua proprietà, stazionante in garage o aree private, e risponde dei danni materiali cagionati a terzi. Sono comunque esclusi i danni contemplati dall'assicurazione obbligatoria di responsabilità civile autoveicoli (legge 24/12/1969 n 990).

Art. 63 - MASSIMALE ASSICURATO E FRANCHIGIE

L'assicurazione è prestata sino alla concorrenza di €. 516.000,00 per ogni sinistro e per anno assicurativo qualunque sia il numero delle persone che abbiano riportato lesioni corporali od abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà.

Per ogni sinistro, riguardante danni a cose e risarcibile a termini di polizza, viene applicata una franchigia assoluta di €. 250,00.

Il massimale per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati fra loro.

Art. 64 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

I. Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione R.C.T.:

- a) tutti coloro la cui responsabilità è coperta dal contratto di assicurazione, nonché il coniuge, gli ascendenti e i discendenti degli stessi;
- b) le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio, nonché tutti i collaboratori familiari occasionali che subiscano il danno in conseguenza dello svolgimento delle loro mansioni.

II. L'assicurazione non comprende i danni:

- a) da partecipazione a competizioni di carattere agonistico concernenti qualsiasi disciplina sportiva e pratica, in genere, delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o di ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby,

- football americano, paracadutismo, sport aerei in genere, sport motoristici in genere;
- b) da furti commessi da terzi anche qualora sia stato agevolato da una condotta colposa attiva o omissiva dell'Assicurato;
 - c) da detenzione o impiego di sostanze radioattive;
 - d) da inquinamento in genere;
 - e) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili;
 - f) ai trasportati su veicoli a motore;
 - g) a cose altrui che l'Assicurato detenga a qualunque titolo;
 - h) provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'Assicurato e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;
 - i) da detenzione o da impiego di esplosivi;
 - j) da proprietà e uso di armi da fuoco;
 - k) derivanti dall'esercizio della caccia;
 - l) derivanti dalla proprietà e conduzione di piscine;
 - m) a cose di terzi derivanti da incendio di cose dell'Assicurato per importi superiori al 50% del massimale indicato in polizza;
 - n) di cui l'Assicurato debba rispondere nella sua qualità di committente di lavori di straordinaria manutenzione, trasformazione o ampliamento del fabbricato assicurato;
 - o) derivanti da insalubrità dei locali;
 - p) derivanti da :
 - estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione, stoccaggio, uso di asbesto puro e/o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
 - q) derivanti da violazione di contratti di lavoro, discriminazione razziale, sessuale o religiosa;
 - r) conseguenti a guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra;
 - s) provocati da campi elettromagnetici.

Art. 65 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione si intende operante entro i confini di tutti gli Stati Europei esclusi quelli dell'ex Unione Sovietica. L'assicurazione si intende inoltre valida per Tunisia, Marocco, Algeria, Egitto, Malta, Siria e Turchia.

Relativamente alla responsabilità civile derivante dalla proprietà e/o conduzione del fabbricato la garanzia si intende operante a condizione che lo stesso sia situato in Italia ed adibito ad uso abitativo.

SEZIONE IV – RESPONSABILITA' CIVILE

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 66 - DENUNCIA DI SINISTRO

L'Assicurato, o se impossibilitato a farlo i suoi familiari, deve ai sensi dell'art. 1913 cod. civ. dare avviso del sinistro a:

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop

Ufficio Sinistri

Via Fermi 11/D

37135 Verona

oppure telefonando al **Numero Verde 800.206692**

Fax 800.33.44.31

entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza.

La denuncia deve contenere, ove possibile, la descrizione dei fatti, l'indicazione delle conseguenze del sinistro, il nome ed il domicilio dei soggetti danneggiati e degli eventuali testimoni dell'accaduto, la data, il luogo e le cause del sinistro note all'Assicurato.

Art. 67 - GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, in sede stragiudiziale o giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali e tecnici, avvalendosi della collaborazione dell'Assicurato e di tutti i diritti e di tutte le azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la Società ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce peraltro le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano stati da essa designati, e non risponde di multe od ammende, né delle spese di giustizia penale.

