

Polizza infortuni alla guida

Documento informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo

Società: Società Cattolica di Assicurazione

Prodotto: "Ogni giorno alla Guida"

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura la persona e la sua famiglia in caso di Infortunio e Malattia



Che cosa è assicurato?

- ✓ L'assicurazione prevede le seguenti garanzie:
 - ✓ Morte per infortunio;
 - ✓ Invalidità permanente per infortunio;
 - ✓ Rimborso spese adeguamento autovettura / abitazione a seguito di grave infortunio;
 - ✓ Rimborso spese di cura per infortunio;
 - ✓ Diaria da ricovero per infortunio o immobilizzo;
 - ✓ Danno estetico.

Le garanzie prestate sono componibili esclusivamente nelle seguenti Formule:

- ✓ **Formula Conducente Identificato:** l'assicurazione vale per gli infortuni subiti esclusivamente durante la circolazione in qualità di conducente di: autovetture ad uso privato, autocarri senza rimorchio fino a 35 q.li di peso complessivo a pieno carico, autocarri per trasporto promiscuo di persone / cose fino a 35 q.li di peso complessivo a pieno carico, scuola bus fino a 20 posti, camper.
- ✓ **Formula Veicolo Identificato:** l'assicurazione vale per gli infortuni subiti esclusivamente durante la circolazione in qualità di conducente di:
 - Gruppo A: autovetture ad uso privato, autocarri senza rimorchio fino a 35 q.li di peso complessivo a pieno carico, autocarri per trasporto promiscuo di persone / cose fino a 35 q.li di peso complessivo a pieno carico, scuola bus fino a 20 posti, camper;
 - Gruppo B: motocarri, autocarri senza rimorchio fra 35 e 70 q.li, autonoleggio con autista, autotassametri;
 - Gruppo C: autocarri con rimorchio o peso superiore a 70 q.li, ciclomotori e quadricicli leggeri, macchine agricole, rischi speciali, autobus, motocicli immatricolati con cilindrata superiore a 50 c.c.

Tutte le garanzie, quale che sia la formula scelta, sono prestate a condizione che l'Assicurato risulti in possesso, al momento dell'infortunio, della prescritta e valida patente di guida e che il veicolo venga usato secondo le disposizioni vigenti ed in conformità alle indicazioni della carta di circolazione.



Che cosa non è assicurato?

Per tutte le formule - Sono esclusi:

- ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- ✗ Infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- ✗ Infortuni conseguenti a guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- ✗ Infortuni avvenuti mentre il veicolo è adibito ad uso diverso da quello stabilito dalla carta di circolazione;
- ✗ Infortuni avvenuti mentre alla guida del veicolo si trova un allievo/conducente non munito della prescritta autorizzazione e non affiancato da una persona in possesso dei requisiti previsti dalla legge;
- ✗ Gli infarti, le ernie di qualunque tipo e da qualunque causa determinate, gli sforzi muscolari non aventi carattere traumatico;
- ✗ Gli infortuni avvenuti durante la partecipazione del veicolo a corse, gare e relative prove, salvo che si tratti di gare di regolarità pura indette dall'A.C.I.;
- ✗ Infortuni conseguenti a guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- ✗ Infortuni conseguenti a pratica di sport comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore;
- ✗ Infortuni conseguenti a eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche dipendenti da atti di terrorismo;
- ✗ Infortuni conseguenti a trasmutazione del nucleo dell'atomo provocata dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- ✗ Infortuni conseguenti a manovre militari, le esercitazioni militari, l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.



Ci sono limitazione alla copertura?

- ! Sono previste franchigie e massimali.

Tutte le formule:

- ! Persone di età superiore a 80 anni. Nel caso in cui l'Assicurato compisse l'ottantesimo anno di età in corso di contratto, la garanzia conserva efficacia fino alla sua successiva scadenza naturale. Nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età compresa tra 76 e 80 anni, la copertura è valida solamente per le garanzie Morte per Infortunio e Invalidità Permanente per Infortunio, con somme assicurate pari al 50% di quelle indicate in polizza e con l'applicazione di una franchigia assoluta del 10% su tutta la somma assicurata della garanzia Invalidità Permanente per Infortunio;
- ! Persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, AIDS, sieropositività da HIV, Parkinson, epilessia, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, sindromi bipolari, Alzheimer.

Formula Veicolo Identificato:

- ! Persone che, al momento del sinistro, risultino alla guida del veicolo indicato in polizza contro la volontà del Contraente.



Dove sono coperto dall'assicurazione?

- v L'assicurazione vale per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni false 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. Il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto;
- Devi comunicare per iscritto alla Compagnia ogni aggravamento o diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto al pagamento dell'indennizzo, nonché la cessazione del contratto;
- **Formula Veicolo Identificato:** devi immediatamente comunicare per iscritto l'eventuale alienazione del veicolo indicato in polizza.



Quando e come devo pagare?

