CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA PERSONA

Carismi Sicuro Forma Globale Easy

Convenzione Collettiva Numero: **573**

Prestazioni assicurate da:

Società Cattolica di Assicurazione
Società Cooperativa

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Edizione aggiornata al 31/05/2015

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.

La sottoscrizione della presente copertura assicurativa è FACOLTATIVA

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; Telefono: 045.8391111; Sito Internet: www.cattolica.it, e-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it

c) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: art. 65 R.D.L. 29/4/1923 N° 966;

d) 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 1.925 milioni di euro (capitale sociale: 523 milioni di euro – totale riserve patrimoniali: 1.293 milioni di euro).
L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 5,6 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

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

Le singole coperture assicurative sottoscritte dagli Assicurati mediante il Modulo di Adesione hanno durata annuale con tacito rinnovo.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda allo specifico Art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta
La disdetta della Convenzione Collettiva da parte della Banca Contraente deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza della Convenzione Collettiva stessa. In caso di disdetta, per le operazioni precedentemente assicurate e per l'Assicurato, la garanzia prestata resterà comunque in vigore fino alla loro naturale scadenza.

La disdetta della copertura assicurativa da parte degli Assicurati deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r., anche per il tramite della Banca Contraente, e spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della copertura stessa, riportata 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 Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a prestare la copertura all'Assicurato in caso di:

- Grandi Interventi Chirurgici (GIC), intendendosi per tali tutti gli interventi riportati nell'Allegato 1 della presente Convenzione; Artt. 18 - 24 delle Condizioni di Assicurazione;
- Responsabilità Civile (RC); Artt. 28 - 31 delle Condizioni di Assicurazione;
- Tutela Legale (TL); Artt. 34 - 41 delle Condizioni di Assicurazione;

4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni
Per conoscere , in dettaglio le limitazioni e le Esclusioni derivanti dalla presente Polizza si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- **Grandi Interventi Chirurgici (GIC), Art. 20 delle Condizioni di Assicurazione;**
- **Responsabilità Civile (RC), Art. 29 delle Condizioni di Assicurazione;**
- **Tutela Legale (TL), Art. 39 delle Condizioni di Assicurazione.**

4.3 AVVERTENZA - Franchigie Scoperti e Massimali

Per conoscere in dettaglio le Franchigie, gli Scoperti e i Massimali applicabili alle singole garanzie si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Artt. 23, 24, 30, 31, 37.

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo allo Scoperto, alla Franchigia e al Massimale:

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

Esempio numerico di Massimale

Es.1
Somma assicurata: € 100.000
Ammontare del danno : € 110.000
Franchigia fissa: € 100
Danno Indennizzabile/risarcibile : € 100.000 (massimale) - € 100 (franchigia) = € 99.900
Quota a carico dell'Assicurato: € 10.000 (ammontare del danno extra massimale) + € 100 (franchigia) = € 10.100

Es. 2
Somma assicurata: € 100.000
Massimale : 20% della somma assicurata con un massimo € 25.000 → € 20.000
Ammontare del danno : € 22.500
Franchigia fissa: € 100
Danno Indennizzabile/risarcibile : € 20.000 (massimale) - € 100 (franchigia) = € 19.900
Quota a carico dell'Assicurato: € 2.500 (ammontare del danno extra massimale) + € 100 (franchigia) = € 2.600

4.4 AVVERTENZA - Età Assicurabile

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.
Qualora si raggiunga il 75esimo anno di età nel corso del periodo annuale di assicurazione, la copertura resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso per poi cessare.

4.5 AVVERTENZA - Periodi di Carenza
Per i Grandi interventi Chirurgici le garanzie hanno effetto:

- **per gli infortuni: dalle ore 24.00 del giorno di Decorrenza indicato nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato**

- **per le malattie non preesistenti alla sottoscrizione dell'Adesione: dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza indicato nel Modulo di Adesione**

- **per le malattie preesistenti alla sottoscrizione dell'Adesione e non note all'Assicurato: dal 120° giorno successivo a quello di decorrenza indicato nel Modulo di Adesione**

Resta ferma l'esclusione per le malattie preesistenti note all'Assicurato al momento della sottoscrizione della presente copertura.

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 relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

5.2 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
A fronte della prestazione assicurativa, l'Assicurato si impegna a versare un importo pari al premio annuale, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il premio annuale, relativo ad ogni Assicurato, è determinato in relazione alle garanzie prestate e all'età dell'Assicurato.

Il premio verrà corrisposto alla Società dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché effettui un addebito annuale in conto corrente, sulle coordinate bancarie indicate in fase di adesione, del premio relativo alla prima rata e il premio dovute alle annualità successive.

La Società conferisce alla Banca Contraente mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato a favore della Società.

7.1 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. 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.

10. Legge applicabile al contratto

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

11. Regime fiscale

I premi relativi sono soggetti alle seguenti aliquote d'imposta sulle assicurazioni:

- Infortuni e Malattia: 2,5%
- Responsabilità Civile: 22,25%
- Tutela Legale: 21,25%

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

L'Assicurato può scegliere se ricorrere:

1. **agli Istituti di Cura Convenzionati**: in questo caso la Compagnia paga le spese sostenute direttamente all'Istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali;

2. **agli Istituti di Cura Non Convenzionati**: in questo caso la Compagnia 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, dovranno preventivamente contattare telefonicamente la:

Centrale Operativa
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 015 – 255.96.40

indicando la prestazione di cui intende usufruire.
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 l'Assicurato 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".
Qualora in caso di emergenza medica il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale avvenga negli orari o nei giorni nei quali la Centrale Operativa non è in funzione, la denuncia del sinistro e la relativa gestione dovrà avvenire secondo le modalità indicate al successivo punto 2 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA SOSTITUTIVA, con successivo rimborso delle spese sostenute.

2 – RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA SOSTITUTIVA

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con la Compagnia, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, denunciare il sinistro telefonando alla:

Centrale Operativa
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 015 – 255.96.40

entro tre giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico.

PER LA GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA

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 di Valle Pruviniano, 20
37020 San Floriano - Verona
oppure telefonando al ***Numero Verde 800.206692***
Fax 800.33.44.31

entro 5 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.

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.

L'Assicurato è tenuto

a) ad astenersi da qualsiasi riconoscimento di responsabilità, senza essersi preventivamente consultato con la Società o con i legali e tecnici incaricati dalla stessa;
b) a trasmettere tempestivamente alla Società ogni atto giudiziario a lui notificato o a un componente del suo nucleo familiare;
c) a collaborare con la Società per consentire la corretta e puntuale gestione della vertenza;

d) a produrre la documentazione in suo possesso o – se non immediatamente disponibile - ragionevolmente acquisibile dal medesimo;
e) a comparire in giudizio a semplice richiesta della Società, ove la procedura giudiziale lo prevedesse o se la sua comparizione in giudizio sia ragionevolmente ritenuta dalla Società utile e necessaria per la difesa.

Qualora l'Assicurato non adempia a tali obblighi , è facoltà della Società di ritenersi esonerata dall'obbligo di assumere la difesa.

PER LA GARANZIA TUTELA LEGALE
L'Assicurato deve immediatamente denunciare ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza.

In ogni caso deve fare pervenire alla Compagnia c/o ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 (tre) giorni dalla data della notifica stessa. L'Assicurato può denunciare i nuovi sinistri tramite:

mail alla casella
denunce@arag.it

o al numero di
fax **+39.045.82.90.557**.