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE V – SCIPPO CORRENTISTI

Art. 68 - OGGETTO DELLA GARANZIA

Con la presente garanzia la Società si obbliga a corrispondere un indennizzo all'Assicurato per i danni materiali e diretti ai valori derivanti da:

- a) **RAPINA**, ossia sottrazione di cose mediante violenza fisica alla persona o minaccia); l'assicurazione è estesa al caso in cui la persona venga costretta a consegnare i valori mediante violenza o minaccia sia verso di essa sia verso altre persone;
- b) **SCIPPO** : furto consumato strappando di mano o di dosso alla persona i valori;
- c) **FURTO CON DESTREZZA**, limitatamente ai casi in cui la persona ha indosso o a portata di mano i valori;
- d) **FURTO** in seguito ad infortunio o ad improvviso malore della persona.

La garanzia è prestata alle persone assicurate mentre queste si recano o provengono da uno stabilimento della Banca Contraente per eseguire o dopo aver eseguito un'operazione bancaria.

La garanzia è prestata nei seguenti intervalli di tempo:

- da 1h prima dell'orario normale di apertura al pubblico fino ad 2h dopo l'orario dell'esecuzione dell'operazione bancaria allo sportello;
- per 1h dal momento del prelievo nel caso di utilizzo degli sportelli automatici;
- per 1h dall'orario ufficiale di chiusura delle attività del titolare per depositi presso la Cassa Continua

Art. 69 - ESCLUSIONI

Sono escluse dall'assicurazione i danni

- Commessi o agevolati con dolo o colpa grave dell'Assicurato;
- Commessi o agevolati con dolo o colpa grave:
 - a) da familiari dell'Assicurato, da persone con lui conviventi o da persone delle quali l'Assicurato deve rispondere quale civilmente responsabile;
 - b) da dipendenti del Contraente o dell'Assicurato;
- conseguenti all'utilizzo fraudolento di carte bancarie oggetto di furto, scippo o rapina, quali ad esempio Bancomat, POS e Carte di Credito.

Art. 70 - PERSONE ASSICURATE

Sono assicurate:

- ⇒ le persone fisiche intestatarie e/o cointestatarie dei rapporti nominativi, in Euro od in valuta estera, compresi i titolari di ditte individuali intestatarie di rapporti nominativi;
- ⇒ le persone fisiche partecipanti in qualità di soci a Società di fatto e/o semplici, intestatarie dei rapporti nominativi, in Euro od in valuta estera,;
- ⇒ le persone fisiche che, in società intestatarie di rapporti nominativi, in Euro od in valuta estera, abbiano le seguenti qualifiche:
 - 1. componente del Consiglio di Amministrazione, in caso di Società per Azioni, Società a responsabilità limitata, Società Cooperative;

2. Socio Amministratore con o senza rappresentanza, in caso di Società in nome Collettivo;
3. Socio Amministratore, in caso di Società in accomandita semplice o per azioni.

Art. 71 - LIMITI DI ETA'

L'assicurazione vale per persone di età non inferiore a 18 anni e non superiore ai 75 anni.

Art. 72 - SOMMA ASSICURATA E SCOPERTO

L'ammontare dell'indennizzo è dato dalla differenza tra le entità dei valori al momento del sinistro e quelli dopo il sinistro, senza tenere conto dei profitti sperati, né dei danni del mancato godimento od uso di eventuali altri pregiudizi.

La somma assicurata per uno o più sinistri che colpiscano lo stesso Assicurato viene fissata in **€ 750,00**.

Il 10% del danno risarcibile, col minimo assoluto di **€ 26,00**, rimarrà a carico dell'Assicurato senza che egli possa farlo assicurare da altri e ciò sotto pena di decadenza da ogni diritto al risarcimento.

Art. 73 - FORMA DI GARANZIA A PRIMO RISCHIO ASSOLUTO

L'assicurazione è prestata a 'primo rischio assoluto' e cioè senza applicazione della regola proporzionale prevista dall'art. 1907 del Codice Civile Italiano; i valori recuperati spetteranno all'Assicurato fino a concorrenza della parte del danno che fosse eventualmente rimasta scoperta di assicurazione, il resto spetterà alla Società.

