

Polizza Infortuni

Documento informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo

Società: Società Cattolica di Assicurazione

Prodotto: "Ogni Giorno in Movimento"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative ai prodotti sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

La polizza vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di: conducente o trasportato, passeggero di qualsiasi mezzo pubblico, passeggero di aerei, pedone, durante la pratica del nuoto.



Che cosa è assicurato?

v Infortunio:

Morte per infortunio: prevede l'indennizzo, in caso di decesso per infortunio, della somma assicurata ai Beneficiari o eredi.

Morte presunta: prevede l'indennizzo della somma assicurata ai Beneficiari o eredi, dopo la presentazione dell'istanza di morte presunta.

Commorienza del coniuge: prevede l'indennizzo in causa di decesso dell'Assicurato e quello del coniuge o convivente more uxorio.

Invalità permanente per infortunio: prevede un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalità permanente totale o parziale.

Rimborso spese adeguamento autovettura/abitazione a seguito di grave infortunio: in caso di infortunio da quale derivi un'invalità permanente superiore al 75%, prevede il rimborso:

- Delle spese sostenute dall'Assicurato per l'abitazione ove ha il proprio domicilio finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche;
- Le spese sostenute sull'autovettura di proprietà dell'Assicurato per renderla idonea alla guida o al trasporto dei disabili.

Rimborso spese di cura per infortunio: prevede il rimborso della spesa non a carico del Servizio Sanitario Nazionale, fino alla concorrenza della somma assicurata.

Diaria da ricovero per infortunio o immobilizzo: prevede, in caso di ricovero per infortunio in istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. Se l'infortunio comporta immobilizzazione, viene corrisposta un'indennità fino alla rimozione del presidio, per un massimo di 90giorni per evento e per anno assicurativo.

v L'assicurazione può essere stipulata nella:

v **Formula cumulativa**: possono essere assicurate fino a 7 persone, nominativamente indicate, con garanzie e somme pro capite a scelta dell'Assicurato

v **Formula Nucleo**: possono essere assicurate da 2 a 7 persone, nominativamente indicate, appartenenti allo stesso stato di famiglia:

- Le garanzie e le somme assicurate scelte sono uguali per tutti gli Assicurati;
- Le somme assicurate indicate nella scheda di polizza si intendono per nucleo.



Che cosa non è assicurato?

x Infortuni causati da:

- x Atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione, ostilità;
- x Guida di veicoli o natanti, se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia compreso l'infortunio subito dall'Assicurato che guidi con patente scaduta da meno di 180 giorni, purché al momento del sinistro, sia in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- x Contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche dipendenti da atti di terrorismo;
- x Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati;
- x Influsso di campi elettromagnetici;
- x Atti delittuosi dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- x Movimenti tellurici, da eruzioni vulcaniche o inondazioni;
- x Uso e guida di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- x Uso dei veicoli indicati in polizza se il trasporto non è effettuato in conformità alle disposizioni vigenti ed alle indicazioni della carta di circolazione. Limitatamente alle autovetture, in caso di trasporto in soprannumero di non oltre due ragazzi di età inferiore ai 10 anni, l'assicurazione è operante proporzionalmente al rapporto tra il numero dei posti dell'autovettura ed il numero delle persone effettivamente a bordo del veicolo;
- x Stato di ubriachezza o che siano conseguenti ad abuso di psicofarmaci o all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- x Uso di mezzi diversi da quelli indicati, nonché di giostre e mezzi nei parchi divertimento, di scivole o skilift.
- x Esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; sono esclusi danni causati direttamente e indirettamente, da reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- x Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, non resi necessari da infortunio;
- x Pratica di attività sportive e relative gare e allenamenti, salvo che si tratti di attività puramente ricreative;
- x Infortuni subiti da:
 - x Persone di professione autisti, conducenti e personale viaggiante di mezzi di trasporto previsti in contratto, durante l'esercizio delle loro attività professionali;
 - x Persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., Parkinson, epilessia nonché da schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, sindromi bipolari ed Alzheimer.



Ci sono limitazione della copertura?