Per la successiva trattazione dei sinistri già aperti e successivi scambi di corrispondenza può essere utilizzata la posta ordinaria:

ARAG - Assicurazioni Rischi Automobilistici e Generali S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale del Commercio, 59 - 37135 Verona
o al numero di fax **+39.045.82.90.449**

L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con ARAG.

13. *AVVERTENZA* - Assistenza diretta - Convenzioni

Per conoscere l'elenco degli Istituti di Cura convenzionati con la Società si rimanda al sito internet della Compagnia. www.cattolica.it

14. Reclami

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

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
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. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.
Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.
Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.
Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

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 dell'Assicurato

Il Rappresentante Legale
(Dott. Paolo Bedoni)

GLOSSARIO

Definizioni valide per l'Assicurazione in generale:

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato: La persona fisica, residente e/o domiciliata in Italia, cliente della Banca Contraente, che sottoscrive il Modulo di Adesione alla presente copertura assicurativa.

Assicurazione: La garanzia concessa dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione in relazione al Contratto e a beneficio dell'Assicurato che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.

Contraente: Cassa di Risparmio di San Miniato Spa che stipula la Convenzione Assicurativa Collettiva a favore dei propri clienti.

Decorrenza: E' la data in cui la polizza assicurativa ha effettiva validità, previo pagamento del premio pattuito.

Durata: Periodo di validità della polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla scheda di polizza.

Franchigia: La parte di danno espressa in valore assoluto che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società, in base alle coperture assicurative di cui alla presente Polizza, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Intermediario Collocatore: Cassa di Risparmio di San Miniato Spa, Via IV Novembre, 45 – 56028 San Miniato (PI)

Massimale: La somma massima, stabilita nel contratto di assicurazione, che la Compagnia è tenuta a corrispondere in caso di sinistro.

Modulo di Adesione: La dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato per aderire alla presente Convenzione Assicurativa Collettiva.

Parti: Il Contraente e la Società

Polizza: Il presente documento, che contiene la disciplina del contratto di assicurazione.

Premio La somma in denaro comprensiva di eventuali imposte che l'Assicurato deve alla Società in base al Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza.

Rischio: la possibilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto La parte di danno in misura percentuale che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato. In caso di sinistro che preveda sia uno scoperto che una franchigia, sarà applicato prima lo scoperto e poi la franchigia nelle modalità previste dal contratto

Sinistro: Il verificarsi dell'evento 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 GIC:

Carenza: Periodo che intercorre tra la data effetto della polizza e la data effettiva della copertura. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.

Cartella Clinica: Documento ufficiale, atto pubblico o altra documentazione medica equivalente, redatta durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa: La struttura di Mapfre Warranty S.p.A. costituita da medici, tecnici e operatori, che in virtù di specifica convenzione stipulata con la Società provvede, per incarico di quest'ultima: al contatto telefonico con l'Assicurato ad organizzare ed erogare le prestazioni di assistenza previste nel contratto ed ad organizzare i ricoveri all'estero presso gli istituti di cura convenzionati.

Convalescenza: Il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'Assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato.

Day Hospital: La permanenza diurna in un Istituto di Cura (senza pernottamento) con finalità terapeutiche o chirurgiche. Non è considerato Day Hospital la permanenza in istituto presso il Pronto Soccorso.
E' escluso il day hospital diagnostico, anche se praticato chirurgicamente, salvo non sia direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico e sia effettuato entro i 100 giorni precedenti e i 180 giorni successivi.

Degenza: La permanenza in un Istituto di Cura che comporti il pernottamento.

Grande Intervento Chirurgico: (GIC): Tutti gli interventi chirurgici riportati nell'elenco allegato alla presente convenzione.

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

Istituto di Cura: Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza, per la cura dei malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Istituti di Cura Convenzionati: Gli ospedali, le cliniche e le case di cura convenzionate con la Centrale Operativa, presso i quali l'Assicurato può usufruire del servizio di pagamento diretto.
La verifica delle cliniche convenzionate deve essere effettuata dall'Assicurato, contattando telefonicamente e preventivamente la Centrale Operativa.

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, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata a intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

Malattia: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Ricovero: La permanenza in un Istituto di Cura (quest'ultima deve prevedere almeno un pernottamento).

Definizioni Valide per la sezione RC

Nel testo che segue si intende per:

Abitazione: I locali destinati a civile abitazione tra loro comunicanti, a uso unifamiliare, comprese le eventuali quote di fabbricato di proprietà comune.

Assicurato: La persona fisica, nonché i componenti del suo nucleo familiare, correntista della Banca Contraente, che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente copertura assicurativa.

Convivente more uxorio: La persona, che in forza di un rapporto personale con l'assicurato, duraturo e continuativo, nonché adeguatamente documentato e socialmente noto, convive stabilmente con l'assicurato e ha in comune con lo stesso la residenza anagrafica (o il domicilio abituale) e lo stato di famiglia.
Sono escluse le persone che convivono "more uxorio" con soggetti appartenenti al nucleo familiare dell'assicurato.

Cose: Sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Dimora Abituale: L'abitazione nella quale l'assicurato e i suoi familiari dimorano in modo continuativo e che costituisce il loro domicilio principale.

Dimora Saltuaria: L'abitazione nella quale l'assicurato e i suoi familiari non dimorano abitualmente.

Fabbricato: L'intera costruzione edile che ospita l'abitazione assicurata, adibita per almeno il 51% a civile abitazione e non contenente depositi agricoli, teatri, discoteche, sale da ballo, sale adibite esclusivamente o prevalentemente a giochi o scommesse. Per costruzione si intende il complesso delle opere edili costituente l'intero fabbricato unifamiliare o un'unità immobiliare, adibito a civile abitazione con eventuale ufficio/studio professionale privato, se coesistente e con essi comunicante, escluso solo il valore dell'area.
Sono compresi:

- fissi e infissi;
- opere di fondazione o interrate;
- dipendenze e/o pertinenze, non comunicanti con l'abitazione assicurata, quali centrali termiche, cantine, solai, vani tecnici e altri locali a uso esclusivo dell'assicurato se attinenti alla conduzione del fabbricato **ed escluso qualsiasi loro uso professionale o commerciale;**
- recinzioni, cancelli, cappotto termico, cisterne e serbatoi per lo stoccaggio di combustibili al servizio dell'abitazione, muri di cinta, piscine, campi e attrezzature sportive e da gioco, strade private interne, cortili, tinteggiature, tappezzeria, parquet,

moquettes, controsoffittature, tende frangisole esterne (se installate su strutture fisse ancorate a muri perimetrali o muri esterni o al soffitto dei balconi soprastanti);
- antenne televisive, radioriceventi e/o trasmittenti;
- statue, affreschi e decorazioni **che non abbiano valore artistico**;
- ascensori, montacarichi, impianti fissi elettrici ed elettronici, idrici, igienici, per la distribuzione del gas, di riscaldamento, di condizionamento, comprese caldaie autonome di riscaldamento e/o produzione di acqua calda e impianti autonomi di condizionamento, impianti di allarme e prevenzione, pannelli solari (fotovoltaici e termici), impianti citofonici e videocitofonici, tutti purché fissi e stabilmente installati, nonché ogni altra installazione fissa al servizio del fabbricato;
- migliorie apportate dal locatario;
- parti in comune in condominio, per la sola parte pro-quota dell'assicurato.

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 e i figli non coniugati di questi se conviventi con l'assicurato.