- Il premio dev'essere pagato alle scadenze pattuite. Puoi pagare mediante denaro contante, nei limiti previsti dalle disposizioni di legge assegni bancari, postali o circolari (muniti della clausola di non trasferibilità); bonifici bancari.
- È possibile il frazionamento semestrale con un aumento del 2% del premio imponibile



Quando inizia e quando finisce la copertura?

- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza a condizione che il premio o la prima rata di premio siano stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.
- Se non paghi i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.



Come posso disdire il contratto?

- Il contratto non è soggetto a tacito rinnovo. Le parti possono inoltrare la disdetta mediante lettera raccomandata, da inviarsi almeno 15 giorni prima della scadenza indicata in polizza.
- Almeno 15 giorni prima della scadenza del contratto, la Compagnia mette a disposizione del Contraente una nuova proposta di premio. Il ritiro della quietanza con conseguente pagamento del premio implica l'accettazione delle nuove condizioni di premio e di polizza. Nel caso in cui il Contraente non accetti la proposta di rinnovo, il contratto s'intende risolto:
 - Dal quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza del contratto non producendo più alcun effetto, qualora il veicolo e/o il conducente identificati in polizza siano assicurati presso la Società anche per la Garanzia di Responsabilità Civile Auto;
 - Dalla data di scadenza del contratto non producendo più alcun effetto qualora il veicolo e il conducente identificati in polizza non siano assicurati presso la Compagnia anche per la Garanzia di Responsabilità Civile Auto.
- Qualora il Contraente sia consumatore ai sensi dell'articolo 3 del D. Lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del Consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, ha la facoltà di recedere dal contratto. Il recesso potrà essere esercitato fino a 60 giorni dopo il pagamento o il rifiuto dell'indennizzo. Il recesso deve essere comunicato con lettera raccomandata A.R. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.
La Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al restante periodo di garanzia in corso e non goduto.
- Qualora il Contraente non sia consumatore ai sensi dell'articolo 3 del D. Lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del Consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto. Il recesso potrà essere esercitato fino a 60 giorni dopo il pagamento o il rifiuto dell'indennizzo. Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata A.R. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.
In entrambi i casi la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al restante periodo di garanzia in corso e non goduto.

Polizza Infortuni alla guida

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

Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa

Prodotto: "Cattolica&Salute OGNI GIORNO ALLA GUIDA"



Data di realizzazione: 01/01/2019 - 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?

La Società presta l'assicurazione nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente, oltre che di quelle indicate nella scheda di polizza e nelle condizioni di assicurazioni.

Ad integrazione di quanto già previsto nel DIP Danni, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni in merito alle coperture fornite.

Si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni subiti nel salire e discendere dal veicolo, durante la messa in moto, in occasione di riparazioni sulla strada di guasti al veicolo, in caso di caduta in acqua del veicolo.

Morte per infortunio

- L'indennizzo per il caso Morte per Infortunio viene corrisposto se il decesso si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente da infortunio. È, tuttavia, prevista la corresponsione ai beneficiari della differenza tra l'indennizzo pagato per Invalidità permanente e la somma assicurata per il caso morte, in caso di decesso dell'Assicurato entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo;

- Morte presunta: se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, è prevista la liquidazione del capitale dovuto agli eredi dopo sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta. Se, successivamente al pagamento di tale indennizzo risulti che l'Assicurato è ancora vivo, la Società ha diritto alla restituzione della somma pagata;
- Commorienza del coniuge: se lo stesso infortunio causa la morte dell'Assicurato e del coniuge/convivente more uxorio, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 50% e con il limite massimo di maggiorazione di € 200.000, a favore dei figli minori fiscalmente a carico o di un figlio con handicap ed invalidità di almeno il 60%.

Invalidità permanente per infortunio

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale di invalidità permanente, al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza:

- se l'infortunio comporta una Invalidità permanente totale, viene corrisposta l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio comporta una Invalidità permanente parziale, l'indennizzo è calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità accertato con riferimento alla Tabella ANIA.
 - Sono previsti criteri specifici e particolari di indennizzabilità in caso di invalidità preesistente e invalidità permanente parziale non presente nelle succitate tabelle, nonché un valore massimo di indennizzo in caso di lesioni plurime;
 - È inclusa la copertura del Danno estetico con rimborso spese degli interventi chirurgici resi necessari per la riparazione di lesioni di natura estetica (fino a € 2.000) o per sfregi e deformazioni permanenti al viso (fino a € 5.000).