SEZIONE V – SCIPPO CORRENTISTI

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 74 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato deve, entro 3 giorni dall'accadimento del sinistro stesso, darne avviso alla Società direttamente o tramite lo sportello bancario della Banca Contraente presso il quale è instaurato il rapporto, specificando le circostanze dell'evento e l'importo del danno unendo copia della denuncia fatta all'Autorità competente.

L'avviso di sinistro deve essere inviato a:

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop

Ufficio Sinistri

Via Fermi 11/D

37135 Verona

oppure telefonando al **Numero Verde 800.206692**

Fax 800.33.44.31

L'Assicurato deve inoltre:

- a) fornire al Contraente, entro cinque giorni successivi, una distinta particolareggiata dei valori sottratti;
- b) denunciare tempestivamente la sottrazione di titoli di credito anche al debitore, nonché esperire, se la legge lo consente e salvo il diritto alla rifusione delle spese, la procedura di ammortamento;
- c) adoperarsi immediatamente, nel modo più efficace, per il recupero dei valori sottratti.

Le spese fatte a questo scopo dall'Assicurato sono a carico della Società in proporzione della somma assicurata rispetto ai valori sottratti anche se l'ammontare delle spese stesse, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che la Società provi che le spese sono state fatte inconsideratamente. L'Assicurato che non adempie in tutto o in parte gli obblighi di cui sopra perde il diritto all'indennità.

Art. 75 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E DELLA SOCIETÀ IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente, ricevuto l'avviso di sinistro, accerta che il denunciante è compreso tra gli Assicurati ed inoltra la documentazione alla Società. La Società, accertato il danno a termini della presente Convenzione, darà benestare per la corresponsione dell'indennizzo inviando l'atto di quietanza al Contraente che provvederà a farlo sottoscrivere dall'Assicurato ed a restituirlo alla Società. Entro 30 giorni dall'atto di quietanza, la Società corrisponderà al Contraente la somma da riconoscere all'Assicurato.

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE VI – ASSISTENZA VEICOLI

Art. 76 - OGGETTO DELLA GARANZIA

Con la presente garanzia la Società, avvalendosi della cooperazione della Centrale Operativa, garantisce all'Assicurato le prestazioni dei servizi di assistenza indicati dettagliatamente negli articoli successivi, qualora si verifichi un sinistro.

Soccorso Stradale

Traino

Qualora, in conseguenza di sinistro, il veicolo abbia subito danni tali da renderne impossibile l'utilizzo in condizioni normali, la Centrale Operativa procurerà direttamente all'Assicurato il mezzo di soccorso per trainare il veicolo stesso al più vicino punto di assistenza della casa costruttrice o, qualora ciò fosse impossibile o antieconomico, all'officina più vicina, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 200 Euro per sinistro.

Sono a carico dell'Assicurato le spese per il traino qualora il veicolo abbia subito il sinistro durante la circolazione al di fuori della rete stradale pubblica o di aree ad esse equiparate (percorsi fuoristrada).

Sono altresì escluse le spese relative all'intervento di mezzi eccezionali, anche se indispensabili per il recupero del veicolo.

Depannage in Italia

Qualora a seguito di guasto, il veicolo risulti danneggiato in modo tale da non essere in condizioni di spostarsi autonomamente, la Centrale Operativa, valutata l'entità, il tipo di guasto e la possibilità di effettuare la riparazione sul posto, verificherà la disponibilità di una Officina Mobile nel territorio dove si è verificato il sinistro ed invierà la stessa per la riparazione.

Il conducente di veicolo multiadattato e regolarmente omologato, nonché il conducente con capacità di prensione o deambulazione ridotta in tutto o in parte in via permanente, può chiedere l'intervento di depannage anche in caso di foratura di pneumatico del veicolo o di necessità di montaggio di catene.

Qualora durante l'intervento l'Officina Mobile riscontrasse l'impossibilità a riparare il veicolo, l'Officina Mobile stessa procederà al traino nel rispetto della procedura prevista dalla precedente prestazione.

La Società terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 300 Euro per sinistro. Restano a carico dell'Assicurato il costo dei pezzi di ricambio eventualmente utilizzati per l'intervento l'urgenza e ogni altra spesa di riparazione effettuata dal mezzo di soccorso.