Risarcimento: la somma dovuta dalla Società per i danni causati al terzo dall'Assicurato.

Definizioni valide per la sezione Tutela Legale:

Nel testo che segue si intende per:

Ammenda: pena pecuniaria stabilita per le contravvenzioni, in contrapposizione alla **multa**, pena pecuniaria prevista per i delitti.

Anno: periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di anno bisestile.

Arbitrato: istituto con il quale le parti, di comune accordo, rinunciano ad adire l'Autorità giudiziaria ordinaria per la risoluzione di controversie concernenti l'interpretazione o l'esecuzione
del contratto.

Assistenza giudiziale: attività di difesa di un legale quando si attribuisce al giudice la decisione sull'oggetto della controversia.

Assistenza stragiudiziale: attività che viene svolta al fine di comporre qualsiasi vertenza prima del ricorso al giudice e per evitarlo.

Caso assicurativo: sinistro, ovvero il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia - per il quale è prevista l'assicurazione.

Contributo Unificato: Imposta di bollo sugli Atti giudiziari - contributo unificato istituito dall'articolo 9 legge 23 dicembre 1999, n. 488, modificato dal decreto legge 11 marzo 2002, n. 28, convertito dalla legge 10 maggio 2002, n. 91, confluito nel Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di giustizia, approvato con D.P.R. del 30 maggio 2002 n. 115.

Costituzione di parte civile: il soggetto che, all'interno del processo penale, esercita l'azione civile è denominato parte civile. L'azione civile è quella diretta a fare valere la pretesa civilistica al risarcimento del danno. Quindi, i danni risarcibili sono sia quelli patrimoniali, che hanno un contenuto quantificabile in termini economici, che quelli non patrimoniali ovvero denominati danni morali e derivanti dalle sofferenze patite in conseguenza della condotta illecita. L'atto che introduce l'azione civile nel processo penale è l'atto di costituzione di parte civile oppure l'atto di trasferimento in sede penale dell'azione civile, già promossa nella sua naturale sede.

Controparte: la parte avversaria in una controversia.

Consulente tecnico d'ufficio (C.T.U.): svolge la funzione di Ausiliario del Giudice lavorando per lo stesso in un rapporto strettamente fiduciario. Scopo del Consulente è quello di rispondere in maniera puntuale e precisa ai quesiti che il Giudice formula nell'udienza di conferimento dell'incarico e di relazionarne i risultati nell'elaborato peritale che prende il nome di Consulenza Tecnica d'Ufficio.

Consulente tecnico di parte (C.T.P.): libero professionista, al quale una parte in causa conferisce un incarico peritale in quanto ritiene l'incaricato esperto in uno specifico settore. Se un soggetto è coinvolto in una causa pendente o intende intraprenderne una (il caso dell'accertamento tecnico preventivo) incarica una persona di propria fiducia (il consulente di parte appunto) affinché questa affianchi il consulente tecnico nominato dal giudice. Il giudice, infatti, con l'ordinanza di nomina del CTU, assegna alle parti un termine entro il quale possono nominare un loro consulente tecnico.

Danno di natura contrattuale: danno dovuto ad un inadempimento o violazione di una obbligazione assunta tramite un contratto scritto o verbale.

Danno extracontrattuale: danno ingiusto conseguente a fatto illecito.

Denuncia: atto con il quale chiunque abbia notizia di un reato perseguibile d'ufficio ne informa il pubblico ministero o un ufficiale di polizia giudiziaria.

Delitto colposo: è solo quello espressamente previsto come tale (e a tale titolo contestato) dalla legge penale e commesso per negligenza, imperizia, imprudenza o inosservanza di leggi, ma senza volontà né intenzione di causare l'evento lesivo.

Delitto doloso: qualsiasi delitto all'infuori di quelli espressamente previsti dalla legge come colposi o preterintenzionali.

Diritti reali: sono i diritti che hanno per oggetto una cosa: esempio la proprietà, l'usufrutto, l'uso, l'usucapione, l'abitazione, le servitù (es. di passaggio), il pegno, l'ipoteca, etc. Con questa definizione includiamo anche il possesso.

Esecuzione forzata è l'attuazione in via coatta del diritto del creditore.
Si distingue in:

- **Espropriazione forzata**, attinente alle obbligazioni pecuniarie e consistente nel pignoramento dei beni del debitore con conseguente loro liquidazione;

- **Esecuzione forzata in forma specifica**, attinente alle obbligazioni di consegnare, di fare e di non fare e consistente nel conseguimento coatto di quanto dedotto in prestazione. Presupposto processuale dell'esecuzione forzata è il titolo esecutivo, che formalmente legittima il creditore all'esperimento di azione esecutiva. Sono titoli

esecutivi le sentenze, le scritture private autenticate (es cambiali), gli atti ricevuti da notaio o altro PU.

Estinzione del reato: le cause di estinzione del reato sono fatti giuridici che per l'ordinamento giuridico italiano annullano o cancellano la punibilità di un fatto costitutivo di reato. Sono:

- morte del reo prima della condanna (150cp)
- amnistia (151cp)
- rimessione della querela (152)
- prescrizione del reato (157cp)
- oblazione (contravvenzioni) 162cp
- sospensione condizionale della pena (167cp)
- perdono giudiziale per i minori di anni 18 (169cp)

Inabilitazione: è un istituto del diritto civile che esclude parzialmente il soggetto dalla capacità di agire.

Incidente: sinistro 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 in condizioni normali.

Interdizione: è riferito ad un soggetto maggiorenne nei confronti del quale un tribunale ordinario, anche prima della maggiore età, abbia emesso provvedimento di interdizione.
L'interdizione ha effetto immediato dal giorno di pubblicazione della sentenza (art.421) e può essere revocata soltanto su istanza di legittimi richiedenti (art.429) ma non dell'interdetto stesso.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni private e di interesse collettivo

Locatario: persona fisica/giuridica che riceve il bene in locazione.

Massimale: somma massima liquidabile dalla Società per ogni caso assicurativo denunciato limitatamente agli oneri indicati nell'art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione.

Morte presunta: è un istituto giuridico di volontaria giurisdizione del diritto italiano con il quale, attraverso una pronuncia del Tribunale, una persona viene ritenuta morta dall'ordinamento, allorché questa si sia allontanata dal luogo del suo ultimo domicilio o dall'ultima residenza e non abbia fatto avere più sue notizie per un periodo di tempo determinato.

Multa: vedi Ammenda.

Notifica: attraverso la notifica si porta a conoscenza di un soggetto un determinato documento o atto processuale.

Notizia di reato: per poter dare inizio alle indagini preliminari – fase del procedimento penale antecedente rispetto all'eventuale processo - il Pubblico Ministero o la Polizia Giudiziaria devono acquisire una notizia di reato, che consiste nell'informazione che un reato sarebbe stato commesso da una o più persone non identificate (notizia generica) o identificate (notizia specifica). Il P.M. deve iscrivere immediatamente ogni notizia di reato, nel Registro delle notizie di reato ed è da questo momento che iniziano a decorrere i termini ordinari per lo svolgimento delle indagini.

Omologazione della separazione: è un controllo sulle modalità stabilite consensualmente dai coniugi, attraverso il quale si verifica la legittimità e l'opportunità (soprattutto riguardo agli eventuali figli) dei termini della separazione.

Organismo di mediazione: le procedure di mediazione possono essere gestite solo dagli organismi pubblici e privati iscritti a un apposito Registro presso il Ministero della giustizia. I requisiti e le modalità di iscrizione sono disciplinati in uno specifico decreto ministeriale.

