Contratto di assicurazione collettiva in caso di infortunio, malattia e perdite pecuniarie

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

Società: Società Cattolica di Assicurazione Prodotto: "Cattolica Tutela Reddito - Danni"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza, riservata ai clienti della Banca di Credito Popolare di Torre del Greco, copre i danni per Infortuni, Malattia e Perdite pecuniarie.

Che cosa è assicurato?

✓ **Coperture assicurative:** la polizza prevede un indennizzo in caso di sinistro, per:
- ✓ Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia: se l'Assicurato è un lavoratore autonomo;
- ✓ Perdita di impiego: se l'Assicurato è un lavoratore dipendente;
- ✓ Malattia grave: se l'Assicurato è un lavoratore di impresa familiare, non lavoratore, key man (Socio, Proprietario, Amministratore Delegato, Direttore Generale o Direttore Commerciale) se l'aderente è una persona giuridica
- ✓ Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 60%: per tutti gli Assicurati;
- ✓ Decesso da infortunio: per tutti gli Assicurati.

Pertanto, a seconda dell'occupazione dell'Assicurato alla data di sottoscrizione, le coperture sono prestate nei seguenti pacchetti:

- Pacchetto base (per tutti gli status occupazionali);
  - Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 60%
  - Decesso da infortunio
- Pacchetto plus (per lavoratore autonomo):
  - Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia;
  - Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 60%
  - Decesso da infortunio
- Pacchetto plus (per lavoratore dipendente di Ente pubblico o privato):
  - Perdita di impiego;
  - Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 60%
  - Decesso da infortunio
- Pacchetto plus (per lavoratore di impresa familiare, non lavoratore, key man):
  - Malattia grave;
  - Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 60%
  - Decesso da infortunio

Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile la persona fisica o la persona chiave, in caso di assicurazione prestata a persona giuridica, che:

- svolga una delle seguenti professioni: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio
- non sia cliente della Banca di Credito Popolare di Torre del Greco;
- non abbia un'età, alla sottoscrizione del modulo di adesione, inferiore a 18 o superiore a 74 anni e che abbiano un'età massima a scadenza della copertura superiore a 75 anni (per età si intende "età assicurativa" pari all'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di 6 mesi);
- non abbia risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario (QS) fornito dalla Compagnia;
- non abbia domicilio in Italia per tutta la durata del contratto;
- non ricopra, all'interno dell'Impresa Aderente, uno o più dei seguenti ruoli: Socio, Proprietario, Amministratore Delegato, Direttore Generale o Direttore Commerciale;
- qualora sia dipendente di Ente privato o di Ente pubblico non svolga un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, di almeno 16 ore settimanali
- non abbia il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto.

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande,16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
C.F./P.I. e numero di iscriz. al registro delle imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012
Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it

Ci sono limitazioni alla copertura?

! L'indennizzo in caso di infortunio o malattia può prevedere l'applicazione di franchigie e periodi di carenza previsti dalla polizza.
- etilismo, stato di ebbrezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
! dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.

Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia, Malattia grave, Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 60% - Sono esclusi danni derivanti da:
- malattie tropicali o epidemiche;
- operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;
- atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione.

!

Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia, Malattia grave e Decesso da infortunio - Sono esclusi danni derivanti da:
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo.

Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia, Malattia grave - Sono esclusi danni derivanti da:
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua normale attività lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici.

Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia, Invalidità totale permanente da infortunio o da malattia maggiore o uguale al 60% e Decesso da infortunio - Sono esclusi danni derivanti da pratica di sport pericolosi.

Inabilità totale temporanea da infortunio o da malattia - Sono esclusi danni derivanti da:
- partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;

Malattie gravi - Sono esclusi danni derivanti da:
- interventi chirurgici angioplastici e/o terapie laser;
- partecipazione alla guida o come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- cardiopatia.

Decesso da infortunio – Sono esclusi danni derivanti da:
- Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
- suicidio o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla data di decorrenza.

Perdita di impiego – l'indennizzo non viene corrisposto se:
- l'Assicurato ha interrotto la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente di ente privato, nel corso dei 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, per un periodo superiore a 2 settimane;
- al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima perdita di impiego;
- alla perdita di impiego fa immediatamente seguito il pensionamento o prepensionamento;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- il licenziamento è dovuto a giusta causa, a motivi disciplinari o professionali;
- la perdita di impiego è dovuta a dimissioni per qualsiasi motivo dipendenti dalla volontà dell'Assicurato;
- la perdita di impiego è conseguente alla naturale scadenza del contratto di lavoro;
- l'Assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- la risoluzione del rapporto di lavoro è avvenuta a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza.

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande,16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
C.F./P.I. e numero di iscriz. al registro delle imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012
Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it

Dove sono coperto dall'assicurazione?

✓ Infortuni, malattia e perdita di impiego: l'assicurazione è valida nella Repubblica Italiana.

Che obblighi ho?

- L'Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono essere causa di annullamento dello stesso e/o di limitazione dell'indennizzo dovuto.
- L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio: 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.
- Qualora in corso di copertura assicurativa l'Assicurato modifichi lo status occupazionale dichiarato in fase di sottoscrizione, deve darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia. Le situazioni che da tale mutamento occupazionale possono causare l'aggravamento del rischio, ove non comunicate alla Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, fermo restando il diritto di recesso dell'Impresa nei termini previsti.

Quando e come devo pagare?

L'Aderente deve versare un importo pari al premio annuale lordo al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Il premio annuale è determinato in relazione all'occupazione dell'Assicurato, alle garanzie prestate e all'ammontare del capitale e della rata assicurata. Il pagamento avviene mediante addebito tramite SDD (Sepa Direct Debit).

Quando inizia e quando finisce la copertura?

- Il primo periodo di copertura assicurativa intercorre dalla data di decorrenza indicata sul modulo di adesione, ed il primo giorno del medesimo mese dell'anno successivo. Successivamente, la copertura assicurativa si rinnova per altri 12 mesi tacitamente.
- Se il premio non viene pagato alla data di decorrenza o alle successive scadenze annuali, le garanzie restano sospese dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio dovuto. Trascorsi 60 giorni senza che sia avvenuto il pagamento, la copertura assicurativa si risolve di diritto.
- Le garanzie cessano:
  - Alle ore 24.00 del giorno di decesso dell'Assicurato;
  - A partire dal giorno successivo alla prima scadenza annuale del contratto, in caso di liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'indennizzo previsto per il caso di Invalidità totale permanente da infortunio o malattia dell'Assicurato;
  - Nel caso di perdita di impiego, al momento del raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico;
  - Alla disdetta del rinnovo annuale della copertura assicurativa;
  - In caso di esercizio del diritto di recesso.
  - Alla comunicazione da parte dell'Aderente / Assicurato di aver trasferito il proprio domicilio in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi.