Rimborso spese di cura per infortunio

- In presenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale sono comprese le spese per:
 - accertamenti diagnostici (compresi onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero, day hospital o intervento;
 - onorari del chirurgo, dell'équipe operatoria e materiali di intervento;
 - rette di degenza;
 - assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, richiesti durante l'intervento;
 - esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali effettuati nei giorni successivi al ricovero/intervento;
 - tickets per le prestazioni che precedono.
 Nel caso in cui l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa per il ricovero, è prevista una diaria sostitutiva di € 50 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di 30 giorni per anno assicurativo.
- In assenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale sono comprese le spese per accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali effettuati nei giorni successivi all'infortunio;
- E' previsto il rimborso delle cure e protesi dentarie da infortunio.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Tabella di valutazione del danno INAIL	Ferme restando le modalità di calcolo dell'indennizzo in caso di Invalidità permanente, in alternativa alla Tabella ANIA, è possibile determinare il grado di invalidità permanente con riferimento alla Tabella INAIL.
Franchigia A sull'invalidità permanente per infortunio	Previste le seguenti franchigie: <ul style="list-style-type: none"> - nessuna franchigia fino a € 100.000 di somma assicurata; - franchigia 3% su somma assicurata superiore a € 100.000 e fino a € 500.000; - franchigia 10% su somma assicurata oltre € 500.000. Per invalidità permanente pari o superiore al 60%, l'indennizzo corrisposto è pari al 100% della somma assicurata.
Franchigia B sull'invalidità permanente per infortuni	Previste le seguenti franchigie: <ul style="list-style-type: none"> - franchigia 3% su somma assicurata fino a € 500.000; - franchigia 10% su somma assicurata oltre € 500.000. Per invalidità permanente pari o superiore al 60%, l'indennizzo corrisposto è pari al 100% della somma assicurata.
Franchigia C sull'invalidità permanente per infortunio	Previste le seguenti franchigie: <ul style="list-style-type: none"> - franchigia 5% su somma assicurata fino a € 500.000; - franchigia 10% su somma assicurata oltre € 500.000. Per invalidità permanente pari o superiore al 60%, l'indennizzo corrisposto è pari al 100% della somma assicurata. E' inoltre previsto, in caso di invalidità permanente superiore al 75%, il rimborso delle spese sostenute per l'eliminazione delle barriere architettoniche alla propria abitazione e per le modifiche alla propria autovettura affinché sia idonea alla guida o al trasporto dei disabili (fino a € 10.000).



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Franchigie previste

Invalidità permanente per infortunio

Le prestazioni per Invalidità permanente per infortunio sono soggette alle seguenti franchigie:

- nessuna franchigia fino a € 50.000 di somma assicurata;
- franchigia 3% su somma assicurata superiore a € 50.000 e fino a € 500.000;
- franchigia 10% su somma assicurata oltre € 500.000.

Per invalidità permanente pari o superiore al 60%, l'indennizzo corrisposto è pari al 100% della somma assicurata.

La copertura "Danno estetico" non è operante se l'infortunio è avvenuto alla guida di un ciclomotore o motociclo.

Rimborso spese adeguamento autovettura/abitazione a seguito di grave infortunio

- La copertura opera solo se acquistata la garanzia aggiuntiva "Franchigia C sull'invalidità permanente per infortunio";
- La garanzia non viene applicata se l'infortunio è avvenuto alla guida di un ciclomotore o motociclo.

Rimborso spese di cura per infortunio

- Previsto il rimborso delle spese per la parte non risultanti a carico del SSN. Su ciascun sinistro viene applicato uno scoperto del 10% con il minimo di € 75,00 e il massimo di € 250,00;
- In presenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale, il rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata;
- In assenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale, il rimborso delle spese non potrà superare il 50% della somma assicurata e, limitatamente ai trattamenti fisioterapici e rieducativi, il rimborso è riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata;
- Il rimborso delle spese relative a cure e protesi dentarie da infortunio (ad esclusione delle rotture e danneggiamenti di protesi preesistenti) è previsto nel limite del 30% della somma assicurata.

Diaria da ricovero per Infortunio o Immobilizzo

- La durata massima dei giorni indennizzabili è di 90 giorni per evento e 180 giorni per anno assicurativo;
- Se l'infortunio comporta l'immobilizzazione di una o più articolazioni, è prevista un'indennità giornaliera fino alla rimozione del presidio di immobilizzo, per un periodo massimo di 90 giorni per evento e anno assicurativo;
- Per le seguenti tipologie di fratture viene corrisposto un indennizzo forfettario pari a:
 - 40 giorni per la frattura del bacino;
 - 40 giorni per la frattura del femore;
 - 40 giorni per la frattura della colonna vertebrale;
 - 20 giorni per la frattura completa della costola;
- Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione;
- I collari a strappo non sono considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini della presente copertura.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro: entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o suoi familiari/eredi devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Società stessa.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che hanno determinato il sinistro, con una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico e dai successivi certificati medici che documentino il decorso delle lesioni.

La domanda per il "Rimborso delle spese di cura per infortunio", corredata da tutti i documenti giustificativi, deve essere presentata alla Società entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica o la degenza.