Reato: violazione di norme penali. I reati si distinguono in delitti o contravvenzioni e comportano pene diverse, detentive e/o pecuniarie (per delitti: reclusione, multa; per contravvenzioni: arresto, ammenda). I delitti si dividono poi, in base all'elemento soggettivo, in delitti dolosi, delitti preterintenzionali, delitti colposi, mentre nelle contravvenzioni la volontà è irrilevante.

Rescissione: attraverso l'azione di rescissione si permette a un soggetto che ha concluso contratto in condizioni di pericolo o di bisogno di sciogliersi dallo stesso quando queste condizioni hanno provocato delle notevoli sproporzioni tra prestazioni contrattuali.

Risarcimento diretto: nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile per i danni derivanti dalla circolazione stradale, in attuazione dell'articolo 150 del codice delle assicurazioni, è la procedura di rimborso assicurativo che dal 1º febbraio 2007 in caso d'incidente stradale consente ai danneggiati non responsabili (o parzialmente non responsabili) di essere risarciti direttamente dal proprio assicuratore. Riguarda i sinistri nei quali siano coinvolti non più di due veicoli a motore, immatricolati in Italia (o nella Repubblica di S. Marino o nello Stato Città del Vaticano), con danni a cose e lesioni personali al conducente non superiori ai nove punti di invalidità permanente.

Risoluzione: è un istituto che si riferisce a un vizio del contratto inteso non come "atto" bensì come "rapporto": si tratta, infatti, di una disfunzione del rapporto contrattuale sopravvenuta e causata da una delle fattispecie descritte dal codice. La risoluzione può avvenire per inadempimento, impossibilità sopravvenuta ed eccessiva onerosità.

Sanzioni amministrative: la sanzione amministrativa è prevista per la violazione di disposizioni di natura non penale. Da non confondere con le contravvenzioni, che sono reati e quindi violazioni di norme penali.

Sentenza definitiva (decisione passata in giudicato): giudicato è il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perchè è scaduto il termine per poterlo fare, o perchè sono già state esperite tutte le impugnazioni possibili. Quindi il provvedimento passato in giudicato è caratterizzato dall'incontrovertibilità della cosa giudicata, ovvero nessun giudice può nuovamente pronunciarsi su quella sentenza.

Sequestro: è un vincolo di indisponibilità materiale e giuridica del veicolo.

Spese legali: onorari e diritti del patrocinatore ai sensi del tariffario forense.

Spese liquidate: spese spettanti all'avvocato definite dal giudice in sede di sentenza.

Spese peritali: somme spettanti ai periti nominati dal Giudice (C.T.U. Consulenti Tecnici d'Ufficio) o dalla parte (Consulenti Tecnici di Parte).

Spese di soccombenza: spese liquidate dal giudice nel dispositivo della sentenza. Soccombente è la parte le cui pretese giuridiche non sono state riconosciute fondate dal giudice.

Società gestionaria : ARAG Assicurazioni Rischi Automobilistici e Generali S.p.A.

Spese di giustizia: spese del processo che in un procedimento penale il condannato deve pagare allo Stato. Nel giudizio civile, invece, le spese della procedura vengono pagate dalle Parti contemporaneamente allo svolgimento degli atti processuali e che a conclusione del giudizio il soccombente può essere condannato a rifondere.

Stragiudiziale: nel linguaggio forense, estraneo al giudizio, che avviene fuori dal giudizio e non fa parte degli atti giudiziari (accordi raggiunti fuori dal tribunale).

Transazione: accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono.

Tutela Legale: l'assicurazione Tutela Legale ai sensi del D.Lgs. 07/09/2005 n. 209 - Artt. 163/4 e 173/4 e correlati.

Unico caso assicurativo: fatto dannoso e/o controversia che coinvolge più assicurati.

Valore in lite: determinazione del valore della controversia.

Veicolo: mezzo di trasporto identificato in polizza dal numero di targa (a titolo esemplificativo autovettura, autocarro, moto, camper).

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Convenzione, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a prestare la copertura assicurativa all'Assicurato in caso di:

- Grandi Interventi Chirurgici (GIC);
- Responsabilità Civile (RC);
- Tutela Legale (TL);

Art. 2 – PERSONE NON ASSICURABILI
Non sono assicurabili le persone fisiche di età inferiore ai 18 anni e con età in ingresso superiore ai 74 anni (compiuti).

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.). L'Assicurazione cessa al loro manifestarsi.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI
Beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato stesso.

Art. 4- DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA
Per ciascun Assicurato, la copertura assicurativa ha durata annuale più l'eventuale frazione di anno. L'operatività della garanzia decorre dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione e cesserà alla data indicata sul modulo stesso.

Art. 5 - CESSAZIONE e/o ANNULLAMENTO delle GARANZIE E DISDETTA
La disdetta della Copertura assicurativa da parte degli Assicurati deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r, anche per il tramite della Banca Contraente, e spedita almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura stessa, riportata nel Modulo di Adesione.

Art. 6 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA
Premio prima annualità:
Per ogni Assicurato il premio assicurativo, comprensivo di imposte, è annuale più rateo di premio relativo al periodo intercorrente tra la data di decorrenza e il 1° giorno del mese successivo.

Premio annualità successive:
Per ogni Assicurato il premio assicurativo, comprensivo di imposte, è annuale e determinato in relazione alla seguente Tabella:

GARANZIE			PREMIO LORDO ANNUALE
Responsabilità Civile			€ 59,00
Tutela Legale			€ 38,00
Grandi Interventi Chirurgici (GIC)	**ETA' ASSICURATO**	**18-34 anni**	€ 100,00
		35-59 anni	€ 128,00
		60-75 anni	€ 211,00

Il premio annuale di rinnovo relativo alla sottoscrizione della Polizza, varierà al passaggio di fascia d'età dell'Assicurato secondo quanto indicato nella tabella sopra riportata.

Il premio verrà corrisposto alla Società dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca Contraente della Convenzione Collettiva affinché effettui un addebito annuale in conto corrente, sulle coordinate bancarie indicate in fase di adesione, del premio relativo alla prima rata e il premio dovute alle annualità successive.

La Società conferisce alla Banca Contraente mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato a favore della Società.

Art. 7 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO
Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato: Addebito in Conto Corrente

Art. 8 - REGIME FISCALE
I premi relativi sono soggetti alle seguenti aliquote d'imposta sulle assicurazioni:

- Infortuni e Malattia: 2,5%
- Responsabilità Civile: 22,25%
- Tutela Legale: 21,25%

Art. 9 – 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 all'Assicurato;**
- **fornire alle Compagnie i dati anagrafici e fiscali dell'Assicurato;**
- **sottoporre all'Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile dalla Compagnia.**

Art. 10 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale

o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

Art. 11 – **ALTRE ASSICURAZIONI**
Resta convenuto che la validità delle garanzie fornite dalla Società a favore degli Assicurati non è infirmata dalla contemporanea esistenza di altre assicurazioni con altre società.
La Società dispensa gli Assicurati dalle comunicazioni di cui all'art. 1910 comma 1 e 2 C.C..
In caso di sinistro l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio Assicurato con il presente contratto ai sensi degli artt 1910 comma 3 e 1913 cod. civ.
L'omissione dolosa di tale comunicazione alla Società determina la perdita del diritto all'indennizzo

Art. 12 – **LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE**
L'Assicurazione vale con le specificità territoriali espresse nelle singole sezioni.