Autodemolizione (prestazione operante solo in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di sinistro, in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti, (DPR 915 del 10.09.82 art. 15 e Nuovo Codice della Strada D.Lgs. 285 del 30.04.92 art. 103; D.Lgs. n°22 del 05.02.1997 art. 46) debba procedere alla cancellazione al P.R.A. ed alla successiva demolizione del veicolo, la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, organizzerà il recupero del veicolo per la sua demolizione. Qualora il recupero richieda l'intervento di mezzi eccezionali, il relativo costo rimane a carico dell'Assicurato che dovrà provvedere direttamente al pagamento.

L'Assicurato deve produrre, al momento della consegna del veicolo, la seguente documentazione:

- ◆ libretto di circolazione (originale);
- ◆ foglio complementare / certificato di proprietà (originale);
- ◆ targhe autoveicolo;

(in caso di assenza di uno o più dei suddetti documenti l'Assicurato deve produrre l'originale della denuncia sostitutiva e/o il verbale di ritiro, rilasciati dalle Autorità competenti e copia dell'estratto cronologico rilasciato dal PRA)

- ◆ codice fiscale (fotocopia);
- ◆ documento di riconoscimento valido dell'intestatario al PRA (fotocopia carta d'identità o equivalente);
- ◆ documento di riconoscimento valido dell'incaricato alla consegna del veicolo, qualora questi sia diverso dall'intestatario al PRA (fotocopia).

La mancata produzione dei documenti di cui sopra o di altri necessari per la demolizione del veicolo, comporta la decadenza del diritto alla prestazione.

La Centrale Operativa organizza il recupero per la demolizione del veicolo entro 15 giorni dalla data in cui l'Assicurato ha reso disponibili i sopra citati documenti.

Il demolitore convenzionato prenderà in carico il veicolo, rilasciando al momento del recupero apposita dichiarazione di presa in carico del veicolo e "copia produttore" a norma di legge; successivamente invierà al domicilio dell'Assicurato la documentazione relativa all'avvenuta cancellazione al P.R.A. tramite raccomandata con ricevuta di ritorno. L'Assicurato prende atto che il veicolo sarà demolito in conformità alle disposizioni vigenti che regolano lo smaltimento dei veicoli considerati a tutti gli effetti "rifiuti solidi a raccolta differenziata". La Società terrà a proprio carico i costi relativi al recupero con carro attrezzi, alla demolizione e alla cancellazione al Pubblico Registro Automobilistico. Gli eventuali costi di deposito del veicolo rimangono a carico dell'Assicurato che dovrà provvedere direttamente al pagamento.

Recupero del veicolo fuoristrada

Qualora in caso di incidente il veicolo sia uscito dalla sede stradale e risulti danneggiato in modo tale da non potervi ritornare autonomamente, la Centrale Operativa procura direttamente all'Assicurato il mezzo di soccorso per riportare il veicolo danneggiato nell'ambito della sede stradale tenendo la Società a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 200 euro per sinistro.

L'eventuale eccedenza rimane a carico dell'Assicurato alle tariffe ufficiali correnti e la prestazione potrà essere fornita dalla Centrale Operativa esclusivamente a fronte di adeguate garanzie di pagamento.

Sono a carico dell'Assicurato le spese per il recupero qualora il veicolo abbia subito l'incidente durante la circolazione al di fuori della sede stradale pubblica o di aree ad essa equiparate (percorsi fuoristrada).

Auto in sostituzione (prestazione operante solo in Italia)

Qualora in conseguenza di sinistro, il veicolo resti immobilizzato e ciò comporti una riparazione che richieda oltre 8 ore di manodopera certificate da una officina autorizzata dalla casa costruttrice o da una carrozzeria convenzionata A.N.I.A. (facendo fede i tempi ufficiali della casa stessa), la Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato, con spese a carico della Società, un'autovettura di 1200 cc. di cilindrata per il periodo necessario alla riparazione, con un massimo di 7 giorni continuativi e percorrenza illimitata. Restano a carico dell'Assicurato le spese per il carburante, quelle per le assicurazioni non obbligatorie per legge nonché ogni eventuale eccedenza di spesa per il prolungamento del contratto di noleggio. Tali spese potranno essere oggetto di deposito fissato dalla società di autonoleggio; detto deposito dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato.