	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 di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	In aggiunta a quanto indicato nel DIP Danni, si precisa che gli effetti relativi ad eventuali dichiarazioni inesatte e reticenti conseguiranno alla scoperta di patologie preesistenti che, se conosciute, non avrebbero consentito la stipulazione dell'assicurazione, tra cui: alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., Parkinson, epilessia, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, sindromi bipolari, Alzheimer.
Obblighi dell'impresa	La Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento. Per la "Diaria da ricovero per Infortunio o Immobilizzo", il pagamento dell'indennizzo è previsto entro 30 giorni dalla dimissione dal ricovero.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> - In caso di risoluzione automatica del contratto dovuta all'insorgere di una delle affezioni per le quali non è prestabile la copertura, viene restituita al Contraente la parte di premio versata relativo al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto; - In caso di recesso da parte della Società a seguito della denuncia di sinistro viene restituita al Contraente la parte di premio versata relativo al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.
Risoluzione	Non previsto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Ai conducenti di veicoli.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

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

Tutti i rischi	28,0 %
----------------	--------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p style="text-align: center;"><i>Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa</i> <i>Servizio Reclami di Gruppo</i> <i>Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia)</i> <i>Fax: 045/8372354</i> <i>Email: reclami@cattolicaassicurazioni.it</i></p> <p>indicando i seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente; - numero della polizza e nominativo del Contraente; - numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento; - indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. <p>La Società' gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.</p>
All'IVASS	<p>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.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p><i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</i></p> <p>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. Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale.</p>
Negoziazione assistita	<p><i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa.</i></p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>In caso di controversie di natura medica sulla determinazione dell'indennizzo, possono essere risolte in via arbitrale mediante l'incarico di un collegio di tre medici. Ogni parte designa un proprio consulente, mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e scelto tra i consulenti medici legali o, in caso di disaccordo, viene designato dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo in cui si riunisce il collegio.</p> <p>L'incarico viene dato per iscritto al collegio medico, insieme a tutta la documentazione disponibile.</p> <p>Il luogo di svolgimento dell'arbitrato coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.</p> <p>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.</p>

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.

OGNI
GIORNO **ALLA GUIDA**

CATTOLICA & SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Le presenti Condizioni di Assicurazione
MOD. OGNI GIORNO AG 2 - ED. 01/01/2019**

**sono parte integrante del Set Informativo
unitamente ai documenti informativi precontrattuali:**

- **DIP Danni MOD. MOD. OGNI GIORNO AG DIP - ed. 01/10/2018**
- **DIP aggiuntivo Danni MOD. MOD. OGNI GIORNO AG DIP AGG - ed. 01/01/2019**



CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale in relazione alla Formula scelta dal Contraente al momento della stipula del contratto ed indicata nella scheda di polizza.

Le garanzie che possono essere prestate nella Formula scelta dal Contraente sono:

- Morte per Infortunio (art. 17);
- Invalidità Permanente per Infortunio (art. 20);
- Rimborso Spese Adeguamento Autovettura /Abitazione a seguito di grave infortunio (art. 27);
- Rimborso Spese di Cura per Infortunio (art. 28);
- Diaria da Ricovero per Infortunio o Immobilizzo (art. 29);
- Danno Estetico (art. 30).

FORMULA CONDUCENTE IDENTIFICATO

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato **indicato in polizza** dovesse subire **esclusivamente durante la circolazione in qualità di conducente di uno dei seguenti veicoli a motore**:

Gruppo A

- A1 - Autovetture ad uso privato;
- A2 - Autocarri senza rimorchio fino a 35 q.li di peso complessivo a pieno carico;
- A3 - Autocarri per trasporto promiscuo di persone/cose fino a 35 q.li di peso complessivo a pieno carico;
- A4 - Scuola bus fino a 20 posti;
- A5 - Camper.

FORMULA VEICOLO IDENTIFICATO

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire **esclusivamente durante la circolazione in qualità di conducente di uno dei seguenti veicoli a motore indicato in polizza**:

Gruppo A

- A1 - Autovetture ad uso privato;
- A2 - Autocarri senza rimorchio fino a 35 q.li di peso complessivo a pieno carico;
- A3 - Autocarri per trasporto persone/cose fino a 35 q.li di peso complessivo a pieno carico;
- A4 - Scuola bus fino a 20 posti;
- A5 - Camper;

Gruppo B

- B1 - Motocarri;
- B2 - Autocarri senza rimorchio fra 35 e 70 q.li;
- B3 - Autonoleggio con autista;
- B4 - Autotassametri;

Gruppo C

- C1 - Autocarri con rimorchio o peso superiore a 70 q.li;
- C2 - Ciclomotori e quadricicli leggeri;
- C3 - Macchine agricole;
- C4 - Rischi speciali;
- C5 - Autobus;
- C6 - Motocicli immatricolati con cilindrata superiore a 50 c.c..

Tutte le garanzie, quale che sia la Formula scelta, sono prestate a condizione che l'Assicurato risulti in possesso, al momento dell'infortunio, della prescritta e valida patente di guida e che il veicolo venga usato secondo le disposizioni vigenti ed in conformità alle indicazioni della carta di circolazione.

La garanzia vale anche per gli infortuni subiti:

- nel salire e nel discendere dal veicolo;
- durante la messa in moto del veicolo;
- in occasione di riparazioni sulla strada di guasti sopravvenuti al veicolo o nel tentativo di salvataggio del veicolo e dei suoi passeggeri;
- in caso di caduta in acqua del veicolo.