Art. 13 – **RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Art. 14 – 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. 15 – **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
- se **Cassa di Risparmio di San Miniato Spa**
  Via IV Novembre, 45 – 56028 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. 16 – RECLAMI
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
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. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

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

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

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

Art. 17 – ALLEGATI
Gli allegati alla presente Polizza costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Art. 18 - OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura Non Convenzionati, salvo i limiti previsti all'Art. 23 Estensione Territoriale, per quanto riguarda l'estero;

- al pagamento diretto in caso di ricorso alle Cliniche convenzionate e previo accordo con la centrale operativa, salvo quanto previsto all'Art. 23 Estensione Territoriale per quanto riguarda l'estero,

in seguito a Grande Intervento Chirurgico, intendendosi come tali gli interventi di cui all'elenco contenuto nell'Allegato alla presente Polizza, resosi necessario da Infortunio o Malattia, fino alla concorrenza del massimale indicato in Polizza.

Le spese sanitarie comprese in garanzia e sostenute presso l'Istituto di Cura durante il ricovero, sono:

- rette di degenza, escluse le spese non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio le spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili);
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- assistenza medica e infermieristica;
- cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- medicinali ed esami.

Art. 19 - ESTENSIONI DI GARANZIA

Diaria Sostitutiva e Indennità per Day Hospital

Se l'Assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria in seguito a Grande Intervento Chirurgico, la Società corrisponderà:

- *Una Diaria Sostitutiva* pari a € 150,00 per ogni giorno di ricovero.

  Questa Diaria viene corrisposta per un massimo di 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

  La prima giornata di ricovero in Istituto di Cura e l'ultima sono considerate come un'unica giornata, qualunque sia l'ora di ricovero o della dimissione.

- *Un'Indennità giornaliera* pari a € 75,00 per ogni giorno di ricovero in Day Hospital.

  Questa indennità viene corrisposta per un massimo di 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

Spese precedenti al Grande Intervento Chirurgico
La Società offre la copertura delle spese sostenute, effettuate anche fuori dall'Istituto di Cura, per accertamenti diagnostici, comprese le analisi di laboratorio e onorari dei medici sostenuti nei 100 giorni precedenti la data di inizio del ricovero o intervento chirurgico (se non c'è stato ricovero), **nei limiti del 10% del massimale assicurato.**

Spese successive al Grande Intervento Chirurgico
La Società offre la copertura delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluso l'albergo), effettuati nei 180 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura, **nei limiti del 10% del massimale assicurato**.

Spese per il trapianto di organi
La Società offre la copertura delle spese sanitarie rese necessarie dal trapianto di organi sull'Assicurato.
Sono comprese anche le spese per l'espianto degli organi dal donatore vivente, **nei limiti del massimale assicurato.**

Spese per il trasporto dell'Assicurato
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, **fino alla concorrenza di € 5.000,00 per anno assicurativo**.

Spese per l'accompagnatore
La Società offre la copertura delle spese per il vitto e il pernottamento di chi accompagna l'Assicurato ricoverato presso un Istituto di Cura per un Grande Intervento Chirurgico, **nei limiti di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per sinistro e 60 giorni per anno assicurativo**.

Spese per l'assistenza infermieristica
La Società offre la copertura delle spese per assistenza infermieristica in Istituto di Cura, **nei limiti di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per sinistro e 60 giorni per anno assicurativo**.

Indennità di convalescenza
La Società offre un'Indennità di convalescenza di € 25,00 al giorno, dal giorno delle dimissioni dall'Istituto di Cura per un periodo pari a quello della degenza, **per un massimo di 30 giorni per sinistro e 60 giorni per anno assicurativo.**

ART. 20 - ESCLUSIONI
Sono escluse dal rimborso le seguenti spese sanitarie:

A. eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti all'ingresso in garanzia;
B. le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;

C. malattie mentali, disturbi psichici in genere inclusi i comportamenti di natura nevrotica;

D. cure/prestazioni per persone affette da infermità mentale, alcoolismo, tossicodipendenza e relative alle cause e alle conseguenze derivanti da tali infermità;

E. atti dolosi da parte dell'Assistito, non considerando tali quelli riconducibili a imprudenze e negligenze anche in forma grave;

F. infortuni e intossicazioni derivanti e conseguenti ad alcoolismo, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e stupefacenti (questi ultimi se non assunti a titolo farmacologico);

G. derivanti da sport aerei (deltaplani, ultraleggeri, parapendii e assimilabili) e dalla partecipazione a gare motoristiche, prove e allenamenti;

H. trattamenti sclerosanti;

I. trattamenti fisioterapici e rieducativi, così come le cure termali, medicinali e vaccini, salvo quanto presente all'Art.18 - Oggetto della Garanzia e all'Art.19 - Estensioni di garanzia;

J. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazioni dell'atomo, naturali o provocate, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

K. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;

L. ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e simili) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;

M. Le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;

N. derivanti da attività sportive professionali (comprese gare ed allenamenti). Per sport professionali si intendono quelli che determinano una retribuzione, in premi o in 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.

Art. 21 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili i soggetti:

- affetti da dipendenza da sostanze psico-attive (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non conseguenti a terapie mediche);
- affetti da infezioni da HIV;
- che non sottoscrivono la dichiarazione di buono stato di salute presente all'interno del Modulo di Adesione.

L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia la sopravvenienza di tali affezioni in corso di contratto, ai sensi dell'Art. 1898 del C.Civ.
La sopravvenienza di tali affezioni nel corso della copertura assicurativa è causa della risoluzione dell'intero contratto, che cesserà al primo frazionamento annuale successivo.
L'eventuale ed erroneo incasso dei premi successivi, non costituisce manifestazione di volontà da parte della Compagnia di continuare il contratto e i relativi premi verranno rimborsati.

Art. 22 - TERMINI DI CARENZA
Per ogni Assicurato, l'operatività della garanzia decorre:

- **per gli Infortuni**: dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato;

- **per le Malattie** :
  - dal 30esimo giorno successivo a quello del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato per le malattie non preesistenti alla sottoscrizione del contratto;

  - dal 120esimo giorno successivo a quello del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato per le malattie preesistenti alla sottoscrizione del contratto e non note all'Assicurato.

Resta ferma l'esclusione per le malattie preesistente note alla stipula della presente Polizza.

Art. 23 - ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione ha efficacia:
- In Italia
- All'estero, come di seguito indicato:

1. Ricorso alle Cliniche Estere per Interventi programmati
Per gli interventi "programmati", intendendosi per tali i viaggi all'estero allo scopo di effettuare delle cure presso le strutture estere, la Società offre la copertura purché gli istituti di cura siano convenzionati con la Società stessa e previo accordo con la Centrale Operativa.

La copertura non è quindi operante se la clinica non è convenzionata o, seppur convenzionata, se l'assicurato non ha preventivamente contattato la centrale operativa.

Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, i costi relativi all'equipe medica non verranno rimborsati.

Nel caso in cui l'assicurato abbia richiesto l'autorizzazione ad essere ricoverato all'estero all'Asl di appartenenza, ottenendo il parere positivo e la partecipazione al costo da parte del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare le spese rimaste a carico dell'assicurato
anche se la clinica non dovesse essere con essa convenzionata.