Nel caso in cui i danni al veicolo non ne impediscano l'utilizzo, la prestazione sarà fornita solo se l'Assicurato, previo benestare della Centrale Operativa, avrà concordato con l'officina i termini di riparazione.

Il Conducente di veicolo multiadattato e regolarmente omologato, nonché il Conducente con capacità di prensione o deambulazione ridotte in tutto o in parte in via permanente, può richiedere che le prestazioni sopraindicate siano sostituite dalla corresponsione di una somma massima di 200 euro, previa presentazione di regolare documentazione delle spese sostenute per l'utilizzo di mezzi pubblici.

Richiesta documenti in caso di furto totale del veicolo

Qualora, a seguito di furto totale del veicolo, l'Assicurato desideri avvalersi della Centrale Operativa per la richiesta dei seguenti documenti:

- ◆ certificato cronologico,
 - ◆ certificato di proprietà con annotazione di perdita di possesso,
- potrà contattare la Centrale Operativa stessa comunicando la targa del veicolo ed inviando l'originale della denuncia rilasciata all'Assicurato dall'Autorità competente. In seguito la Centrale Operativa tramite i propri incaricati, provvederà a richiedere agli uffici preposti i citati documenti ed una volta ottenuti li invierà all'Assicurato. La Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza. La Società terrà direttamente a proprio carico i relativi costi.

Informazioni e consigli telefonici

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali vengono fornite informazioni su:

- viabilità e percorribilità autostrade e strade principali extraurbane;
- condizioni meteorologiche;
- informazioni turistiche.

Informazioni medico-sanitarie

Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali vengono fornite informazioni su:

- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti, centri sanitari nazionali e internazionali;
- centri sanitari adeguati ed attrezzati per la cura di proprie affezioni.

Trasferimento in centro medico attrezzato

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio causato da incidente stradale sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del posto, la Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e sentito il medico curante, provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli di seguito elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa.

La Società terrà a proprio carico i relativi costi, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

La Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in Paesi Europei.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

Rientro dal centro medico attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'articolo precedente, viene dimesso dal centro medico dopo la degenza, la Centrale Operativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente tra quelli di seguito elencati:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, ove necessaria.

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura affinché la Centrale Operativa possa stabilire i necessari contatti.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

Spese d'albergo

Qualora in conseguenza di sinistro, il veicolo resti immobilizzato e ciò esiga una sosta forzata degli Assicurati per almeno una notte, la Centrale Operativa provvede a ricercare un albergo, tenendo la Società direttamente a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione, fino ad un massimo di 300 euro complessivamente, per tutte le persone coinvolte nel medesimo evento (conducente e trasportati).

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

Invio pezzi di ricambio

Qualora in conseguenza di sinistro i pezzi di ricambio indispensabili al funzionamento del veicolo ed occorrenti alla sua riparazione non possano essere reperiti sul posto, la Centrale Operativa provvede ad inviarli con il mezzo più rapido, tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto delle merci in genere e dei pezzi di ricambio di veicoli in particolare, sempre che siano reperibili presso i concessionari ufficiali in Italia.

Al rientro dal viaggio l'Assicurato dovrà rimborsare soltanto il costo dei pezzi e le spese doganali, mentre le spese di ricerca e di spedizione resteranno a carico della Società.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

Rientro passeggeri

In caso di guasto, incidente o incendio, furto tentato o parziale, rapina tentata che immobilizzi il veicolo per oltre 36 ore se in Italia o 5 giorni se all'estero, oppure in caso di furto o rapina del veicolo medesimo, la Centrale Operativa mette in condizione gli Assicurati di rientrare al luogo di residenza in Italia, mettendo a loro disposizione:

- un biglietto aereo di classe economica o ferroviario di prima classe,
- oppure
- un veicolo a noleggio (nel rispetto delle condizioni richieste dal noleggiatore).

