

DOCUMENTO INFORMATIVO DI SINTESI Infortuni Correntisti

Le informazioni contenute nel presente documento sono finalizzate alla corretta comprensione, da parte dell'Assicurato, delle garanzie offerte da Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop., ed è redatto secondo le indicazioni previste dall'Art. 30 comma 8 del Reg. ISVAP n. 35 del 26 Maggio 2010.

I. TERMINOLOGIA

Società Cattolica di Assicurazione: Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop.;

Assicurato/Aderente: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione o contratto: il contratto di assicurazione;

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione e che paga il premio;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;

Indennizzo: la somma che la Società è tenuta a corrispondere all'assicurato/aderente in caso di sinistro.

II. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

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

III. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

A. Legge applicabile all'assicurazione

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

B. Reclami

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

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Servizio Reclami di Gruppo

Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)

Fax: 045.83.72.354

E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

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

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

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

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

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

**NOTA BENE: Si richiama l'attenzione dell'Assicurato/Aderente sulla necessità di leggere attentamente i contenuti del presente documento prima di procedere alla sottoscrizione della copertura assicurativa.
Eventuali spiegazioni o chiarimenti possono comunque essere richiesti alla Compagnia.**

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato:

Le persone fisiche, residenti e/o domiciliate in Italia, intestatarie di rapporti bancari con la Banca Contraente, come definiti all'Art. 1 "Oggetto del Contratto", che sottoscrivono il Modulo di Adesione alla presente assicurazione.

Assicurazione:

Il Contratto di Assicurazione

Contraente:

Banca di Credito Popolare di Torre del Greco, Corso Vittorio Emanuele "Palazzo Vallelonga" 80059 Torre del Greco (Napoli), che stipula il contratto di assicurazione per conto dei propri clienti.

Infortunio:

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

Indennizzo:

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Invalidità Totale Permanente

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta. Nel caso di evento provocato da Infortunio, tale Invalidità Totale Permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL all.1 del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA".

Modulo di Adesione:

Il modulo sottoscritto dall'Assicurato, contenente dichiarazioni rilevanti ai fini dell'assicurazione.

Polizza:

Il documento che prova l'esistenza dell'assicurazione.

Sinistro:

Il verificarsi del fatto dannoso, per il quale è prestata la garanzia assicurativa

Società:

Società Cattolica di Assicurazioni Soc. Coop.- Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona

CONDIZIONI GENERALI

Art.1 - OGGETTO DEL CONTRATTO

Il presente contratto viene stipulato dal Contraente per conto dei propri Clienti, intendendosi per tali le persone fisiche, residenti e/o domiciliata in Italia, titolari di rapporti di conto corrente attivi e/o passivi, in euro e valuta estera, intrattenuti con la Banca Contraente.

Si identificano nelle operazioni sopra descritte quelle che sono come tali contabilizzate dalla Banca Contraente.

Resta inteso che la copertura assicurativa, relativamente ai rapporti passivi (cioè a debito del cliente) resterà ferma e valida anche se il saldo e/o l'esposizione dei rapporti stessi dovesse essere successivamente contabilizzata, restando a carico della Banca Contraente la prova della provenienza del predetto saldo e/o esposizione.

Art.2 – DURATA, EFFETTO E PROROGA DEL CONTRATTO

Il contratto è stipulato per la durata di anni 1 (uno), decorrente dalla data di sottoscrizione dello stesso ed ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio Anticipato.

In mancanza di disdetta inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 30 giorni prima della scadenza il contratto è tacitamente prorogato per la durata di un anno e così successivamente.

In caso di disdetta del contratto, la Società si impegna a mantenere in essere la copertura assicurativa per ciascun Assicurato per la durata di anni 1 (uno) decorrenti dalle ore 24.00 del giorno di adesione alla copertura assicurativa.

Art. 3 – PREMIO

Il premio per ogni singolo Assicurato è fissato in € 6,20 annui (comprensivo di imposte).

....*omissis*....

Art. 4 –REGOLAZIONE DEL PREMIO

Trimestralmente, entro i primi 5 giorni lavorativi del mese (Aprile, Luglio, Ottobre, Gennaio), il Contraente è tenuto fornire alla Società, attraverso un tracciato concordato con la Società stessa, i dati consuntivi attestanti il numero e i nominativi delle adesioni emesse nei mesi o frazione di mesi precedenti.