2. Necessità di cure se l'assicurato si trova all'estero per lavoro, studio, vacanza
Se l'assicurato si trova all'estero per motivi di lavoro, studio o vacanza, e avesse bisogno per motivi non programmati di una delle prestazioni di polizza, la Società offrirà la copertura presso le cliniche convenzionate con la Compagnia e previo accordo con la centrale operativa.

Se non viene preventivamente attivata la centrale operativa e/o si utilizza una clinica non convenzionata con la Società verrà applicato uno **scoperto del 15% sui costi sostenuti.**

Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, verrà applicato tale scoperto sul solo costo dell'equipe medica.

Tuttavia, se il contatto con la centrale operativa per ricorrere alla clinica convenzionata non è possibile per motivi di emergenza medica, non verrà applicato tale scoperto.

Art. 24 - MASSIMALE ASSICURATO

La Società rimborsa le spese mediche, così come indicato nell'Art. 18, **fino alla concorrenza del massimale di € 130.000,00**, inteso come disponibilità annua per assicurato. per sinistro e per anno assicurativo

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

SEZIONE I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Art. 25 - MODALITÀ DI DENUNCIA, OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E GESTIONE DEL SINISTRO

L'Assicurato può scegliere se ricorrere:

1. **agli Istituti di Cura Convenzionati**: In questo caso la Compagnia paga le spese sostenute direttamente all'Istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali;

2. **agli Istituti di Cura Non Convenzionati**: In questo caso la Compagnia 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
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 015 – 255.96.40

indicando la prestazione di cui intende usufruire.

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 l'Assicurato 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”.
Qualora in caso di emergenza medica il ricovero o l’intervento chirurgico ambulatoriale avvenga negli orari o nei giorni nei quali la Centrale Operativa non è in funzione, la denuncia del sinistro e la relativa gestione dovrà avvenire secondo le modalità indicate al successivo punto 2 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA SOSTITUTIVA, con successivo rimborso delle spese sostenute.

2 – RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA SOSTITUTIVA

Se l’assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con la Compagnia, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, denunciare il sinistro telefonando alla:

Centrale Operativa
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 015 – 255.96.40

entro tre giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico.

Art. 26 - OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SPESE SANITARIE LIQUIDATE DALLA COMPAGNIA 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, alla Compagnia, secondo le modalità comunicate, le somme indebitamente liquidate dalla Compagnia, entro e non oltre 30 giorni dalla comunicazione.
Qualora l'assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, la Compagnia si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti addebitandogli i relativi costi.

Art. 27 - CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, le parti si obbligano a confermare, con scrittura privata, mandato di decidere, in prima istanza tra due medici nominati uno per parte ed in mancanza di accordo, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il comune ove ha sede l’Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell’assicurato.

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

L'assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

SEZIONE II - RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA

(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. 28 - 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. 30 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 dei rischi per i quali è stipulata l'assicurazione.

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

A) RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA:

A1) Responsabilità Civile per fatti accidentali verificatisi nell'ambito della Vita privata:

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.

Tra le ipotesi di responsabilità civile sono quindi comprese a titolo esemplificativo e non esaustivo quelle derivanti da:

1. conduzione del fabbricato costituente l'abitazione principale, relative parti comuni comprese dipendenze e pertinenze, impianti fissi ivi compresi gli ascensori, dipendenze e pertinenze del fabbricato, antenne radiotelevisive, giardini, compresi i parchi, gli alberi d'alto fusto, e le recinzioni in muratura, sempreché dette dotazioni costituiscano per destinazione d'uso ed ampiezza complemento del fabbricato;
2. danni a terzi derivanti da spargimento di acqua, rigurgito di fogne e altri liquidi in genere da qualsiasi causa determinata imputabile all'assicurato nella sua qualità di conduttore dell'abitazione.
3. conduzione dei locali ove l'Assicurato dimora saltuariamente e/o per temporanea villeggiatura e uso dei relativi impianti fissi comprese antenne televisive e per radioamatori (escluse piscine);
4. somministrazione di cibi e bevande consumati in casa dell'Assicurato che provochino intossicazione o avvelenamento degli ospiti;
5. proprietà e uso di apparecchi domestici in genere;
6. guida di macchine ed attrezzature anche a motore per attività di giardinaggio nel proprio giardino;
7. proprietà ed uso di: velocipedi, veicoli a mano, imbarcazioni senza motore e windsurf;
8. responsabilità derivante da proprietà, custodia, possesso e uso di animali domestici e da cortile, cani, cavalli e altri animali da sella. La garanzia non comprende l'uso del cane per l'attività venatoria;

9. 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 siano portatrici di handicap psichico e/o fisico a condizione che si tratti di persone delle quali l'Assicurato deve rispondere;
10. 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;
11. 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;
12. fatto colposo commesso in qualità di pedone o ciclista;
13. lavori di ordinaria manutenzione eseguiti in economia;
14. pratica di attività sportive se svolte per diletto e non a titolo professionale o tali da costituire reddito costante, ricorrente e significativo;
15. pratica di attività di bricolage, modellismo (esclusi i danni ai modelli), campeggio, giardinaggio;
16. danni cagionati dai figli minori in occasione di affidamento temporaneo e/o condiviso all'assicurato;
17. danni derivanti dalla mancata sorveglianza di minori di terzi temporaneamente affidati all'assicurato a condizione che tale attività non venga svolta a carattere professionale e comunque non a titolo oneroso;
18. danni cagionati dai figli minori dell'assicurato temporaneamente affidati a terzi o a un familiare, ascendente o discendente, anche se non convivente dell'assicurato;
19. responsabilità imputabile alla persona alla pari, babysitter, badante, colf, temporaneamente ospite dell'assicurato a condizione che l'evento sia in relazione causale diretta ed esclusiva con le mansioni a questi temporaneamente affidate dall'assicurato;
20. responsabilità dell'assicurato, se soggetto a rivalsa della Compagnia assicuratrice dell'RCA del vettore, per danni cagionati a terzi in qualità di trasportato su veicoli a motore.

    La garanzia copre i danni ai veicoli sui quali sono trasportati gli assicurati, se la Compagnia del vettore ha esperito azione di rivalsa nei confronti dell'assicurato.
21. Ricorso terzi da incendio da conduzione della dimora abituale o secondaria.

    La garanzia è estesa ai danni derivanti da interruzione o sospensione (totale o parziale) dell'utilizzo dei beni, nonché di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi. Se tale copertura è prevista anche in altra polizza, la garanzia è prestata solo in eccedenza rispetto al massimale previsto in quella polizza.

A2) Responsabilità Civile della proprietà dell'abitazione

La garanzia è estesa ai risarcimenti per responsabilità civile dell'assicurato, in qualità di proprietario dell'abitazione.

Sono comprese/i:

1. le pertinenze e le quote di parti comuni, il loro contenuto, gli impianti fissi per natura e destinazione, le antenne, parchi, giardini, alberi d'alto fusto, viali e strade private, recinzioni in muratura e cancelli;
2. proprietà di attrezzature sportive e da gioco, piscine, purché di pertinenza dell'abitazione;
3. committenza di lavori di straordinaria e ordinaria manutenzione, con l'intesa che se i lavori sono assoggettabili a quanto indicato nel D.Lgs. n°494 del 1996 e successive modifiche, la garanzia opera solo se l'assicurato ha:
   - designato i responsabili dei lavori in conformità a quanto indicato nel D.Lgs. n°494 del 1996;
   - incaricato, con regolare contratto di appalto, una ditta o persona in regola, in conformità e secondo gli obblighi derivanti dalla legge. Nel caso in cui la copertura sia prevista anche con altra polizza, la garanzia è prestata solo per l'eccedenza rispetto al massimale previsto in quella polizza. Sono esclusi i danni subiti dalle persone addette ai lavori.
4. i danni cagionati a terzi da spargimento d'acqua, rigurgito di fogna o di altri liquidi in genere conseguenti a rotture accidentali degli impianti posti a servizio dell'Abitazione. Per le abitazioni facenti parti di complessi condominiali, la garanzia opera per la quota parte di proprietà dell'assicurato.