- ! In caso di infortunio che l'assicurato subisce in qualità di conducente di: autoveicoli per trasporto promiscuo ed autocarri di peso complessivo a pieno carico fino a 35 q.li, sono esclusi, per entrambi, gli impieghi professionali; natanti ad uso privato o da diporto, esclusi i mezzi di locomozione subacquei;
- ! L'assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie, somme assicurate e/o i massimali, franchigie indicati in Polizza.
- ! L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni di età.
- ! Per le persone con età compresa tra i 76 e gli 80 anni, la copertura è valida solamente per le garanzie Morte per Infortunio e Invalidità permanente per Infortunio (se acquistate);
- ! In caso di Formula Cumulativa con più assicurati o Formula nucleo, l'assicurazione manterrà comunque la sua efficacia per le persone che non hanno superato il limite di età e, nella Formula Nucleo, i massimali verranno ripartiti tra le persone che non abbiano superato il limite di età.

Morte per infortunio:

- ! L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio.

Invalidità permanente per infortunio:

- ! In caso di invalidità permanente totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata al netto di eventuali franchigie operanti in polizza.
- ! In caso di invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, al netto di eventuali franchigie operanti in polizza.

Rimborso spese adeguamento autovettura/abitazione a seguito di grave infortunio:

- ! 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.
- ! Se le spese sostenute riguardano un immobile in proprietà, verranno rimborsate solo le spese sostenute dall'Assicurato.
- ! La garanzia non opera se l'infortunio è accaduto quando l'Assicurato era alla guida di un ciclomotore o di un motociclo.
- ! Nella Formula Nucleo la garanzia opera per il Contraente se è anche uno degli Assicurati, altrimenti opera per l'Assicurato più anziano.

Rimborso spese di cura per infortunio:

- ! Nel caso di ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:
- ! Verranno rimborsate le spese per accertamenti diagnostici purché effettuati nei novanta giorni precedenti;
- ! Le spese per trattamenti fisioterapici o rieducativi verranno rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata;
- ! Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, la Società corrisponderà una diaria sostitutiva di cinquanta euro per ogni giorno di ricovero, con il massimo di trenta giorni per anno assicurativo.
- ! Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:
- ! Per le prestazioni descritte in Polizza 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.
- ! Le spese per cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie (con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio) vengono rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata.
- ! Ai fini del rimborso, i documenti giustificativi devono essere presentati 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.

Diaria da ricovero per infortunio o immobilizzo:

- ! La durata massima dei giorni indennizzabili è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo;
- ! La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla dimissione del ricovero;
- ! In caso di immobilizzazione di una o più articolazioni tramite bende gessate o qualsiasi altra metodica, l'indennità giornaliera sarà riconosciuta ai sensi di Polizza per un periodo massimo di novanta giorni per evento e anno assicurativo;
- ! In caso di frattura completa della costola verrà corrisposto un indennizzo per una durata forfetaria di venti giorni, per le altre fratture (bacino, femore, colonna vertebrale) la durata forfetaria è pari a quaranta giorni;
- ! I collari a strappo non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi per l'efficacia della garanzia.

Danno estetico:

- ! La copertura è operante automaticamente se acquistata la garanzia Invalidità permanente per Infortunio;
- ! La garanzia non opera se l'infortunio è accaduto quando l'Assicurato era alla guida di un ciclomotore o di un motociclo.



Dove sono coperto dall'assicurazione?

- v Il contratto vale per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- Devi comunicare per iscritto eventuali variazioni delle persone assicurate facenti parte dello stesso stato di famiglia, rispetto a quelle indicate in polizza al momento della sottoscrizione del contratto, le variazioni comportano la sostituzione del contratto.
- Devi comunicare per iscritto alla Società i mutamenti che producono una diminuzione o aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la risoluzione del contratto,
- 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;



Quando e come devo pagare?

- Il pagamento del premio da parte del Contraente deve essere eseguito annualmente alle scadenze pattuite ed indicate nel contratto e può essere eseguito con una delle seguenti modalità:
 - Assegno bancario, postale o circolare, intestato all'agente in qualità di agente della Società;
 - Ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
 - Contante nei limiti previsti dalle disposizioni di legge.
- È possibile il frazionamento semestrale con un aumento del 2% del premio imponibile.



Quando inizia e quando finisce la copertura?

- La durata del contratto viene indicata in polizza.
- 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?