...*omissis*....

Art. 5 – TERMINI DI MORA

I termini per il pagamento delle rate di premio annuali successive alla prima si intendono fissati in 30 giorni.

Art. 6 - ESONERO DELLA RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula la presente polizza per conto dei propri Clienti, restando esonerato da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione del presente contratto per i rapporti sorgenti tra gli Assicurati e la Società.

Art. 7 – COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia derivante dall'applicazione del presente contratto nei rapporti tra Contraente e la Società è competente esclusivamente l'Autorità giudiziaria di Verona.

Art. 8 - ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la validità delle garanzie fornite dalla Società a favore degli Assicurati non è infirmata dalla contemporanea esistenza di altre assicurazioni con la Società stessa e/o con altre società.

La Società dispensa il Contraente e gli Assicurati dalle comunicazioni di cui all'art. 1910 C.C..

Art. 9 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 10 - RINVIO ALLA NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto si rinvia alle norme di legge.

Art. 11 - COMUNICAZIONI

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

- se **Cattolica**: Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona – fax 045/8291922;
- se **Banca di Credito Popolare di Torre del Greco**: Corso Vittorio Emanuele “Palazzo Vallelonga” – 80059 Torre del Greco (Napoli).

Art. 12 - RECLAMI

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

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa

Servizio Reclami di Gruppo

Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)

Fax: 045.83.72.354

E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

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

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

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

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

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART.13 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assicura contro gli Infortuni che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva:

- la Morte,
- l'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%,
che sopravvengano non oltre un anno da quello in cui si verifica l'evento.

L'assicurazione è operante per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento:

- dell'attività professionale (Infortuni Professionali);
- di ogni altra attività di carattere non professionale (Infortuni Extraprofessionali).

Salve le esclusioni di cui all'Art 15.

ART. 14 - RISCHI COMPRESI

Sono compresi nella garanzia anche gli infortuni derivanti da:

- a) uso e guida di autoveicoli e motoveicoli in genere e di natanti da diporto.
- b) uso, in qualità di passeggero, di natanti che non siano da diporto nonché di velivoli ed elicotteri, in servizio pubblico di linee regolari compresi i voli "charter" o straordinari compiuti su aeromobili esercitati da Società di traffico aereo regolare;
è invece escluso l'uso degli altri mezzi aerei e dei mezzi subacquei, in tutti i casi qui menzionati la guida è sempre esclusa;
- c) esercizio di tutti gli sport, ad eccezione di speleologia, ascensioni aeree, volo a motore o a vela, paracadutismo;
è comunque esclusa la partecipazione a gare e relativi allenamenti e prove, salvo che si tratti di corse podistiche, gare bocciofile, pesca non subacquea, tiro a segno, tiro a volo e simili, scherma, tennis, gare o partite aziendali, interaziendali ed aventi carattere ricreativo;
- d) tumulti popolari, aggressioni ed atti violenti che abbiano anche movente politico sociale, purchè l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- e) asfissia causata esclusivamente da subitanea fuga di gas e vapori;
- f) eventi causati da malessere non dovuto ad abuso di alcolici o psicofarmaci oppure ad uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché da colpi di sole e di calore o da influenze termiche.

L'assicurazione vale altresì durante il servizio militare, in tempo di pace, in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; è invece sospesa durante il servizio di leva, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

Art. 15 - ESCLUSIONI

Dalla garanzia sono tassativamente esclusi:

- a) gli infortuni che derivano da guerra, insurrezioni, atti di terrorismo, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche o che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) gli infortuni sofferti dall'Assicurato in stato di malore o di incoscienza dovuti a condizione qualificatamente patologica, in stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti a proprie azioni delittuose e a partecipazione ad imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato stesso per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- c) le ernie di qualsiasi tipo da qualunque causa determinate, le conseguenze di sforzi in genere, la malaria ed altre manifestazioni morbose da punture di insetti, gli avvelenamenti e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio.
- d) Non sono assicurabili le persone affette da intossicazione cronico alcolica, tossicodipendenza, epilessia e sintomi epilettoidi, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forma maniaco-depressive o stati paranoidi, immunodeficienza acquisita (HIV).

L'assicurazione cessa di conseguenza al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 16 - SUPERINVALIDI

Resta fra le parti convenuto che non s'intendono comprese in garanzia le persone che presentano invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%.