Come posso cancellare il contratto?

Entro i 60 giorni successivi alla data di decorrenza inviando la richiesta di recesso alla Compagnia mediante lettera raccomandata A/R o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc) direttamente alla Banca Contraente o alla Compagnia. Nel caso di recesso esercitato entro 30 giorni dalla data di decorrenza o dalla Data Iniziale, la compagnia ti rimborserà totalmente il premio corrisposto senza applicare a tuo carico nessun onere. Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ed entro 60 giorni dalla data di decorrenza o dalla Data Iniziale, la Compagnia ti rimborserà il premio corrisposto a cui saranno però trattenute le spese sostenute e le imposte versate alla Compagnia.

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande,16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
C.F./P.I. e numero di iscriz. al registro delle imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012
Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it

Contratto di assicurazione collettiva in caso di infortunio, malattia e perdite pecuniarie

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

Società: Società Cattolica di Assicurazione
Prodotto: "Cattolica Tutela Reddito"

Data di realizzazione: 1/1/2019 – Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA, iscritta nell'Albo delle Società Coop. al n. A100378. Lungadige Cangrande; n.16; cap 37126; città Verona; tel. 045 8 391 111; sito internet www.cattolica.it; email: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966 iscrizione all'albo Imprese tenuto dall'IVASS n° 1.00012, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi al n° 019.

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

- del Patrimonio Netto è pari a 1.815 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 523 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.287 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 953 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 429 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 2.422 milioni di euro (b)
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 2.031 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,54 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.cattolica.it/idcorporate

Al contratto si applica la legge italiana

Che cosa è assicurato?

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

Esempio – Garanzie Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, **Perdita di Impiego, Malattia Grave**
Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un Indennizzo massimo pari a 6 Rate Mensili, e un massimo di 24 Rate mensili nel caso in cui si verifichino più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.
L'Indennizzo massimo mensile è pari all'importo della rata scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il minimo di € 200,00 e il massimo di € 1.000,00 per le seguenti garanzie

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande,16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
C.F./P.I. e numero di iscriz. al registro delle imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012
Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it

Esempio – Garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia maggiore o uguale al 60%, Decesso da Infortunio
L'Indennizzo massimo previsto per ogni Assicurato è di Euro 200.000, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

Il prodotto prevede per particolari profili assicurativi l'esclusione del Pacchetto Base (le combinazioni di garanzie valide sono solo quelle espressamente riportate nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Aderente).

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

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

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia
Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di una Rata mensile, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni.
Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata mensile, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea.

Perdita di Impiego
Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di una Rata Mensile, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego dal termine del periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 giorni.
Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Mensile, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego.

Malattia Grave
Una Malattia Grave è indennizzabile una sola volta. Pertanto non è indennizzabile una Malattia Grave già oggetto di una precedente liquidazione di Indennizzo. Sono indennizzabili sino a quattro Malattie Gravi dell'Assicurato (24 Rate Mensili), tra quelle elencate alle Condizioni di assicurazione, diverse l'una dall'altra, diagnosticate nel corso della durata dell'assicurazione.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro** In caso di Sinistro, l'Aderente, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro. Per dare avviso scritto di Sinistro l'Aderente, l'Assicurato o i suoi familiari devono compilare l'apposito modulo, reperibile presso la Società o il Contraente, e devono inoltrarlo alla Società (*) tramite raccomandata A.R. nei tempi di cui sopra, unitamente alla documentazione richiesta. (*) Compagnia c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL, Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA). La documentazione potrà essere inviata anche tramite PEC all'indirizzo: sinistri.cattolica@legalmail.it, Numero Telefonico 02.83440579, e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it. L'Assicurato è altresì tenuto, una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi, a redigere a propria cura il modulo per la continuazione del Sinistro e inoltrarlo alla Società non oltre il 60esimo giorno dal termine del precedente periodo di 30 giorni. La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al diritto alle prestazioni di cui al presente contratto di assicurazione. Documenti da inviare in caso di sinistro: **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia** • copia del documento di identità, o altro documento, attestante la data di nascita;

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande,16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
C.F./P.I. e numero di iscriz. al registro delle imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012
Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it

	• certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale certificato di ricovero in ospedale; • i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato medico alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea); • ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta. • Copia del Piano di Ammortamento **Perdita di Impiego** • copia di un documento di identità; • copia del libretto di lavoro (o della scheda professionale); • copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro; • copia di un documento comprovante l'iscrizione alla lista di collocamento o l'inserimento nelle liste di Mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste; • attestazione del pagamento di eventuali indennità di Perdita di Impiego; • ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta. **In caso di Malattia Grave** • copia di un documento di identità; • attestazione di un medico che certifichi la diagnosi di Malattia Grave, corredata dalla documentazione medica necessaria; • ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta. **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia maggiore o uguale al 60%** • copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita; • certificato medico che attesti l'evento; • ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta. **Decesso da Infortunio** • copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita; • certificato di morte dell'Assicurato; • richiesta di liquidazione dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto; • fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale; • ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta. Il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione fosse necessaria per la liquidazione della prestazione ed in particolare, nel caso in cui il decesso sia conseguenza di infortunio, di suicidio o di omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria. L'Assicurato, i suoi familiari od eredi si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte, i suoi familiari od eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.
	Assistenza diretta/in convenzione: Non presente
	Gestione da parte di altre imprese*:* Non presente
	Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o1893 o

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande,16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
C.F./P.I. e numero di iscriz. al registro delle imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012
Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it