Le prestazioni vengono corrisposte direttamente all'Assicurato, o in caso di suo decesso, ai Beneficiari.

L'indennizzo è determinato sulla base delle lesioni fisiche dirette, **esclusive ed obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio.**

Nel caso in cui l'Assicurato avesse lesioni fisiche o menomazioni preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, **l'assicurazione coprirà solo le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente sana e integra.**

Sono compresi in garanzie anche:

- l'annegamento;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole e di calore;
- gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da colpa grave, nonché quelli derivanti da tumulti popolari, sommosse o da atti di terrorismo, a **condizione che gli Assicurati non vi abbiano preso parte attiva** (in deroga agli artt. 1900 e 1912 del Codice Civile).

Art. 2 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3 - Rischi esclusi

L'assicurazione, sia nella Formula Conducente Identificato che nella Formula Veicolo Identificato, non comprende gli infortuni determinati o conseguenti a:

1. le operazioni chirurgiche, gli accertamenti o le cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
2. le azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
3. la guida in stato di ubriachezza, l'abuso di psicofarmaci, l'uso non terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene;
4. se il veicolo è adibito ad uso diverso da quello stabilito dalla carta di circolazione;
5. se alla guida del veicolo si trova un allievo/conducente non munito della prescritta autorizzazione e non affiancato da una persona in possesso dei requisiti previsti dalla legge;
6. gli infarti, le ernie di qualunque tipo e da qualunque causa determinate, gli sforzi muscolari non aventi carattere traumatico;
7. durante la partecipazione del veicolo a corse, gare e relative prove, salvo che si tratti di gare di regolarità pura indette dall'A.C.I.;
8. le guerre, i movimenti tellurici o le eruzioni vulcaniche;
9. la pratica di sports comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore;
10. gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche dipendenti da atti di terrorismo;
11. la trasmutazione del nucleo dell'atomo provocata dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
12. le manovre militari, le esercitazioni militari, l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Esclusivamente per la Formula Veicolo Identificato, sono in ogni caso esclusi gli infortuni subiti da persone che, al momento del sinistro, risultassero alla guida del veicolo indicato in polizza contro la volontà del Contraente.

Art. 4 - Limitazioni di garanzia per sopraggiunto limite di età

Quale che sia la Formula scelta, l'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni di età. Tuttavia, nel caso l'Assicurato compisse l'80° anno di età in corso di contratto, la garanzia conserverà efficacia fino alla sua successiva scadenza naturale.

Nel caso in cui l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età compresa tra 76 anni e 80 anni, la copertura è valida solamente per le garanzie Morte per Infortunio e Invalidità Permanente per Infortunio (se acquistati), con somme assicurate pari al 50% di quelle indicate in polizza e con l'applicazione di una franchigia assoluta del 10% su tutta la somma assicurata della garanzia Invalidità Permanente per Infortunio.

Art. 5 - Modifiche dell'assicurazione

Qualunque modifica dell'assicurazione deve essere provata per iscritto.

Art. 6 - Foro competente

Foro competente è quello del luogo in cui il Contraente, se persona fisica, ha la residenza o il domicilio elettivo oppure, se persona giuridica, ha la sede.

Art. 7 - Disdetta del contratto

Fermo restando che il contratto non è soggetto a tacito rinnovo, le parti possono formalizzare la risoluzione del rapporto mediante inoltro della disdetta, con lettera raccomandata, almeno 15 giorni prima della scadenza indicata nella polizza.

Art. 8 - Modifiche delle informazioni contenute nel set informativo

La Società si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.cattolica.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel Set Informativo non derivanti da innovazioni normative. **Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai Contraenti e/o Assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.**

Art. 9 - Trasferimento di proprietà del veicolo

Esclusivamente per la Formula Veicolo Identificato, in caso di alienazione del veicolo indicato in polizza, il Contraente deve darne immediata comunicazione alla Società.

Nel caso in cui l'alienazione sia seguita da acquisto di un altro veicolo da parte del Contraente, egli, contestualmente alla comunicazione suddetta, ha l'obbligo di comunicare alla Società i dati identificativi relativi al nuovo veicolo acquistato per l'aggiornamento del contratto.

Art. 10 - Risoluzione del contratto

Premesso che non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., Parkinson, epilessia, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, sindromi bipolari, Alzheimer, qualora tali affezioni insorgano o sopravvengono in corso di contratto, trattandosi di aggravamento di rischio in relazione al quale la Società non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, il contratto si intenderà risolto dal giorno dell'insorgenza dell'affezione e la Società rimborserà la parte di premio (al netto delle imposte) relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 11 - Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite. **I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, oppure alla Società. Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.**

Art. 12 - Durata - Proposta di rinnovo

Il contratto ha la durata indicata sulla scheda di polizza.

La Società, almeno 15 giorni prima della scadenza del contratto, mette a disposizione del contraente e presso l'agenzia alla quale è assegnato il contratto, una nuova proposta di premio.