Qualora nel corso di un periodo annuale di assicurazione si verifichi per l'Assicurato la condizione suindicata, l'assicurazione verrà immediatamente a cessare dal momento della sopravvenuta invalidità e perché non dovuta ad infortunio assicurato ai sensi della presente polizza.

ART. 17 – DECORRENZA DELLA GARANZIA

Per ogni Assicurato l'operatività della garanzia decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato sul modulo di Adesione (giorno di accensione del rapporto), sempre che a tale data sia stato pagato il premio assicurativo, e termina alle ore 24.00 dell'anno successivo.

ART. 18 – COSTO DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Ogni Assicurato è tenuto a versare un Premio Annuale dell'importo di € 6,20 comprensivo di imposte. In caso di estinzione del singolo rapporto la garanzia cessa alle ore 24.00 del giorno precedente a quello di estinzione senza restituzione del premio.

Art. 19 - CAPITALE ASSICURATO

Per il caso di morte e per il caso di invalidità permanente, di grado uguale o superiore al 60%, il capitale assicurato è pari:

- a) in caso di saldo attivo: alla media dei saldi creditori in linea capitali ed interessi risultanti dalle evidenze della Banca Contraente nei 30 giorni precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio;
- b) in caso di saldo passivo: al saldo in linea capitali ed interessi risultante dalle evidenze della Banca Contraente il giorno precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio.

Per quanto riguarda la valuta estera, il capitale assicurato verrà determinato tenendo conto dei cambi ufficiali rilevati dalla Banca d'Italia il giorno precedente l'evento assicurato.

In tutti i casi:

- 1) il saldo verrà determinato tenendo conto dell'esito di operazioni in corso al giorno dell'evento;
- 2) il capitale assicurato e quindi l'indennizzo da parte della Società:

CASO MORTE:

- non potrà eccedere un importo di € **52.000,00** per ciascun rapporto assicurato;
- non potrà eccedere un importo di € **105.000,00** per più rapporti intestati al medesimo cliente.

CASO INVALIDITA' PERMANENTE

- sarà pari al doppio del saldo del c/c con un massimo di € **52.000** per ciascun rapporto assicurato;
- non potrà eccedere un importo di € **105.000,00** per più rapporti intestati al medesimo cliente.

In caso di rapporti cointestati a più persone fisiche, l'indennizzo determinato con la procedura sopra esposta non subirà variazioni se il saldo è debitore, mentre verrà ridotta pro-quota in relazione al numero dei cointestatari se il saldo è creditore.

Per i rapporti che presentino un saldo creditore o debitore inferiore a € 2.582 (duemilacinquecentoottantadue euro), la somma assicurata e di conseguenza l'indennizzo sarà pari a € 2.582 (duemilacinquecentoottantadue euro), sia per il caso morte, che per l'invalidità permanente.

Art.20 – PERSONE ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.

Qualora si verifichi il raggiungimento dell'80° anno di età nel corso di un periodo annuale di assicurazione, l'assicurazione resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso.

Per i bambini di età inferiore ai 10 anni, l'assicurazione è prestata esclusivamente per il caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 25%. Al compimento del 10° anno di età, l'assicurazione di cui sopra sarà convertita nella normale assicurazione come per tutti gli altri titolari dei vari rapporti.

Art. 21 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero, esclusi i territori che si trovano in stato di guerra dichiarata e non dichiarata.

L'eventuale indennizzo verrà in ogni caso liquidato in Italia in Euro.

Nei casi di infortuni verificatisi all'estero, resta inteso che l'accertamento dell'eventuale invalidità permanente verrà normalmente fatto al rientro in Italia dell'Assicurato.

Qualora però le condizioni dell'Assicurato fossero tali da rendere pericoloso o precario o molto disagiata il suo rientro in Italia, la Società assicuratrice si adopererà per ottenere l'efficiente collaborazione della Compagnia di proprio gradimento operante all'estero; tale accertamento potrà essere fatto nel paese estero ove l'Assicurato si trovi.

GARANZIE

Art. 22 – MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato, e questo si verifichi entro un anno dal giorno in cui l'infortunio di verifichi, la Società corrisponde la somma assicurata agli eredi in parti uguali.