B) RESPONSABILITA' CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA (R.C.O):

B1) R.C.O.

La Società tiene indenne l'assicurato, in regola, al momento del sinistro con gli obblighi di legge, di quanto sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- per gli infortuni sofferti dai prestatori di lavoro **da lui dipendenti**, addetti ai servizi domestici e assicurati ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. n° 1124 del 1965.
  La garanzia si estende anche ai lavoratori parasubordinati (art. 5 del D. Lgs n° 38 del 2000);

- a titolo di risarcimento danni (non rientranti nella disciplina del D.P.R. n°1124 del 1965 e del D. Lgs. n°38 del 2000), cagionati ai prestatori di lavoro indicati al punto precedente per morte e lesioni personali da infortunio da cui sia derivata **un'invalidità permanente superiore al 5%.**
  Questa garanzia vale anche per la surrogazione dell'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge n°222 del 1984.

B2) Malattie professionali

La Società tiene indenne l'assicurato, relativamente alle malattie professionali subite dai prestatori d'opera indicati al punto precedente (tabelle allegate al D.P.R. n°1124 del 1965, come risultano dall'elenco riportato dal D.P.R. n°482 del 1975 e successive variazioni), e di quelle ritenute tali dalla Magistratura, **escluse, comunque e in ogni caso, l'asbestosi, la silicosi, le ipoacusie conclamate e la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).**

L'assicurazione ha **effetto a condizione che le malattie si manifestino per la prima volta dopo la sottoscrizione del contratto e siano conseguenza di fatti colposi connessi a eventi che si sono verificati durante il periodo di validità del contratto.**

Il massimale rappresenta comunque la **massima esposizione della Compagnia per più danni:**

- originati dallo stesso tipo di malattia professionale, anche se manifestatisi in tempi diversi durante il periodo di validità del contratto;
- verificatisi nella stessa annualità.

La garanzia non comprende:

- i lavoratori dipendenti per i quali si sia manifestata una ricaduta di malattia professionale, precedentemente indennizzata o indennizzabile;
- le malattie professionali conseguenti a intenzionale:
  - inosservanza delle disposizioni di legge, da parte dell'assicurato;
  - mancata prevenzione del danno per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni da parte dell'assicurato o dei suoi incaricati;
    Questa esclusione cessa di avere effetto per i danni avvenuti successivamente a quando vengono messi in atto accorgimenti ritenuti ragionevolmente idonei a prevenire il ripetersi del sinistro in rapporto alle circostanze;
- le malattie professionali che si manifestano dopo 12 mesi dalla data di cessazione della garanzia o del rapporto di lavoro.

La Società ha diritto di effettuare, in qualsiasi momento, ispezioni, verifiche e/o controlli sullo stato dell'abitazione indicata in polizza. Il contraente o l'assicurato deve consentire il libero accesso e fornire le notizie e la documentazione necessaria.

L'Assicurato ha l'obbligo di denunciare senza ritardo alla Società l'insorgenza di una malattia professionale rientrante nella garanzia, e di far seguito, con la massima tempestività, con le notizie, i documenti e gli atti relativi al caso denunciato.

Art. 29 - 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, il convivente more uxorio e i figli non coniugati di questi se conviventi con il contraente, nonché qualsiasi altro parente od affine convivente con l'assicurato;
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 idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, paracadutismo, sport aerei in genere, sport motoristici in genere;
b) da furti;
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 da insalubrità dei locali;
m) derivanti da estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione, stoccaggio, uso di asbesto puro e/o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
n) derivanti da violazione di contratti di lavoro, discriminazione razziale, sessuale o religiosa;
o) 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 dovuto a ordigni di guerra;
p) provocati da campi elettromagnetici.
q) di natura punitiva (Exemplary Punitive Damages) verificatisi negli Stati Uniti d'America o in Canada.

Art. 30 - MASSIMALE ASSICURATO E FRANCHIGIE

L'assicurazione è prestata sino alla concorrenza di € 750.000,00 per 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, verrà applicata una franchigia assoluta di €. 200,00.

Se la garanzia opera per più assicurati, il massimale per il danno cui si riferisce la richiesta di risarcimento resta, ad ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati.

1. <u>Danni da spargimento di acqua e di liquidi in genere</u>

Per i danni cagionati a terzi da spargimento di acqua o di liquidi in genere e rigurgito di fogna conseguenti a:

- qualsiasi causa in qualità di conduttore dell'abitazione
- rotture accidentali di tubazioni, condutture, impianti idrici, di riscaldamento, di condizionamento posti al servizio dell'abitazione di proprietà

l'assicurazione è prestata sino alla concorrenza di € 12.000,00 per ogni sinistro e per anno assicurativo con uno scoperto del 10% con il minimo di € 200,00.

2. <u>Cani</u>

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 l'assicurazione è prestata sino alla concorrenza di € 100.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.

3. <u>Ricorso terzi derivante da incendio da conduzione della dimora abituale o secondaria.</u>

Relativamente al ricorso terzi l'assicurazione è prestata sino alla concorrenza di € 100.000,00 per sinistro e per anno assicurativo e con una franchigia pari a € 200,00.

Art. 31 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione si intende operante in tutto il mondo, compresi Stati Uniti d'America e Canada. In casi di sinistro avvenuto negli Stati Uniti d'America o in Canada, la garanzia opera con il limite del 50% del massimale previsto, con applicazione di una franchigia di € 1.500,00.

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

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO
RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA

Art. 32 - 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 di Valle Pruviniano, 20
37020 San Floriano - Verona
oppure telefonando al ***Numero Verde 800.206692***

entro 5 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. 33 - 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.

L'Assicurato è tenuto

a) ad astenersi da qualsiasi riconoscimento di responsabilità, senza essersi preventivamente consultato con la Società o con i legali e tecnici incaricati dalla stessa;
b) a trasmettere tempestivamente alla Società ogni atto giudiziario a lui notificato o a un componente del suo nucleo familiare;
c) a collaborare con la Società per consentire la corretta e puntuale gestione della vertenza;
d) a produrre la documentazione in suo possesso o – se non immediatamente disponibile - ragionevolmente acquisibile dal medesimo;
e) a comparire in giudizio a semplice richiesta della Società, ove la procedura giudiziale lo prevedesse o se la sua comparizione in giudizio sia ragionevolmente ritenuta dalla Società utile e necessaria per la difesa.

Qualora l'Assicurato non adempia a tali obblighi , è facoltà della Società di ritenersi esonerata dall'obbligo di assumere la difesa.

SEZIONE III - TUTELA LEGALE

PREMESSA DI AFFIDAMENTO

La gestione dei sinistri Tutela Legale è stata affidata dalla Società a:

ARAG Assicurazioni Rischi Automobilistici e Generali S.p.A. con sede e Direzione Generale in Viale delle Nazioni n. 9 - 37135 Verona, Viale del Commercio n.59

in seguito denominata **ARAG**, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Principali riferimenti:

Telefono centralino: **045.8290411**,

fax per invio nuove denunce di sinistro: **045.8290557**,

mail per invio nuove denunce di sinistro: **denunce@ARAG.it**,

fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro: **045.8290449**.