	1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.
Obblighi dell'impresa	Dopo aver ricevuto il modulo di denuncia sinistro la Compagnia o una Società fiduciaria incaricata alla gestione, verifica il nominativo dell'Assicurato e la regolarità amministrativa della polizza. Di seguito le possibili casistiche: 1) L'Assicurato o i suoi familiari hanno compilato il modulo di denuncia sinistro in tutte le sue parti e allegato tutta la documentazione richiesta, come previsto dalle Condizioni di assicurazione: la Compagnia/Società Fiduciaria provvederà, **entro 30 giorni**, alternativamente a: - Emettere il pagamento; - Rigettare il sinistro con comunicazione motivata indirizzata all'Assicurato. 2) l'Assicurato o i suoi familiari hanno compilato il modulo di denuncia sinistro privo della documentazione richiesta delle Condizioni di Assicurazione: la Compagnia/Società fiduciaria **entro 10 giorni** richiederà i documenti mancanti con lettera d'integrazione documentale. Al ricevimento dei documenti la Compagnia/Società Fiduciaria provvederà, **entro 30 giorni**, alternativamente a: - Emettere il pagamento; - Rigettare il sinistro con comunicazione motivata indirizzata all'Assicurato.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il Premio Annuale lordo è calcolato su base annuale.
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Qualora alla scadenza del Periodo di Assicurazione perduri un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego, nulla sarà più dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione per il periodo successivo alla suddetta scadenza, così come nulla sarà dovuto in relazione al periodo di tempo inferiore a 30 giorni consecutivi che intercorre tra la data dell'ultimo pagamento di un Indennizzo prima della scadenza e la data della scadenza stessa. **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia** <u>Periodo di carenza</u> La copertura assicurativa per l'Inabilità Totale Temporanea è sottoposta ad un Periodo di Carenza pari a 60 Giorni: in questo caso, pertanto qualora l'Inabilità insorga entro 60 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, l'indennizzo non verrà corrisposto. <u>Periodo di riqualificazione</u> Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni, oppure a 90 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente. **Perdita di Impiego** <u>Periodo di carenza</u> La copertura assicurativa per Perdita di Impiego è sottoposta ad un Periodo di Carenza pari a 90 Giorni, pertanto qualora la Perdita di Impiego avvenga entro 90 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, l'indennizzo non verrà corrisposto. <u>Periodo di riqualificazione</u> Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente,

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande,16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
C.F./P.I. e numero di iscriz. al registro delle imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012
Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it

	non è trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova. **Malattia Grave** Periodo di carenza La copertura assicurativa per Malattia Grave è sottoposta ad un Periodo di Carenza pari a 60 Giorni, pertanto qualora la Malattia Grave insorga entro 60 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, l'indennizzo non verrà corrisposto. Periodo di riqualificazione Se il nuovo sinistro per Malattia Grave è causato dalla stessa patologia correlata alla precedente Malattia Grave che è stata causa del sinistro, lo stesso NON sarà indennizzabile. È previsto un Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi, se il nuovo sinistro è causato da una diversa patologia, non correlata alla precedente. **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia maggiore o uguale al 60%** Periodo di carenza La copertura assicurativa per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia maggiore o uguale al 60% è sottoposta ad un Periodo di Carenza pari a 90 Giorni, pertanto qualora la Malattia Grave insorga entro 90 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, l'indennizzo non verrà corrisposto.
Sospensione	Non prevista

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Risoluzione	La disdetta del contratto da parte del Contraente deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza della Polizza. In caso di disdetta, per le operazioni precedentemente assicurate e per ciascun Assicurato, la garanzia prestata resterà comunque in vigore fino alla loro naturale scadenza. La disdetta della singola Adesione è una facoltà data ad entrambe le Parti, Compagnia e Aderente. La comunicazione di disdetta deve essere inviata almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura assicurativa.

A chi è rivolto questo prodotto?

Questa polizza, riservata ai clienti della Banca di Credito Popolare di Torre del Greco, copre i danni per Infortuni, Malattia e Perdite pecuniarie.

Quali costi devo sostenere?

- **Costi di intermediazione**

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

Tutti i rischi	27,0 %

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande,16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
C.F./P.I. e numero di iscriz. al registro delle imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012
Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa Servizio Reclami di Gruppo Lungadige Cangrande n°16 – 37126 Verona (Italia) Fax: 045/8372354 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, indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. La Società invierà risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: **ivass@pec.ivass.it .** Info su: **www.ivass.it**
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	*Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito* ***www.giustizia.it****. (Legge 9/8/2013, n. 98).* Il reclamante potrà attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazioni delle controversie civili di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n°28 presentando specifica istanza ai sensi dell'Art.4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'Art. 16 del citato decreto **Obbligatorio per poter proporre un'azione giudiziale**
Negoziazione assistita	*Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.* **Facoltativa**
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante. **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia** Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Totale Temporanea, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale **Malattia Grave** Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della Malattia oppure sulla durata della stessa, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia maggiore o uguale al 60%**

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande,16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
C.F./P.I. e numero di iscriz. al registro delle imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012
Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it

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

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande,16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it
C.F./P.I. e numero di iscriz. al registro delle imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012
Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA IN CASO DI INFORTUNIO, MALATTIA E PERDITE PECUNIARIE

CATTOLICA TUTELA REDDITO

Convenzione Collettiva Numero: 00722630000206

Prestazioni assicurate da:

Società Cattolica di Assicurazione
Società Cooperativa

Le presenti Condizioni di Assicurazioni
Ed. 31/05/2018, devono essere consegnate unitamente ai Documenti Informativi Precontrattuali:

- **DIP Danni, Ed. 01/10/2018**
- **DIP aggiuntivo Danni, Ed. 01/01/2019**

Edizione aggiornata al 31/05/2018

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Aderente: la Persona Fisica o Giuridica, che sottoscrive il Modulo di Adesione della presente polizza assicurativa.

Assicurato: la Persona Fisica per la quale valgono le coperture assicurative ai sensi e nei limiti di cui alla presente polizza. Nel caso di Aderente Persona Giuridica l'assicurato coincide con la persona fisica designata dall'Aderente che ricopre il ruolo di Key Man nell'Azienda Aderente (amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale).

Assicurazione: il contratto di assicurazione (Convenzione Collettiva) e il suo contenuto.

Beneficiario: il soggetto che beneficia delle prestazioni assicurative previste dal contratto.

Capitale Assicurato: la somma, costante per tutto il periodo di validità della copertura assicurativa, scelta dall'Assicurato in fase di adesione e riportata nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Aderente/Assicurato stesso.