Il ritiro della quietanza con conseguente pagamento del premio implica l'accettazione delle nuove condizioni di premio e di polizza.

Nel caso in cui il contraente non accetti la proposta di rinnovo, il contratto s'intende risolto:

- dal quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza del contratto non producendo più alcun effetto, qualora il veicolo e/o il conducente identificati in polizza siano assicurati presso la Società anche per la Garanzia di Responsabilità Civile Auto;
- dalla data di scadenza del contratto non producendo più alcun effetto qualora il veicolo e il conducente identificati in polizza non siano assicurati presso la Società anche per la Garanzia di Responsabilità Civile Auto.

Art. 13 - Recesso in caso di sinistro

Qualora il Contraente sia consumatore ai sensi dell'articolo 3 del D. Lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del Consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, ha la facoltà di recedere dal contratto. Il recesso potrà essere esercitato fino a 60 giorni dopo il pagamento o il rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato con lettera raccomandata A.R. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data

di ricevimento della comunicazione.

La Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al restante periodo di garanzia in corso e non goduto.

Qualora il Contraente non sia consumatore ai sensi dell'articolo 3 del D. Lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del Consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto. Il recesso potrà essere esercitato fino a 60 giorni dopo il pagamento o il rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata A.R. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

La Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al restante periodo di garanzia in corso e non goduto.

Art. 14 - Oneri fiscali

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

Art. 15 - Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Art. 16 - Legge applicabile all'assicurazione

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

GARANZIE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie indicate nella scheda di polizza

Art. 17 - Morte per Infortunio

La Società corrisponde, in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio, la somma assicurata ai beneficiari designati o in difetto di designazione agli eredi in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di Morte per Infortunio è dovuto se questa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, **entro 2 anni dal giorno dell'infortunio**.

L'indennizzo per il caso di Morte per Infortunio non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente per Infortunio. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente per Infortunio, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde agli eredi la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte per Infortunio, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Art. 18 - Morte presunta

Se l'assicurazione è prestata per il caso Morte per Infortunio e, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà agli eredi il capitale previsto per il caso Morte. **La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta di cui all'art. 58 del Codice Civile.** Resta inteso che se, successivamente al pagamento di tale indennizzo risulterà che l'Assicurato è vivo, **la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.** L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 19 - Commorienza del coniuge

Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'Assicurato e quello del coniuge o convivente more uxorio, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 50% e **con il limite di maggiorazione massimo complessivo di 200.000,00 euro**, in presenza di:

- uno o più figli minori che risultino fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge (o del convivente more uxorio) deceduti;
- un figlio con handicap che abbia una invalidità di almeno il 60%.

Se la stessa maggiorazione è prevista da un altro contratto infortuni della Società in cui risulti Assicurato anche il coniuge (o il convivente more uxorio), **il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti non potrà comunque superare l'importo di 200.000,00 euro.**

Art. 20 - Invalidità Permanente per Infortunio

La Società corrisponde l'indennizzo in caso di Invalidità Permanente per Infortunio totale o parziale dell'Assicurato.

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente, **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente per Infortunio totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che deve essere accertato con riferimento alla tabella di valutazione del danno (Tabella ANIA o Tabella INAIL) scelta e indicata nella scheda di polizza.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali indicate nella Tabella di valutazione del danno sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità Permanente parziale non prevista in Tabella si fa riferimento ai seguenti criteri:

- **se la lesione 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 indicata nella scheda di polizza 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;

- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

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 100%.

Art. 21 - Tabella di valutazione del danno ANIA

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente, **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere determinato con riferimento alla tabella di seguito riportata denominata "Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente - Tabella ANIA".

Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'Invalidità Permanente per Infortunio

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
un occhio	25%
ambidue gli occhi	100%
perdita anatomica di un rene	15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
sordità completa di un orecchio	10%
sordità completa di ambedue le orecchie	40%
perdita totale della voce	30%
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
esiti di frattura scomposta di una costa	1%

Esiti di una frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
una vertebra cervicale	12%
una vertebra dorsale	5%
dodicesima dorsale	10%
una vertebra lombare	10%
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%

Anchilosi:	
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
dell'anca in posizione favorevole	35%
del ginocchio in estensione	25%
della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astralgica	15%

Paralisi completa:	
del nervo radiale	35%
del nervo ulnare	20%
dello sciatico popliteo esterno	15%

Amputazione o perdita funzionale di un arto inferiore:	
sopra la metà della coscia	70%
sotto la metà della coscia ma sopra il ginocchio	60%
sotto del ginocchio, ma sopra il terzo medio di gamba	50%

Amputazione o perdita funzionale di:	
un piede	40%
ambedue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	1%
una falange dell'alluce	2,5%
ernie addominali da sforzo non operabile max	10%

Art. 22 - Tabella di valutazione del danno INAIL - garanzia aggiuntiva (prestata esclusivamente se indicata nella scheda di polizza)

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di Invalidità Permanente, che deve essere determinato con riferimento alla tabella di seguito riportata denominata "Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente - Tabella INAIL".