Art. 23 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifichi entro un anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida, per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali e disposizioni stabilite nella Tabella all. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA". Si precisa che in ogni caso deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto destro varranno per quello sinistro e viceversa.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro %	Sinistro %
Un arto superiore	70	60
Una mano o un avambraccio	60	50
Un pollice	18	16
Un indice	14	12
Un medio	8	6
Un anulare	8	6
Un mignolo	12	10
Una falange del pollice	9	8
Una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25	20
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20	15
Anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10	8
Paralisi completa del nervo radiale	35	30
Paralisi completa del nervo ulnare	20	17
Amputazione di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia	70	
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50	
Amputazione di:		
- un piede	40	
- entrambi i piedi	100	
- un alluce	5	
- un altro dito del piede	1	
- una falange dell'alluce	2,5	
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35	
Anchilosi del ginocchio in estensione	25	
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastralgica	15	
Paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15	
Un occhio	25	
Ambedue gli occhi	100	
Perdita anatomica di un rene	15	
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi	8	

ematica		
Sordità completa di un orecchio	10	
Sordità completa di ambedue le orecchie	40	
Perdita totale della voce	30	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1	
Esiti di frattura amelica somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12	
- una vertebra dorsale	5	
- dodicesima dorsale	10	
- una vertebra lombare	10	
Esiti di una frattura di un metamero sacrale	3	
Esiti di una frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5	

Art. 24 – CRITERI SPECIFICI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Art. 25 – CRITERI PARTICOLARI DI INDENNIZZABILITÀ

Se l'infortunio comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Art. 26 – MASSIMO INDENNIZZO PER LESIONI PLURIME

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 27 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato. Deve essere corredata da certificato medico e deve essere fatta alla Banca Contraente, tramite lo sportello presso il quale è instaurato il rapporto, entro 3 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi ne abbiano avuto la possibilità o ne siano venuti a conoscenza.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso a:

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

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

L'Assicurato, i suoi familiari o eredi si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza.

Se non viene adempiuto dolosamente all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi eredi perdono il diritto all'indennità.

Art. 28 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITA'

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi ed obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Si conviene che in caso di invalidità permanente accertata, di grado pari o superiore al 60% della totale, l'indennizzo sarà pari al 100% del capitale risultante assicurato.

ART.29- LIQUIDAZIONI

La Società procederà al pagamento dell'indennizzo determinato a norma dell'art.13 come segue:

In caso di morte:

- a) per i rapporti attivi, cioè a credito dei clienti, l'indennizzo verrà versato dalla Società, per il tramite della Banca Contraente, agli eredi legittimi o testamentari delle persone fisiche decedute ed assicurate.
- b) per i rapporti passivi, cioè a debito del cliente, l'indennizzo spetterà alla Banca Contraente, che accrediterà direttamente a decurtazione delle partite in forza delle quali le persone fisiche sono assicurate;

In caso di Invalidità Permanente:

- a) per i rapporti attivi, cioè a credito del Cliente, l'indennizzo verrà versato dalla Società, per il tramite della Banca Contraente, alle persone fisiche colpite da invalidità e assicurate;
- b) per i rapporti passivi, cioè a debito del cliente, l'indennizzo spetterà alla Banca Contraente, che accrediterà correlativamente partite in forza delle quali le persone fisiche sono assicurate, lasciando l'eventuale eccedenza a disposizione delle stesse persone fisiche colpite da invalidità.

In ogni caso, per quanto riguarda gli indennizzi che la Società sarà tenuta a versare all'Istituto Contraente relativamente ai rapporti passivi, cioè a debito del cliente, resta inteso che l'Istituto Contraente accrediterà le rispettive partite limitatamente ai saldi e/o esposizioni in linea capitale risultanti il giorno precedente quello dell'infortunio.

Art.30 – CUMULO DI INDENNITA'

L'indennità per il caso di invalidità permanente non è cumulabile con quella per il caso di morte.

Art. 31 – CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti ad infortunio la loro determinazione viene demandata a un Collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici legali la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Verona dove si riunirà il Collegio.

Il Collegio può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

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

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

Art.32 – COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente, è competente esclusivamente – a scelta della parte attrice – l'autorità giudiziaria del luogo ove ha Sede la Società.

Art.33 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Società dichiara di rinunciare, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ai diritti di surrogazione ed alle conseguenti azioni giudiziali che ad essa potessero competere, quale assicuratore verso i terzi responsabili dell'infortunio ai sensi dell'art.1916 C.C.