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

Decorrenza: le ore 24.00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione, in cui ha effetto la copertura assicurativa, sempre che a tale giorno sia stato pagato il Premio e risulti sottoscritto il Modulo di Adesione.

Modulo di Adesione: la dichiarazione sottoscritta dall'Aderente e dall'Assicurato per aderire alla Polizza Convenzione Collettiva.

Perdita di Impiego: lo stato dell'Assicurato, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazione, il quale sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico, qualora egli:

a) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno;
b) sia iscritto negli elenchi anagrafici, o percepisca un'indennità derivante da trattamento di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Ente Privato: ogni soggetto giuridico che non sia parte della Pubblica Amministrazione.

Ente Pubblico: ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

Età Assicurativa: l'età dell'Assicurato, espressa in anni interi, arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.

Inabilità Totale Temporanea: la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazioni.

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

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza l'Invalidità Totale Permanente, l'Inabilità Totale Temporanea.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3. l'annegamento;
4. l'assideramento o il congelamento;
5. i colpi di sole o di calore;
6. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
7. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Intermediario Collocatore: la Banca Contraente che propone all'Aderente la copertura assicurativa.

Intermediario Gestore: il soggetto che si occupa della gestione del prodotto.

Invalidità totale permanente da Infortunio o da Malattia
La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Aderente, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta. Tale Invalidità Totale Permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL all.1 del D.P.R. 30.6.1965 n°1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA". Si precisa che in ogni caso deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella, in considerazione dei fini assicurativi e quindi con riferimento alle Condizioni Particolari di Assicurazione.

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

Key Man: la persona fisica, designata come Assicurato dall'Impresa Aderente (che ha sottoscritto il Modulo di Adesione) e che ricopre uno dei seguenti ruoli: amministratore delegato, proprietario, socio, direttore generale, direttore commerciale.

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio, senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente, e che deve presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione che escluda la percezione di reddito di lavoro dipendente o pensione.

Lavoratore Dipendente Privato: la persona fisica che presti il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, a tempo indeterminato o determinato, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore.

Lavoratore Dipendente Pubblico: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, a tempo indeterminato o determinato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni

Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30.7.1999 n. 300, i lavoratori nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato cosi come da L. 70/1975.

Lavoratore di Impresa Familiare: il lavoratore che – in qualità di coniuge, parente entro il terzo grado o affine entro il secondo del datore di lavoro – presta la propria attività lavorativa in modo continuativo e con vincolo di subordinazione come dipendente privato di un'impresa familiare. Ai fini della presente Polizza Collettiva, per "Impresa Familiare" si intende l'attività economica alla quale collaborano in modo continuativo il coniuge, i parenti entro il terzo grado o affini entro il secondo.

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

Malattia Grave: i casi di Tumore, Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare, Infarto Miocardico, Ictus Cerebrale, Insufficienza Renale, malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto d'organo.

Massimale: somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro e per ciascun anno assicurativo, la Compagnia presta le garanzie.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. Sono altresì considerati non lavoratori, i pensionati.

Normale Attività Lavorativa: l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Periodo di Assicurazione: il periodo di vigenza di ciascuna Assicurazione di cui al presente contratto di assicurazione, determinato ai sensi dell'Art. 4.

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

Periodo di Franchigia Assoluta: periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro dovuto a Inabilità Totale Temporanea o Perdita di Impiego, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini del contratto di assicurazione, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

Periodo di Franchigia Relativa: periodo di tempo nel quale deve protrarsi il Sinistro, indennizzabile ai termini del contratto di assicurazione, affinché l'Aderente abbia diritto al primo Indennizzo.

Periodo di Riqualificazione: periodo di tempo successivo alla cessazione della liquidazioni di un sinistro per Inabilità Totale Temporanea o di Perdita di Impiego o di Malattia Grave, liquidabile ai sensi del contratto di assicurazione, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo

Sinistro rispettivamente per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego o per Malattia Grave.

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

Premio: la somma in denaro comprensiva di imposte che l'Aderente deve alla Società in base al Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza.

Questionario Sanitario o anamnestico: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società o Compagnia: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa - Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
In base alla presente Polizza la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere al Beneficiario un Indennizzo qualora si verifichi un Sinistro, per:

- **INABILITA' TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O DA MALATTIA** – qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo – *Cfr. Sezione A delle Condizioni Particolari*;
- **PERDITA DI IMPIEGO** – qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico – *Cfr. Sezione B delle Condizioni Particolari*;
- **MALATTIA GRAVE** – qualora l'Assicurato sia Lavoratore di Impresa Familiare, Non Lavoratore, Key Man se Aderente Persona Giuridica – *Cfr.Sezione C delle Condizioni Particolari*;
- **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA ≥ 60% (*)** – per tutti gli Assicurati - *Cfr. Sezione D delle Condizioni Particolari*;
- **DECESSO DA INFORTUNIO** – per tutti gli Assicurati – *Cfr. Sezione E delle Condizioni Particolari*.

Pertanto, a seconda dello Status occupazionale dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, le coperture prestate sono le seguenti:

PACCHETTO BASE	**Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia≥60%**, per tutti gli Assicurati **Decesso da Infortunio**, per tutti gli Assicurati

PACCHETTO PLUS	**Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia,** qualora l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo **Perdita di Impiego**, qualora l'Assicurato sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico. **Malattia Grave**, qualora l'Assicurato sia Non Lavoratore, Lavoratore Dipendente di Impresa familiare o Key Man se Aderente Persona Giuridica. **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o da Malattia≥60%**, per tutti gli Assicurati **Decesso da Infortunio**, per tutti gli Assicurati

Il prodotto prevede per particolari profili assicurativi l'esclusione del Pacchetto Base (le combinazioni di garanzie valide sono solo quelle espressamente riportate nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Aderente).

(*) - Si intende colpito da Invalidità Totale Permanente l'Assicurato che a seguito di infortunio o di malattia abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 60%.

All'Aderente sono prestate le coperture che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, corrispondono all'effettivo Status occupazionale dell'Assicurato, in base alla tabella sopra riportata. Ciascun Aderente, pertanto, paga solo il Premio relativo alle coperture prestate in base all'effettivo Status occupazionale dell'Assicurato.
In caso di cambiamento di Status occupazionale dell'Assicurato stesso in corso di contratto, si applica quanto previsto al successivo Art. 10.