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE- TABELLA INAIL (ALLEGATO 1 AL D.P.R. 30 GIUGNO 1965 N. 1124 ESCLUSE SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	

Altre menomazioni della facoltà visiva:			
Visus perduto	Visus residuo	Percentuale per occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Percentuale per occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0/10	35%	65%

NOTE:

1. in caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio;
2. la valutazione é riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione é riferita al visus naturale;
3. nei casi in cui la valutazione é riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità Permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione;
4. la perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%;
5. in caso di afachia monolaterale:
 - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
 - con visus corretto di 7/10 18%
 - con visus corretto di 6/10 21%
 - con visus corretto di 5/10 24%
 - con visus corretto di 4/10 28%
 - con visus corretto di 3/10 32%
 - con visus corretto inferiore a 3/10 35%
6. in caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica é pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	

Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
- con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
- senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Perdita di un testicolo	0%	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%

Perdita del braccio:		
- per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
- per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	

Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%

Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:

a. in semipronazione:	30%	25%
b. in pronazione	35%	30%
c. in supinazione	45%	40%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%

Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:

a. in semipronazione	40%	35%
b. in pronazione	45%	40%
c. in supinazione	55%	50%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%

Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:

a. in semipronazione	22%	18%
b. in pronazione	25%	22%
c. in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

N.B.: In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Art. 23 - Franchigia sull'Invalidità Permanente per Infortunio

Le prestazioni per Invalidità Permanente per Infortunio sopra elencate sono soggette all'applicazione della seguenti franchigie:

- l'indennizzo sui primi 50.000,00 euro di somma assicurata verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna franchigia;
- sull'eccedenza di detta somma e fino a 500.000,00 euro di somma assicurata, non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 3% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- sull'eccedenza della somma di 500.000,00 euro non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 10% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 10% della

totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Se l'Invalidità Permanente per Infortunio è di grado pari o superiore al 60% della totale l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 24 - Franchigia A sull'Invalidità Permanente per Infortunio - garanzia aggiuntiva

Le prestazioni per Invalidità Permanente per Infortunio sopra elencate sono soggette all'applicazione della seguenti franchigie:

- **l'indennizzo sui primi 100.000,00 euro di somma assicurata verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna franchigia;**
- **sull'eccedenza di detta somma e fino a 500.000,00 euro di somma assicurata, non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 3% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente;**
- **sull'eccedenza della somma di 500.000,00 euro non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 10% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 10% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.**

Se l'Invalidità Permanente per Infortunio è di grado pari o superiore al 60% della totale l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 25 - Franchigia B sull'Invalidità Permanente per Infortunio - garanzia aggiuntiva

Le prestazioni per Invalidità Permanente per Infortunio sopra elencate sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- **sulla parte di somma assicurata fino a 500.000 euro non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità Permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece l'Invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;**
- **sull'eccedenza della somma di 500.000,00 euro non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 10% della totale. Se l'invalidità permanente supera il 10% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.**

Se l'Invalidità Permanente da Infortunio è di grado pari o superiore al 60% della totale l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 26 - Franchigia C sull'Invalidità Permanente per Infortunio - garanzia aggiuntiva

Le prestazioni per Invalidità Permanente per Infortunio sopra elencate sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- **sulla parte di somma assicurata fino a 500.000 euro non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità Permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'Invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;**
- **sull'eccedenza della somma di 500.000,00 euro non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 10% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 10% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.**

Se l'Invalidità Permanente per Infortunio è di grado pari o superiore al 60% della totale l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 27 - Rimborso spese adeguamento autovettura/abitazione a seguito di grave infortunio (operante solo se acquistata la garanzia aggiuntiva art. 26 "Franchigia C sull'Invalidità Permanente per Infortunio")

In caso di infortunio dal quale derivi all'Assicurato una Invalidità Permanente superiore al 75%, accertata secondo quanto previsto dall'art. 20, la Società rimborserà:

- **le spese sostenute dall'Assicurato per l'abitazione ove ha il proprio domicilio, finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche, fino ad un massimo di 10.000,00 euro. Il rimborso sarà effettuato una sola volta per tutta la durata del contratto.**
Le spese rimborsabili sono esclusivamente quelle sostenute per **interventi previsti sugli immobili**. Sono compresi anche gli eventuali costi di progettazione.
- **le spese sostenute sull'autovettura di proprietà dell'Assicurato per renderla idonea alla guida o al trasporto dei disabili. Le spese sono rimborsate fino ad un massimo di 10.000,00 euro. Il rimborso sarà effettuato una sola volta per tutta la durata del contratto.**

La Società rimborserà esclusivamente le spese che rimarranno a carico dell'Assicurato al netto di quanto eventualmente rimborsato da enti pubblici o per effetto di altri risarcimenti da parte di terzi responsabili. Qualora

le spese sostenute riguardassero un immobile in comproprietà, verranno rimborsate solo le spese sostenute dall'Assicurato.