Art. 34 - OGGETTO DELLA GARANZIA

ARAG, alle condizioni della presente polizza e nei limiti del massimale convenuto, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nei casi indicati in polizza.

Tali oneri sono:

- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo **nel rispetto di quanto previsto dal tariffario nazionale forense (D.M. 8 aprile 2004 e successivi aggiornamenti) anche quando la vertenza deve essere trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione;**
- le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata da ARAG ai sensi dell'Art. 44 comma 4;
- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con ARAG ai sensi dell'Art. 44 comma 5;
- le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale);
- le spese di giustizia;
- Il contributo unificato (D. L. 11.03.2002 n° 28), **se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.**

E' garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'Art. 42 comma 3.

Art. 35 - DELIMITAZIONI DELL'OGGETTO DELLA GARANZIA

1. L'Assicurato è tenuto a :

- regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme; relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo

- ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.

2. ARAG non si assume il pagamento di :
- multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali (art. 541 Codice di Procedura Penale).

3. Le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di due esiti negativi.

4. Non sono oggetto di copertura assicurativa:
- le indennità a carico dell'Assicurato spettanti all'Organismo di mediazione costituito da un Ente di diritto pubblico oppure da un Organismo privato;
- i patti quota lite conclusi tra l'Assicurato ed il legale che stabiliscano compensi professionali.

Art. 36 - SOGGETTI ASSICURATI
Le garanzie previste all'Art. 34 – Oggetto della garanzia, vengono prestate all'Assicurato e ai componenti del suo nucleo familiare **risultante dal certificato di stato di famiglia.**
Nel caso di controversie fra Assicurati con la stessa polizza le garanzie vengono prestate **unicamente a favore dell'Assicurato che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Convenzione Collettiva.**

Art. 37 - MASSIMALE
La Tutela Legale viene prestata fino alla concorrenza di € 10.000,00 da intendersi come massimale per caso assicurativo senza limite annuo.

Art. 38 - PRESTAZIONI GARANTITE

Vita privata
Le garanzie vengono prestate nell'ambito della vita privata **con esclusione della proprietà e della circolazione stradale relative a veicoli soggetti all'assicurazione obbligatoria di cui alla Legge 24.12.1969 n. 990 e successive modificazioni.**

Immobile
Le garanzie vengono prestate alle persone assicurate nella veste di conduttore o proprietario di un immobile o parte di esso, **purché costituente l'abitazione principale direttamente utilizzata dall'Assicurato.**

Le garanzie valgono per:
1. sostenere l'esercizio di pretese al **risarcimento danni extracontrattuali** a persone e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi;

2. sostenere la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni. La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.

Art. 39 - ESCLUSIONI

Le garanzie non sono valide:

a) per vertenze concernenti il diritto di famiglia, delle successioni e delle donazioni;
b) in materia fiscale ed amministrativa;
c) per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;
d) per vertenze concernenti diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva, concorrenza sleale, rapporti tra soci e/o amministratori;
e) per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
f) per controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di autoveicoli, imbarcazioni o aeromobili;
g) per fatti dolosi delle persone assicurate;
h) per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
i) per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale;
j) per qualsiasi caso assicurativo inerente o derivante dall'esercizio della professione medica e di attività di lavoro autonomo, di impresa, e/o altre tipologie di collaborazione;
k) per la locazione o proprietà di immobili o parte di essi non costituenti l'abitazione dell'Assicurato;
l) per controversie relative alla compravendita, permuta di immobili e alla loro costruzione ex novo; in quest'ultimo caso restano escluse le controversie relative a contratti di appalto, fornitura e posa in opera di materiali;
m) per spese legali derivanti dalla proposizione di querele;
n) per le vertenze con la Banca che intermedia il presente contratto;
o) per i casi di adesione a class action;
t) per fatti conseguenti a calamità naturali o eventi atmosferici eccezionali, quali, a titolo di esempio, terremoti, alluvioni, frane, eruzioni vulcaniche, valanghe, dissesti idrogeologici

Art. 40 - INSORGENZA DEL CASO ASSICURATIVO

1. Ai fini della presente copertura, per insorgenza del caso assicurativo si intende:

- per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali - **il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;**

- per tutte le restanti ipotesi - **il momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.**

In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della **prima violazione.**

2. La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano insorti :

- **durante il periodo di validità della copertura**, se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali, di procedimento penale e di ricorsi od opposizioni alle sanzioni amministrative;

3. La garanzia non ha luogo nei casi insorgenti da contratti che nel momento della stipulazione dell'assicurazione fossero stati già disdetti da uno dei contraenti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fosse già stata chiesta da uno dei contraenti.

4. Si considerano a tutti gli effetti come **unico caso assicurativo:**

- vertenze, giudiziali e non, promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande scaturenti da fatti collegati e/o tra loro connessi e/o consequenziali, ad un medesimo contesto riferito all'evento coperto in garanzia;
- procedimenti penali a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.

In tali ipotesi, la garanzia viene prestata a favore di tutti gli assicurati coinvolti, ma **il relativo massimale resta unico** e viene ripartito tra loro, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.

Art. 41 - ESTENSIONE TERRITORIALE
Nell'ipotesi di diritto al risarcimento di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi nonché di procedimento penale l'assicurazione vale per i casi assicurativi che insorgono in Europa o negli stati extraeuropei posti nel Bacino del Mare Mediterraneo sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO TUTELA LEGALE

Art. 42 - DENUNCIA DEL SINISTRO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE

1. L'Assicurato deve immediatamente denunciare ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza.

2. In ogni caso deve fare pervenire alla Compagnia c/o ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 (tre) giorni dalla data della notifica stessa. L'Assicurato può denunciare i nuovi sinistri tramite:

   mail alla casella
   denunce@arag.it

   o al numero di
   fax **+39.045.82.90.557**.

   Per la successiva trattazione dei sinistri già aperti e successivi scambi di corrispondenza può essere utilizzata la posta ordinaria:

   ARAG - Assicurazioni Rischi Automobilistici e Generali S.p.A.
   Ufficio Sinistri
   Viale del Commercio, 59 - 37135 Verona
   o al numero di fax **+39.045.82.90.449**

3. L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.

4. Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.

5. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con ARAG.

Art. 43 - FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA E DEI DOCUMENTI OCCORRENTI ALLA PRESTAZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- informare immediatamente ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire
- ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Art. 44 - GESTIONE DEL SINISTRO

1. Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.

2. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini dell'art.42.

3. La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione presenta possibilità di successo.

4. L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG.

5. L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti viene concordata con ARAG.

6. ARAG non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti.

7. In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e ARAG, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

8. ARAG avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

9. Qualora l'assicurato intenda adire le vie giudiziarie nei confronti di ARAG, l'azione civile dovrà essere preceduta dal tentativo di mediazione qualora sia previsto obbligatoriamente dalla normativa vigente come condizione di procedibilità.

Art. 45 - RECUPERO DI SOMME

1. Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

2. Spettano invece ad ARAG, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

Allegato - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mieolopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. Di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale

- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparatomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezione epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

TRAPIANTI DI ORGANI

- Tutti

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA
Il presente documento è valido a decorrere dal 31 ottobre 2013 e costituisce parte integrante al Fascicolo Informativo/Prospetto d'offerta

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

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

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