ART. 2 – PERSONE ASSICURABILI

2.1. È assicurabile la persona fisica che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

1. sia cliente della Banca Contraente
2. ricopra all'interno dell'Impresa Aderente uno dei seguenti ruoli: Proprietario, Amministratore Delegato, Socio, Direttore Generale, Direttore Commerciale e che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione
3. abbia un'età assicurativa, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, compresa tra i 18 e i 74 anni e abbia un'età assicurativa massima a scadenza della copertura pari a 75 anni.
   Per età si intende "*età assicurativa*" pari all'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di 6 mesi
4. qualora sia Lavoratore Dipendente di Ente Privato o di Ente Pubblico: svolga un'attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, di almeno 16 ore settimanali
5. la persona fisica che abbia risposto a tutte le domande e sottoscritto esplicitamente con firma il Questionario Sanitario fornito dalla Compagnia.

   ATTENZIONE **– Resta inteso che la Compagnia ha diritto:**
   - di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel questionario medico, considerato che la Società in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
   - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa di quella di cui al punto precedente.

6. **NON svolga una delle seguenti professioni**: collaudatore di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportino il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, gas e materie velenose, controfigura, stuntman, attività circensi, cavatore, addetto ai lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere (con o senza l'uso di esplosivi), palombaro, sommergibilista, pilota/membro di equipaggio di aereo charter, di aereo privato, di aereo cargo, di elicottero, di elicottero per soccorso e/o antincendio.
7. l'Aderente/Assicurato deve avere in Italia il domicilio per tutta la durata del contratto; qualora nel corso del contratto trasferisse il domicilio in uno Stato nel quale la

Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi, il contratto dovrà essere risolto.

Art. 3 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI
In caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita di Impiego, Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia e Malattia Grave, Beneficiario delle prestazioni è l'Aderente stesso.

Beneficiario per la garanzia Decesso da Infortunio sono gli Eredi dell'Assicurato.
Fermo il disposto dell'art. 1920 del c.c.

In caso di Aderente Persona Giuridica, beneficiario per tutte le garanzie sopra esposte sarà l'Impresa Aderente alla copertura assicurativa e deve essere espresso il consenso scritto da parte dell'Assicurato.

Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA
Il primo periodo di copertura assicurativa intercorre tra la data di Decorrenza, riportata sul Modulo di Adesione, ed il primo giorno del medesimo mese (in riferimento al mese in cui è avvenuta la sottoscrizione) dell'anno successivo.

Successivamente, la copertura assicurativa si rinnova per altri 12 mesi tacitamente, fermo restando quanto previsto all'Art. 2 – Persone Assicurabili.

L'Aderente ha la facoltà di interrompere il rinnovo della copertura tramite disdetta o recesso.

Per ogni Aderente, salvo il Periodo di Carenza previsto per le singole garanzie, l'Assicurazione decorre dalla Data di Decorrenza sempre che alla stessa data sia stato adempiuto all'obbligo del pagamento del Premio dovuto fino a tale data e che, in relazione all'Assicurato, risultino verificate le condizioni di assicurabilità di cui al precedente Art. 2.1.

Se il Premio non viene pagato alla Data di Decorrenza o alle successive scadenze annuali le garanzie restano sospese fino alle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio dovuto. Trascorsi 60 giorni, senza che sia avvenuto il pagamento, la Copertura Assicurativa si risolve di diritto.

Art. 5 – DISDETTA CESSAZIONE, ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE
Con riferimento alla posizione dei singoli Assicurati, le garanzie cessano:

1. alle ore 24:00 del giorno di Decesso dell'Assicurato;
2. a partire dal giorno successivo alla prima scadenza annuale del contratto, in caso di liquidazione, in base all'Assicurazione, dell'Indennizzo previsto per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
3. per il solo caso di Perdita di Impiego, il raggiungimento o ottenimento da parte dell'Assicurato del trattamento pensionistico;
4. disdetta del rinnovo annuale della copertura assicurativa; la disdetta del contratto deve essere inviata dall'Aderente alla Compagnia almeno 30 giorni prima della data di scadenza del periodo di copertura in corso. Per i riferimenti della Compagnia a cui inviare la disdetta si faccia riferimento al successivo Art. 19.
5. in caso di esercizio del diritto di recesso;
6. la comunicazione da parte dell'Aderente/Assicurato di aver trasferito il proprio domicilio in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi.

ART. 6 – DIRITTO DI RECESSO

L'Aderente può recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza inviando la richiesta di recesso tramite lettera Raccomandata A.R, o altro mezzo idoneo (fax, raccomandata a mano etc.), direttamente alla Compagnia o alla Banca Contraente che la inoltrerà tempestivamente alla Compagnia:

Fax: 045-8391920

- **Indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona**

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 60 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dall'Aderente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta, per il tramite della Banca Contranete o direttamente dall'Aderente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Nel caso di recesso esercitato entro **30 giorni** dalla data di Decorrenza la Compagnia procederà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Aderente**, senza alcun onere a carico di quest'ultimo.**

Nel caso in cui il recesso venga esercitato successivamente ed **entro 60** giorni dalla data di Decorrenza la Compagnia procederà, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, al rimborso del premio eventualmente corrisposto relativamente a ciascun singolo Aderente, **ma saranno trattenute le spese sostenute e le imposte versate dalla Compagnia**.
La Compagnia provvederà a rimborsare il premio all'Aderente.

ART. 7 – PREMIO

A fronte della prestazione assicurativa, l'Aderente si impegna a versare un importo pari al Premio Annuale Lordo, secondo le modalità successivamente previste, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Il Premio Annuale relativo ad ogni singolo Assicurato, è determinato in relazione allo Status Occupazionale dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, alle garanzie prestate e all'ammontare del capitale e della rata assicurata.

L'importo di Premio Annuale per le garanzie Perdita di impiego, Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia e Malattia grave si ottiene moltiplicando il tasso di premio lordo relativo alla garanzia determinata in relazione allo Status Occupazionale per l'Importo della rata mensile assicurata (scelta al momento della sottoscrizione dell'Adesione).

L'importo di Premio Annuale per le garanzie Ivalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e Decesso da Infortunio si ottiene moltiplicando il tasso di premio lordo puntuale per età assicurativa relativo alla garanzia prescelta per il capitale assicurato (scelto al momento della sottoscrizione dell'Adesione).