Per avere diritto all'indennizzo, oltre alla documentazione dovuta a norma delle presenti condizioni di polizza, dovranno essere presentati, da parte dell'Assicurato i documenti giustificativi, le ricevute e fatture.

La garanzia non opera se l' infortunio è accaduto quando l'Assicurato era alla guida di un ciclomotore o di un motociclo.

Art. 28 - Rimborso Spese di Cura per Infortunio

In caso di infortunio indennizzabile, la Società assicura il rimborso delle spese effettivamente sostenute per ogni sinistro fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, e **applica, per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato, uno scoperto del 10% con il minimo di 75,00 euro e il massimo di 250,00 euro.**

Il rimborso delle spese effettivamente sostenute riguarda:

- **Se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale**
 - accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) **effettuati nei 90 giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;**
 - onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - rette di degenza;
 - assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
 - esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) **effettuati successivamente alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale.**
- Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata;**

- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio.

Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, **la Società corrisponde una diaria sostitutiva di 50,00 euro per ogni giorno di ricovero, con il massimo di 30 giorni per anno assicurativo.**

- **Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale**

Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) **effettuati nei giorni successivi all'infortunio.**

Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata, e limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata.

- **Cure e protesi dentarie da infortunio**

Cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie **con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.**

Tali spese vengono rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica avvenuta su presentazione dei documenti giustificativi (fattura o ricevuta del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata alla Società, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese sostenute dall'assicurato per visite medico legali non richieste dalla Società ai fini della liquidazione del sinistro.

La Società restituisce gli originali dei documenti giustificativi delle spese, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Se l'Assicurato ha presentato a terzi l'originale delle notule, delle distinte, delle ricevute e delle fatture

per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto, previa presentazione di copia del documento giustificativo a dimostrazione delle spese sostenute, **al netto di quanto a carico dei predetti terzi.**

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in euro, applicando il tasso ufficiale di cambio B.C.E. rilevato nel giorno dell'ultimo pagamento sostenuto.

Art. 29 - Diaria da Ricovero per Infortunio o Immobilizzo

In caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in Istituto di Cura, la Società corrisponde un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (**il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno**). **Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.**

La durata massima dei giorni indennizzabili è di 90 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Se l'infortunio comporta l'immobilizzazione di una o più articolazioni, a titolo curativo per lesioni traumatiche, ottenuto con bende gessate o qualsiasi altra metodica di immobilizzo, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera indicata nella scheda di polizza fino alla rimozione del presidio e, comunque, **per un periodo massimo di 90 giorni per evento e per anno assicurativo.**

Per le seguenti fratture, radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, verrà corrisposto un **indennizzo forfettario** pari a:

- 40 giorni per la frattura del bacino;
- 40 giorni per la frattura del femore;
- 40 giorni per la frattura della colonna vertebrale;
- 20 giorni per la frattura completa della costola.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

I collari a strappo non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia. L'Assicurato è tenuto a **presentare** alla Società il **certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato** che ha provveduto all'applicazione del presidio (indicante anche i giorni di effettiva immobilizzazione). Nei casi in cui sia prescritto che la rimozione del presidio debba essere effettuata da personale medico specializzato, l'Assicurato è tenuto a presentare il **certificato di rimozione** dello stesso.

Art. 30 - Danno estetico - automaticamente operante se presente la garanzia Invalidità Permanente per Infortunio

La Società rimborsa le spese sostenute per interventi chirurgici resisi necessari per la riparazione di lesioni di natura estetica determinate da infortunio indennizzabile a termini di polizza **fino alla concorrenza di 2.000,00 euro.**

Se l'intervento chirurgico è dovuto a un infortunio che determini sfregi al viso o deformazioni permanenti del viso stesso, il rimborso delle spese sostenute sarà effettuato fino alla **concorrenza di 5.000,00 euro.**

La garanzia non opera se l'infortunio è accaduto quando l'Assicurato era alla guida di un ciclomotore o di un motociclo.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 31 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

Entro 3 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 32 - Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato con una dettagliata descrizione sulle modalità di accadimento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato si impegna 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. L'Assicurato o, in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi, devono consentire alla Società di svolgere le indagini e gli accertamenti necessari.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 33 - Pagamento dell'indennizzo

La Società provvede al pagamento entro 30 giorni della sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 34 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Se tra la Società e l'Assicurato insorgono eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti ad infortunio, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici 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 avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Medico 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 Medico, 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.

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Art. 35 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.



SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETA' COOPERATIVA
SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE:
LUNGADIGE CANGRANDE, 16 - 37126 VERONA (ITALIA)
TEL. 045 8 391 111 - FAX 045 8 391 112

www.cattolica.it

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 n. di iscriz. al reg. delle imprese di VR 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di VR n. 9962 - Soc. iscritta all'Albo delle Soc. Coop. 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 aut. all'eserc. delle assic. a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it