- Se il contraente lo richiede e viene pertanto indicato "SI" alla voce tacito rinnovo nella scheda di polizza, in mancanza di disdetta esercitata dalle parti mediante raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente prorogato per un anno.
- Se il contratto è stato stipulato per una durata poliennale ed è stato pertanto applicato lo sconto come previsto da codice civile, il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima della:
 - Scadenza naturale del contratto, se di durata inferiore o uguale a cinque anni (più eventuale rateo);
 - Scadenza annuale, se di durata superiore a cinque anni (più eventuale rateo), e purché siano state pagate almeno cinque annualità di premio, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale il recesso è stato esercitato.
- Qualora il contraente rivesta la qualifica di consumatore, in caso di sinistro, può recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo. Il recesso deve essere comunicato con lettera di raccomandata A.R. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. Qualora il contraente non fosse consumatore, dopo ogni sinistro, le parti possono recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo. Il recesso deve essere comunicato con lettera di raccomandata A.R. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

Polizza Infortuni

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

Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa

Prodotto: "Cattolica&Salute OGNI GIORNO IN MOVIMENTO"



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?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni in merito alle garanzie offerte. La Società presta l'assicurazione fino agli importi delle somme assicurate e dei massimali concordati con il contraente e risultanti in polizza.

Morte per infortunio

- Cumulo dell'indennità: l'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente da infortunio. È 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 dall'infortunio ed in conseguenza di questo;
- 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 aggiunta a quanto indicato nel DIP, in presenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale sono comprese le spese per:

- 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 richieste.

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.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

IPI Tabella di valutazione del danno INAIL	Sottoscrivendo tale garanzia, per la determinazione del grado di invalidità permanente viene utilizzata la tabella INAIL (in luogo di quella ANIA).
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 infortunio	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.

Rimborso spese di cura per infortunio

E' previsto uno scoperto del 10% con il minimo di € 75 ed il massimo di € 250, per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato.

Limite di età

Per le persone di età compresa tra i 76 e gli 80 anni, la copertura è valida solamente per le garanzie Morte e Invalidità Permanente per Infortunio, con somme assicurate pari al 50% di quelle indicate in polizza e franchigia del 10% per l'Invalidità Permanente per Infortunio.



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.
	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	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	La Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.



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, 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 dopo ogni denuncia di sinistro da parte della Società, 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 è prevista tale possibilità.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone e alle famiglie che desiderano tutelarsi dagli infortuni che possono verificarsi quotidianamente in qualità di conducente, trasportato/passeggero o pedone.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

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

Tutti i rischi	27,0 %
----------------	--------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<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>

Negoziatore assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa.</i>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - In caso di controversie di natura medica sulla determinazione dell'indennizzo a seguito di infortunio o malattia, 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. L'incarico viene dato per iscritto al collegio medico, insieme a tutta la documentazione disponibile. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato; - 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.

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 IN MOVIMENTO**

CATTOLICA & SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

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

- **DIP Danni MOD. MOD. OGNI GIORNO IM DIP - ed. 01/10/2018**
- **DIP aggiuntivo Danni MOD. MOD. OGNI GIORNO IM 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 e indicata nella scheda di polizza, per gli infortuni che l'Assicurato subisce:

- a. in qualità di conducente o trasportato di:
 - velocipedi, ciclomotore e motocicli;
 - autovetture ad uso privato, autocaravan / camper;
 - autoveicoli per trasporto promiscuo ed autocarri di peso complessivo a pieno carico fino a 35 q.li, esclusi, per entrambi, gli impieghi professionali;
 - natanti ad uso privato o da diporto, esclusi i mezzi di locomozione subacquee.
 Sono compresi gli infortuni subiti in occasione di riparazione di fortuna, di guasti sopravvenuti al veicolo durante la sua circolazione o navigazione o nel tentativo di salvataggio del mezzo stesso e dei suoi passeggeri;
- b. in qualità di passeggero, di qualsiasi mezzo di trasporto pubblico, ivi compresi gli infortuni subiti nel salire o scendere dallo stesso;
- c. in qualità di passeggero di aerei, durante i voli di linea regolari e i chartered entrambi eserciti da società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è rilevabile dalla pubblicazione "Flight Guide World Wide - OAG"). Il viaggio aereo s'intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso al momento in cui ne è disceso.
- d. quale pedone, a causa di investimento da parte di veicoli azionati da motore e non;
- e. durante la pratica del nuoto a seguito di investimento provocato da qualsiasi imbarcazione o natante.

Sono considerati indennizzabili solo gli infortuni connessi all'uso dei mezzi indicati nei precedenti punti a., b., c..