Il prodotto prevede, per particolari profili assicurativi, combinazioni di Rata/Capitale specifiche valide solo se espressamente riportate nel Modulo di Adesione sottoscritto dall'Aderente.

Il premio da versare alla sottoscrizione viene calcolato pro rata temporis facendo riferimento ai giorni di copertura intercorrenti tra la data di decorrenza della copertura, riportata sul Modulo di Adesione e, il primo giorno dello stesso mese di decorrenza dell'anno successivo rispetto alla data di decorrenza stessa.

Successivamente, al termine del suddetto periodo di copertura, il Premio Annuale lordo è calcolato su base annuale.

Il pagamento del Premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Aderente tramite addebito con SDD.

Art. 8 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Aderente:

- Addebito con SDD

ART. 9 - REGIME FISCALE

I premi relativi alla presente Polizza sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

ART. 10 – AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO - MODIFICA DELLO STATUS OCCUPAZIONALE

Qualora in corso di copertura assicurativa l'Assicurato modifichi lo status occupazionale dichiarato in fase di sottoscrizione, deve darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia, anche per il tramite dell'Intermediario; la Compagnia manterrà in vigore, fino alla scadenza annuale, le sole garanzie non legate allo Status occupazione (Decesso e Invalidità Totale Permanente) ed eserciterà il recesso dal contratto a far data dalla prima scadenza annuale.
Per i riferimenti della Compagnia a cui inviare i documenti si faccia riferimento all'Art. 19 – COMUNICAZIONI.

Le situazioni che da tale mutamento occupazionale possono causare l'aggravamento del rischio ove non comunicate alla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, fermo restando il diritto di recesso dell'Impresa nei termini, previsti dall'art.1898 cod. civ. e fermo restando quanto previsto all'ultimo comma del citato articolo.

Art. 11 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi familiari devono darne avviso scritto alla Società entro e non oltre il 60esimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro.

Per dare avviso scritto di Sinistro l'Assicurato o i suoi familiari devono compilare l'apposito modulo, reperibile presso la Società o l'Intermediario, e devono inoltrarlo alla Società (*) tramite raccomandata A.R. nei tempi di cui al precedente punto, unitamente alla documentazione del successivo punto.

(*) Compagnia

c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL

Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA)

La documentazione potrà essere inviata anche tramite PEC all'indirizzo:

sinistri.cattolica@legalmail.it

Numero Telefonico 02.83440579

e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

L'Assicurato è altresì tenuto, una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo e qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi, a redigere a propria cura il modulo per la continuazione del Sinistro e inoltrarlo alla Società non oltre il 60esimo giorno dal termine del precedente periodo di 30 giorni.

La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al diritto alle prestazioni di cui al presente contratto di assicurazione.

Documenti da inviare in caso di sinistro:

In caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (ITT):

- copia del documento di identità, o altro documento, attestante la data di nascita;
- certificato medico attestante l'Inabilità Totale Temporanea ed eventuale certificato di ricovero in ospedale;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato medico alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Totale Temporanea);
- ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta.
- Copia del Piano di Ammortamento

In caso di Perdita di Impiego (PI):

- copia di un documento di identità;
- copia del libretto di lavoro (o della scheda professionale);
- copia del documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione alla lista di collocamento o l'inserimento nelle liste di Mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del pagamento di eventuali indennità di Perdita di Impiego;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta.

In caso di Malattia Grave (MG):

- copia di un documento di identità;
- attestazione di un medico che certifichi la diagnosi di Malattia Grave, corredata dalla documentazione medica necessaria;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta.

In caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (ITP)

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- certificato medico che attesti l'evento;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta.

In caso di Decesso da Infortunio

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- richiesta di liquidazione dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta.

Il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione fosse necessaria per la liquidazione della prestazione ed in particolare, nel caso in cui il decesso sia conseguenza di infortunio, di suicidio o di omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria.

L'Assicurato, i suoi familiari od eredi si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte, i suoi familiari od eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Qualora il Contraente, l'Assicurato e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

Resta inteso che nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Società in base al presente contratto di assicurazione per Sinistri che si verifichino oltre la scadenza del Periodo di Assicurazione.
Resta inoltre inteso che, ove anche un Sinistro si verifichi prima della scadenza del Periodo di Assicurazione, nessun Indennizzo sarà dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione qualora il relativo periodo di Franchigia termini dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione.

Infine, qualora alla scadenza del Periodo di Assicurazione perduri un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea o per Perdita di Impiego, nulla sarà più dovuto dalla Società all'Assicurato in base al presente contratto di assicurazione per il periodo successivo alla suddetta scadenza, così come nulla sarà dovuto in relazione al periodo di tempo inferiore a 30 giorni consecutivi che intercorre tra la data dell'ultimo pagamento di un Indennizzo prima della scadenza e la data della scadenza stessa.

Art. 12 – OBBLIGHI DELLE PARTI
L'Intermediario collocatore si impegna a:

- **consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Aderente, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;**
- **fornire copia del Modulo di Adesione all'Aderente;**
- **fornire alle Compagnie i dati anagrafici e fiscali dell'Aderente/Assicurato;**
- **sottoporre a ciascun Aderente, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali predisposta e resa disponibile dalla Società Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.**

ART. 13 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la 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 contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

ART. 14 – **ALTRE ASSICURAZIONI**
Resta convenuto che l'Assicurazione può cumularsi con altre Assicurazioni, senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

ART. 15 – **COLPA GRAVE, TUMULTI**
A deroga dell'Art. 1912 c.c. sono compresi i Sinistri determinati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 16 – **LIMITI TERRITORIALI DELL' ASSICURAZIONE**
I limiti territoriali delle singole garanzie offerte con la presente Polizza sono riportati negli articoli "Esclusioni" riferiti ad ogni specifica sezione: Art. 26 Esclusioni per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Art. 31 Esclusioni per il caso di Perdita di Impiego, Art. 36 Esclusioni per il caso di Malattia Grave.