Il Conducente di veicolo multiadattato e regolarmente omologato, nonché il conducente con capacità di prensione o deambulazione ridotte in tutto o in parte in via permanente, può richiedere alla Centrale Operativa anche il trasferimento, a mezzo taxi o altro, dal luogo di immobilizzo del veicolo, anche qualora il sinistro si verifichi entro 50 km dal comune di residenza, fino alla propria residenza o fino alla stazione auto/ferroviaria/aeroporto da cui partire per il viaggio di rientro al domicilio, fermo restando il massimale sottoindicato.

La Società terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 300 euro, complessivamente per tutte le persone a bordo del veicolo.

Al rientro dal viaggio l'Assicurato dovrà rimborsare il costo sostenuto dalla Società al netto del massimale previsto.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

Invio di un autista

Qualora a seguito di incidente l'Assicurato subisca lesioni tali da rendergli impossibile la guida del veicolo, oppure all'estero al Conducente venga rubata, ritirata o abbia smarrito la patente di guida, e in entrambi i casi nessuno degli eventuali altri passeggeri trasportati sia in grado di guidare per ragioni obiettive, la Centrale Operativa mette a disposizione un autista per il trasferimento del veicolo stesso al domicilio dell'Assicurato.

Restano in ogni caso a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi autostradali.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

Viaggio per il recupero del veicolo

Qualora il veicolo, in conseguenza di incendio, guasto, incidente, furto tentato o rapina parziale, rapina tentata, sia rimasto immobilizzato in Italia per oltre 36 ore o all'estero per 5 giorni, oppure in caso di furto o rapina sia stato ritrovato nel medesimo Paese dove è stato perpetrato il furto o la rapina stessi, e comunque in tutti i casi in cui il veicolo sia in grado di circolare autonomamente, la Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di sola andata per consentire il recupero del veicolo riparato.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato debba sostenere delle spese impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Centrale Operativa provvederà al pagamento sul posto, per suo conto, di fatture fino ad un importo massimo di 1.500 euro.

La prestazione viene fornita a condizione che l'Assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.

La prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta la violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

L'Assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire oltre alla somma anticipata l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

Rimpatrio del veicolo a mezzo pianale

Qualora in conseguenza di incendio, guasto, incidente, furto tentato o parziale, rapina tentata, il veicolo resti immobilizzato e ciò comporti un tempo di riparazione superiore a 5 giorni lavorativi, oppure in caso di furto o rapina, il veicolo venga ritrovato nel medesimo paese ove è stato perpetrato il furto o la rapina stessa in condizioni tali da non poter essere guidato, la Centrale Operativa, dopo aver preso contatto con l'officina incaricata della riparazione, organizza il trasporto del veicolo dal luogo di giacenza al luogo preventivamente concordato con l'Assicurato.

Le spese relative al trasporto stesso nonché quelle della giacenza all'estero dalla data di comunicazione dell'evento alla Centrale Operativa sono a carico della Società.

Le spese relative ai diritti doganali, ai costi di riparazione o di sostituzione di parti di ricambio e di accessori sono a carico dell'Assicurato.

Qualora il valore commerciale del veicolo dopo il sinistro risulti inferiore all'ammontare delle spese previste per il suo trasporto in Italia, la Centrale Operativa provvede al suo rimpatrio fino alla concorrenza di un importo massimo corrispondente al valore commerciale del relitto dopo il sinistro. L'eventuale eccedenza rimane a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui ci fosse un'eccedenza a carico dell'Assicurato, la prestazione è operante previa accettazione da parte della Centrale Operativa delle garanzie di restituzione dell'importo in eccedenza.

La garanzia è operante solo per sinistri accaduti all'estero (al di fuori del territorio dell'Italia, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano).

Rimpatrio sanitario

Qualora a seguito di infortunio causato da incidente stradale in cui sia rimasto coinvolto il veicolo, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente tra quelli di seguito elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea classe economica eventualmente barellato;
- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, ove necessaria.

La Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in Paesi Europei.

Qualora la Società abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato. Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La garanzia è operante solo per sinistri accaduti all'estero (al di fuori del territorio dell'Italia, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano).