Sono compresi in garanzia anche:

- l'annegamento;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o 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).

L'assicurazione può essere stipulata nella Formula Cumulativa oppure nella Formula Nucleo.

Nella Formula Cumulativa possono essere assicurate fino a 7 persone con garanzie e somme assicurate pro capite a scelta dell'Assicurato.

Nella Formula Nucleo possono essere assicurate da 2 a 7 persone appartenenti allo stesso stato di famiglia:

- **le garanzie e le somme assicurate scelte sono uguali per tutti gli Assicurati;**
- **le somme assicurate indicate nella scheda di polizza si intendono per nucleo.**

Le garanzie che possono essere prestate sono le seguenti: Morte per Infortunio (art. 18); Invalidità Permanente per Infortunio (art. 21); Rimborso spese adeguamento autovettura / abitazione a seguito di grave infortunio (art. 28); Rimborso Spese di Cura per Infortunio (art. 29); Diaria da Ricovero per Infortunio o Immobilizzo (art.30); Danno estetico (art. 31).

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

Art. 2 - Operazioni di rifornimento, riparazione e manutenzione del veicolo

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che gli Assicurati dovessero subire in occasione di operazioni di rifornimento, riparazione e manutenzione del veicolo, **sempre che l'evento si verifichi nell'ambito di stazioni di rifornimento e/o di servizio.**

Per questi eventi non opera l'art. 36 "Rinuncia al diritto di surrogazione".

Art. 3 - Persone assicurate

Nella Formula Cumulativa, la copertura è operante per gli Assicurati nominativamente indicati nella scheda in polizza, ciascuno per le garanzie e somme assicurate indicate.

Nella Formula Nucleo, la copertura è operante per gli Assicurati dello stesso nucleo familiare risultante dallo stato di

famiglia e nominativamente indicati nella scheda di polizza. Le somme assicurate indicate vengono ripartite in parti uguali tra tutti gli Assicurati.

Tuttavia, nel caso in cui il numero degli Assicurati fosse superiore a 3 e risulti vittima dell'evento un solo familiare, la Società riconoscerà comunque un terzo della somma assicurata.

Eventuali variazioni delle persone assicurate facenti parte dello stesso stato di famiglia, rispetto a quelle indicate in polizza al momento della sottoscrizione del contratto, devono essere comunicate per iscritto e comportano la sostituzione del contratto.

Tuttavia, in caso di mancata comunicazione della variazione, al momento del sinistro la copertura sarà operante per le persone indicate in polizza, per un periodo massimo di 6 mesi dalla variazione, a meno che il Contraente non voglia far prevalere lo stato di famiglia.

In ogni caso, la copertura non sarà operante per le persone facenti parte dello stato di famiglia al momento della sottoscrizione della polizza ma non indicate in polizza.

Art. 4 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 5 - Rischi esclusi

L'assicurazione, sia nella Formula Cumulativa che nella Formula Nucleo, non comprende gli infortuni:

- a. verificatisi in connessione con atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione, ostilità;
- b. verificatisi alla guida di veicoli o natanti, se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. È tuttavia compreso l'infortunio subito dall'Assicurato che guidi con patente scaduta da meno di 180 giorni, purché lo stesso, al momento del sinistro, sia in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- c. verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche dipendenti da atti di terrorismo;
- d. verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (quali ad esempio: fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- e. dovuti all'influsso di campi elettromagnetici;
- f. verificatisi in occasione di atti delittuosi dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g. derivanti da movimenti tellurici, da eruzioni vulcaniche o da inondazioni;
- h. derivanti dall'uso e guida di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- i. derivanti dall'uso dei veicoli indicati all'art. 1 "Oggetto dell'assicurazione", se il trasporto non è effettuato in conformità alle disposizioni vigenti ed alle indicazioni della carta di circolazione.
Limitatamente alle autovetture, in caso di trasporto in soprannumero di non oltre due ragazzi di età inferiore ai 10 anni, l'assicurazione è operante proporzionalmente al rapporto tra il numero dei posti dell'autovettura ed il numero delle persone effettivamente a bordo del veicolo (compreso il conducente);
- j. cagionati da stato di ubriachezza dell'Assicurato o che siano conseguenti ad abuso di psicofarmaci o all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- k. derivanti dall'uso di mezzi diversi da quelli indicati all'art. 1 "Oggetto dell'assicurazione", nonché di giostre e mezzi nei parchi divertimento, di scivole o skilift.