ART. 17 – **DIRITTO DI SURROGA**
La Società rinuncia al diritto di surroga ex Art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

ART. 18 – **RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

ART. 19 – **COMUNICAZIONI**
Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal Contratto dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo fax o raccomandata, e dovrà essere indirizzata a:

Società Cattolica di Assicurazione – Soc. Coop
Lungadige Cangrande,16 -37126 Verona
Fax 045.8391920

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

ART. 20 – **CESSIONE DEI DIRITTI**
L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione.

ART. 21 – RECLAMI
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società 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 tramite e-mail alla casella di posta elettronica certificata tutela.consumatore@pec.ivass.it, fax al numero 06/42133206 o posta ordinaria, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS (www.ivass.it - sezione Per i Consumatori - Reclami - Guida ai reclami), 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 e dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.
- Per la risoluzione di 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 della Commissione Europea http://www.ec.europa.eu/fin-net
  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. 22 - FORO COMPETENTE
Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui l'Aderente ha la residenza o ha eletto domicilio.

ART. 23 – ALLEGATI
Gli allegati alla presente Polizza costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE A

ASSICURAZIONE INABILITA' TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

La garanzia è offerta per i Lavoratori Autonomi

ART. 24 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA
L'Indennizzo previsto nel caso di Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Mensile Assicurata, scelta in fase di sottoscrizione dell'adesione.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di una Rata mensile, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea dal termine del periodo di **Franchigia Assoluta pari a 30 giorni**.
Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata mensile, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Totale Temporanea.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un **Indennizzo massimo pari a 6 Rate Mensili**, e un massimo di **24 Rate mensili nel caso in cui si verifichino più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.**

L'Indennizzo massimo mensile è pari all'importo della rata scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il minimo di € 200,00 e il massimo di € 1.000,00.

ART. 25 – PERIODO DI CARENZA PER INABILITA' TOTALE TEMPORANEA
La copertura assicurativa per l'Inabilità Totale Temporanea è sottoposta ad un **Periodo di Carenza pari a 60 Giorni**: in questo caso, pertanto qualora l'Inabilità insorga entro 60 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, **l'indennizzo non verrà corrisposto.**

ART. 26 – **ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA**
L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:
i. malattie tropicali o epidemiche;
ii. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
iii. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
iv. operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;
v. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
vi. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
vii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
viii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;

ix. dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui l'Inabilità Totale Temporanea sia stata causata da o conseguente a:
i. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
ii. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni;
iii. mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;
iv. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
v. pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela, kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
vi. partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

ART. 27 – DENUNCE SUCCESSIVE
Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Totale Temporanea se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un **Periodo di Riqualificazione pari a 30 giorni**, oppure a **90 giorni** se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ART. 28 – CONTROVERSIE
Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sulla durata della Inabilità Totale Temporanea, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici.
L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.
I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sezione B

ASSICURAZIONE PERDITA DI IMPIEGO

La garanzia è offerta ai Lavoratori Dipendenti di Enti Pubblici e/o Privati

ART. 29 – INDENNIZZO PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO

L'Indennizzo previsto nel caso di Perdita di Impiego consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Mensile Assicurata, scelta in fase di sottoscrizione dell'adesione.

Per ogni Sinistro, il primo Indennizzo, pari all'importo di una Rata Mensile, sarà liquidato se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego dal termine del periodo di **Franchigia Assoluta pari a 30 giorni**.
Gli Indennizzi successivi, ciascuno dei quali pari all'importo della Rata Mensile, saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Perdita di Impiego.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà un **Indennizzo massimo pari a 6 Rate Mensili**, e un massimo di **24 Rate mensili nel caso in cui si verifichino più Sinistri nel corso del Periodo di Assicurazione.**

L'Indennizzo massimo mensile è pari all'importo della rata scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il minimo di € 200,00 e il massimo di € 1.000,00.

In caso di sinistro occorso a lavoratori con contratto a tempo Determinato o con contratto avente comunque un termine di naturale scadenza, il diritto al percepimento dell'Indennizzo cessa alla data di scadenza del contratto di lavoro originariamente prevista; conseguentemente non verranno indennizzate le Rate relative al periodo successivo alla originaria data di scadenza del contratto di lavoro, anche in caso di persistenza, oltre tale data, dello stato di Perdita di Impiego.

ART. 30 – PERIODO DI CARENZA PER PERDITA DI IMPIEGO

La copertura assicurativa per Perdita di Impiego è sottoposta ad un **Periodo di Carenza pari a 90 Giorni**, pertanto qualora la Perdita di Impiego avvenga entro 90 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, **l'indennizzo non verrà corrisposto.**

ART. 31 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO

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

1. l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa, come Lavoratore Dipendente di Ente Privato, in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
2. al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita di Impiego, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
3. alla Perdita di Impiego faccia immediatamente seguito il pensionamento o pre-pensionamento;

4. al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro subordinato regolato dalla legge italiana;
5. l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
6. il licenziamento è dovuto a giusta causa, a motivi disciplinari o professionali;
7. la Perdita di Impiego è dovuta a dimissioni per qualsiasi motivo dipendente dalla volontà dell'Assicurato;
8. la Perdita di Impiego è conseguenza della naturale scadenza del contratto di lavoro;
9. l'Assicurato non si è iscritto negli elenchi anagrafici presso il Centro per l'Impiego competente, con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in Mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'Assicurazione è operante);
10. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
11. risoluzioni del rapporto di lavoro anche consensuali avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza.

ART. 32 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un **Periodo di Riqualificazione pari a 180 giorni** consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

SEZIONE C

ASSICURAZIONE MALATTIA GRAVE

La garanzia è offerta ai Non Lavoratori, ai Lavoratori Dipendenti di Impresa familiare o al Key Man di Persone Giuridiche

ART. 33 – INDENNIZZO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

L'Indennizzo previsto nel caso di Malattia Grave consiste in importi mensili di ammontare pari a quello della Rata Mensile Assicurata, scelta in fase di sottoscrizione dell'adesione.

Per ciascun Sinistro la Società liquiderà, in un'unica soluzione e in via anticipata un **Indennizzo pari a 6 Rate Mensili**.

Sono indennizzabili sino a quattro Malattie Gravi dell'Assicurato **(24 Rate Mensili)**, tra quelle elencate al successivo Art. 35, diverse l'una dall'altra, diagnosticate nel corso della durata dell'assicurazione.

Una Malattia Grave è indennizzabile una sola volta. Pertanto non è indennizzabile una Malattia Grave già oggetto di una precedente liquidazione di Indennizzo.