Rimpatrio salma

Qualora a seguito di incidente, l'Assicurato sia deceduto, la Centrale Operativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 4.000 euro per sinistro ancorché siano coinvolti più Assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Centrale Operativa avrà ricevuto adeguate garanzie per la restituzione dell'importo in eccedenza.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

La garanzia è operante solo per sinistri accaduti all'estero (al di fuori del territorio dell'Italia, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano).

Viaggio di un familiare

Qualora a seguito di infortunio causato da incidente stradale l'Assicurato necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'assicurato ricoverato.

La garanzia è operante solo per sinistri accaduti all'estero (al di fuori del territorio dell'Italia, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano).

Anticipo spese legali

In caso di fermo giudiziario, di arresto o minaccia di arresto in conseguenza di incidente stradale nel quale sia stato coinvolto il veicolo, la Centrale Operativa qualora l'Assicurato non vi possa provvedere direttamente, anticipa per suo conto a titolo di prestito l'onorario di un legale fino ad un massimo di 1.000 Euro per sinistro.

La prestazione viene fornita a condizione che l'Assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.

La prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta la violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

L'Assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire oltre alla somma anticipata l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

La garanzia è operante solo per sinistri accaduti all'estero (al di fuori del territorio dell'Italia, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano).

Interprete a disposizione

Se, in caso di fermo, di arresto o di minaccia di arresto in conseguenza di incidente stradale nel quale sia stato coinvolto il veicolo, l'Assicurato necessita di un interprete, la Centrale Operativa vi provvede tenendo la Società a proprio carico le relative spese, fino ad un massimo di 1.000 euro.

La garanzia è operante solo per sinistri accaduti all'estero (al di fuori del territorio dell'Italia, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano).

Anticipo delle cauzioni: penale e civile

In caso di fermo giudiziario, di arresto o minaccia di arresto dell'Assicurato in conseguenza di incidente stradale nel quale sia stato coinvolto il veicolo, la Centrale Operativa qualora l'Assicurato non vi possa provvedere direttamente, anticipa per suo conto a titolo di prestito l'importo massimo per sinistro di 6.000 Euro.

La prestazione viene fornita a condizione che l'Assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.

La prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta la violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

L'Assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire oltre alla somma anticipata l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

La garanzia è operante solo per sinistri accaduti all'estero (al di fuori del territorio dell'Italia, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano).

Art. 77 - ESCLUSIONI

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di danneggiamento volontario, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo. Le prestazioni non sono fornite negli Stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- b) dolo dell'Assicurato;
- c) suicidio o tentato suicidio dell'Assicurato.

Art. 78 - PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione annuale che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere ai sensi dell'Art. 2952 C.C..

Art. 79 - DISCIPLINA DELLE PRESTAZIONI

In ogni caso l'intervento dovrà essere richiesto alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Tutte le prestazioni non possono essere fornite più di tre volte per tipo per ogni annualità assicurativa.

Le prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi 60 giorni di permanenza continuativa all'estero.

Art. 80 - OBBLIGHI A CARICO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato si impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla Centrale Operativa tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di assistenza.

La Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato, e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente, ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza.

Salvo quanto espressamente indicato, ogni documento deve sempre essere fornito in **ORIGINALE** (non fotocopie).

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA
--

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento necessiti di Assistenza, l'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

800 – 82.81.69

Oppure al numero: **015 255.95.87**

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma a:

**MAPFRE WARRANTY
STRADA TROSSI 66- 13871 VERRONE (BI)**

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. il tipo di assistenza di cui necessita;
2. nome e cognome;
3. numero di polizza preceduto dalla sigla **RPAU**;
4. indirizzo del luogo in cui si trova;
5. un recapito telefonico attivo per consentire alla Centrale Operativa di richiamarlo nel corso dell'assistenza.

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA

Il presente documento è valido a decorrere dal 1° settembre 2013 e costituisce parte integrante al Fascicolo Informativo/Prospetto d'offerta

In seguito all'emanazione del Provv. 7 IVASS del 16/07/2013 sulle "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 sta provvedendo a predisporre 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 che saranno pubblicate, a far data dal 1° novembre 2013, nella home page del sito internet della Compagnia.