La garanzia non vale inoltre per:

- l. gli infortuni verificatisi in occasione di esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che l'Assicurato o il Contraente provino che il sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi. Sono altresì esclusi eventuali danni, perdite, costi o spese - di qualsiasi natura - causati direttamente e indirettamente, risultanti da, derivanti da, o connessi a reazioni nucleari, radiazioni nucleari o contaminazione radioattiva, indipendentemente da qualsiasi altra causa, concomitante o meno, che possa aver contribuito a provocare il sinistro;
- m. le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, non resi necessari da infortunio;
- n. gli infortuni subiti da persone di professione autisti, conducenti e personale viaggiante di mezzi di trasporto previsti in contratto, durante l'esercizio delle loro attività professionali;
- o. gli infortuni verificatisi durante la pratica di attività sportive e relative gare e allenamenti, salvo che si tratti di attività puramente ricreative.

Art. 6 - Limitazioni di garanzia per sopraggiunti limiti di età

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 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 acquistate), 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.

Nella Formula Cumulativa con più Assicurati e nella Formula Nucleo, l'assicurazione manterrà comunque la sua efficacia per le persone che non hanno superato il limite di età mentre non sarà operante per quelle che al momento del sinistro, avvenuto oltre il termine della naturale scadenza del contratto, abbiano superato gli 80 anni di età. In tal caso, nella Formula Nucleo, i massimali assicurati verranno ripartiti tra le persone che non abbiano superato il limite di età.

Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione

Qualunque modifica dell'assicurazione deve essere provata per iscritto.

Art. 8 - 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. 9 - Mancato rinnovo a scadenza

Il contratto s'intende estinto alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta, se nella polizza, alla voce "Tacito Rinnovo", viene riportato il testo "NO".

Art. 10 - 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. 11 - Risoluzione del contratto

Premesso che non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., Parkinson, epilessia nonché da schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, sindromi bipolari ed Alzheimer, qualora tali affezioni insorgano o sopravvengano 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. 12 - 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. 13 - Durata - Proroga dell'assicurazione

Il contratto ha la durata indicata sulla scheda di polizza.

Se il contraente lo richiede e viene pertanto indicato "SI" alla voce tacito rinnovo nella scheda di polizza, in mancanza di disdetta esercitata dalle parti mediante raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente prorogato per un anno.

Se il contratto è stato stipulato per una durata poliennale ed è stato pertanto applicato lo sconto come previsto dall'Art. 1899 del codice civile, il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima della:

- scadenza naturale del contratto, se di durata inferiore o uguale a cinque anni (più eventuale rateo);
- scadenza annuale, se di durata superiore a cinque anni (più eventuale rateo), e purché siano state pagate

almeno cinque annualità di premio, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale il recesso è stato esercitato.

Art. 14 - 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. 15 - Oneri fiscali

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

Art. 16 - Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Art. 17 - 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. 18 - 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 due 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. 19 - Morte presunta

Qualora l'assicurazione sia prestata per il caso Morte per Infortunio, 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. 20 - 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 per i due assicurati 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. 21 - 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. 22 - 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. 23 - 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 per Infortunio **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%	
Anchoriosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchoriosi 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 é 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. 24 - 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. 25 - 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 sia di grado pari o superiore al 60% della totale l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 26 - 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 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 - 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 sia di grado pari o superiore al 60% della totale l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 28 - Rimborso spese adeguamento autovettura/abitazione a seguito di grave infortunio (operante solo se acquistata la garanzia aggiuntiva art. 27 "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. 21 "Invalidità Permanente da Infortunio", 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 sostenute sono quelle realizzate per **interventi previsti unicamente 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. Se le spese sostenute riguardano un immobile in comproprietà, verranno rimborsate solo le spese sostenute dall'Assicurato.

Per aver 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 le fatture.

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

Nella Formula Nucleo la garanzia opera per il Contraente se è anche uno degli Assicurati, altrimenti opera per l'Assicurato più anziano.

Art. 29 - 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. 30 - 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 30 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, resta inteso che 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. 31- Danno estetico - automaticamente operante se acquistata 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. 32 - 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. 33 - 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 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. 34 - Pagamento dell'indennizzo

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

Art. 35 - 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. 36 - 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 del 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