L'Indennizzo massimo mensile è pari all'importo della rata scelto dall'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Adesione, con il minimo di € 200,00 e il massimo di € 1.000,00.

ART. 34 – PERIODO DI CARENZA PER MALATTIA GRAVE

La copertura assicurativa per Malattia Grave è sottoposta ad un **Periodo di Carenza pari a 60 Giorni**, pertanto qualora la Malattia Grave insorga entro 60 giorni dalla data di Decorrenza della Polizza, **l'indennizzo non verrà corrisposto.**

ART. 35 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

Per essere indennizzabile il Sinistro deve essere ascrivibile ad una delle Malattie Gravi definite successivamente:

1) <u>Tumore</u>

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del II e IV stadio di Clarcke. Si escludono altresì il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).

2) <u>Cardiopatia Coronarica che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare</u>

Nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronarico.

3) <u>Infarto Miocardico</u>
Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
-storia del dolore cardiaco tipico;
-comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
-modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.

4) <u>Ictus cerebrale</u>
Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.

5) <u>Insufficienza renale</u>
Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

6) <u>Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo.</u>
E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato.

ART. 36 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE
L'Assicurazione non opera e nessun Indennizzo è dovuto ove il Sinistro sia conseguenza di:

i. malattie tropicali o epidemiche;
ii. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
iii. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
iv. operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato
v. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;
vi. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
vii. guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo;
viii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
ix. Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
x. parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
xi. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

xii. le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dal territorio della Repubblica Italiana, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni.

Il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Malattia Grave sia stata causata da o conseguente a:

i. interventi chirurgici angioplastici e/o terapie laser;

ii. lombalgia e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea;

iii. partecipazione dell'Assicurato, alla guida o come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;

iv. Cardiopatia a seguito della quale residui una frazione di eiezione (FE) superiore al 40%.

ART. 37 – DENUNCE SUCCESSIVE

Se il nuovo sinistro per Malattia Grave è causato dalla stessa patologia correlata alla precedente Malattia Grave che è stata causa del sinistro, lo stesso NON sarà indennizzabile. E' previsto un **Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi,** se il nuovo sinistro è causato da una diversa patologia, non correlata alla precedente.

ART. 38 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della Malattia oppure sulla durata della stessa, la decisione della controversia può essere demandata ad un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sezione D
ASSICURAZIONE INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La garanzia è offerta a tutti gli Assicurati

ART. 39 – INDENNIZZO PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

L'Indennizzo previsto nel caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia consiste in un importo pari al Capitale, scelto in fase di sottoscrizione dell'adesione da parte dell'Aderente/Assicurato, seguito relazione del medico legale che attesti il grado di Invalidità Totale Permanente pari o superiore al 60%.

L'Indennizzo massimo previsto per ogni Assicurato è di **Euro 200.000**, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

ART. 40 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

La Società liquiderà l'Indennizzo di cui al precedente Art. 39, a condizione che:

1. l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
2. l'Invalidità Totale Permanente sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio o della Malattia che l'hanno provocata;
3. in caso di Invalidità Totale Permanente **da Malattia**, il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24:00 della data di scadenza del **Periodo di Carenza di 90 giorni** e comunque durante il periodo in cui l'Assicurazione è efficace ai sensi del precedente Art. 4;
4. la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Assicurato a ricevere l'Indennizzo;
5. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 41.

ART. 41 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

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

i.malattie tropicali o epidemiche;
ii. etilismo, stato di ebbrezza, uso di stupefacenti o allucinogeni, abuso di psicofarmaci; non si considera abuso l'utilizzo a scopo terapeutico nei limiti di prescrizione da parte di un Medico e sempre che tale utilizzo non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
iii. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
iv. operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti con finalità estetica non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato.
v. atti di autolesionismo dell'Assicurato, posti in essere volontariamente o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere (anche transitoria) da esso procurato;

In aggiunta a quanto sopra previsto, il diritto dell'Assicurato alla corresponsione di qualsiasi Indennizzo è escluso nei casi in cui la Invalidità Totale Permanente sia stata causata da o conseguente a:
i. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

ii. pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idroscì, caccia a cavallo, atletica pesante;
iii. partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
viii. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
ix. Infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
x. Malattie la cui insorgenza è stata direttamente causata dallo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare;
xi. Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.

ART. 42 – CONTROVERSIE

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

Sezione E
DECESSO DA INFORTUNIO

La garanzia è offerta a tutti gli Assicurati

ART. 43 – INDENNIZZO PER IL CASO DI DECESSO DA INFORTUNIO

L'Indennizzo previsto nel caso di Decesso da Infortunio consiste in un importo pari al Capitale scelto in fase di sottoscrizione dell'adesione da parte dell'Aderente/Assicurato.

L'Indennizzo massimo previsto per ogni Assicurato è di **Euro 200.000**, limite da intendersi come massimale cumulativo per tutti i Contratti che l'Assicurato, avesse contemporaneamente in corso con la Banca Contraente.

ART. 44 – CONDIZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO PER IL CASO DI INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

La Società liquiderà l'Indennizzo di cui al precedente Art. 45, a condizione che:

1. il Decesso da Infortunio si sia verificato durante il periodo di vigenza dell'Assicurazione;
2. la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettivo diritto dell'Assicurato a ricevere l'Indennizzo;
3. il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 47.

ART. 45 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI DECESSO DA INFORTUNIO

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

1. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
2. partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
3. guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;
4. suicidio dell'Assicurato o atti di autolesionismo dell'Assicurato, se avvenuti nei 24 mesi successivi alla Data di Decorrenza;
5. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
6. etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di tali sostanze non sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
7. pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche o speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, volo a vela), kayak, rafting, ciclismo agonistico, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta a livello agonistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolini con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante;
8. infortuni occorsi durante lo svolgimento di servizio professionale attivo o anche come volontario, anche in missione di pace, nell'Esercito, nella Marina o nell'aeronautica militare, nonché nell'ambito di Carabinieri, Polizia di Stato o Guardia di Finanza o qualsiasi altro corpo militare; la presente esclusione non si applica in caso di infortunio occorso in ambito extraprofessionale o ricreativo, né in caso di infortunio occorso al di fuori dell'orario in cui l'Assicurato è assegnato a servizio professionale attivo;
9. dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario.