



Gruppo Assicurativo Allianz 

Condizioni Contrattuali
Polizza Collettiva di Assicurazione
N°10025133
Denaro Protetto
UniCredit
ad adesione facoltativa

Edizione: 31/05/2015 – Ultimo aggiornamento: 31/05/2015

GLOSSARIO

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato sotto precisato:

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e cioè la persona fisica, intestataria o cointestataria di un Conto Corrente in essere presso il Contraente medesimo, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Beneficiario

il soggetto al quale spetta l'Indennizzo in caso di decesso dell'Assicurato;

Conto Corrente

il contratto con il quale le parti si obbligano ad annotare in un conto i crediti derivanti da reciproche rimesse, considerandoli inesigibili e indisponibili fino alla chiusura del conto stesso (art.1823 del Codice Civile);

Conto Corrente Attivo

il Conto Corrente che, alla data del giorno precedente a quello dell'Infortunio, presenta un saldo creditorio nei confronti dell'Assicurato;

Conto Corrente Passivo

il Conto Corrente che, alla data del giorno precedente a quello dell'Infortunio, presenta un saldo debitorio nei confronti dell'Assicurato;

Contraente

il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa per conto degli Assicurati e cioè UniCredit S.p.A.;

Disoccupazione:

lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente Privato, qualora egli:

- a) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato per una durata uguale o superiore alle sedici ore settimanali nello svolgimento di altra attività che generi un reddito o un guadagno; e
- b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia, o nelle liste di mobilità regionali e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro;

Impresa

CreditRas Assicurazioni S.p.A.;

Inabilità Temporanea Totale

la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia;

Indennizzo

la somma dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro;

Infortunio

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

Intermediario

UniCredit S.p.A., Contraente della Polizza Collettiva;

Invalidità Permanente

la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato;

Invalidità Permanente Totale

l'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%;

Istituto di Cura

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

Lavoratore Autonomo

la persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente.

Lavoratore Dipendente

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali.

Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti i lavoratori inquadrati in base a contratti:

- a) a tempo determinato;
- b) di inserimento (ex contratto di formazione lavoro);
- c) di apprendistato;

d) di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali);

e) di lavoro intermittente.

Non sono considerati Lavoratori Dipendenti i lavoratori il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);

Lavoratore Dipendente Pubblico

la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente presso la Pubblica Amministrazione. Per Pubblica Amministrazione si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30-07-1999 n°300. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L.70/1975;

Lavoratore Dipendente Privato

la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente e non rientri nella definizione di Lavoratore Dipendente Pubblico;

Malattia

l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio;

Modulo di Adesione

il documento sottoscritto dall'Assicurato mediante il quale lo stesso aderisce all'Assicurazione;

Non Lavoratore

la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo né Lavoratore Dipendente.

Sono altresì compresi nella presente definizione anche i pensionati, nonché i lavoratori dipendenti assunti (sia a tempo determinato che indeterminato) con contratti di lavoro a chiamata o contratti di lavoro accessorio o occasionale;

Normale Attività Lavorativa

l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza;

Perdita d'Impiego

la perdita da parte della persona fisica dello stato di Lavoratore Dipendente a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato, che generi lo stato di Disoccupazione;

Periodo di Carenza

il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 del giorno di adesione alla Polizza Collettiva durante il quale la garanzia non è operante;

Periodo di Franchigia

il periodo di tempo per il quale deve protrarsi un Sinistro di Perdita di Impiego, Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero, indennizzabile a termini della Polizza Collettiva, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo;

Periodo di Riqualificazione

il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione, di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero, liquidabili ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Perdita d'Impiego, per Inabilità Temporanea Totale o per Ricovero Ospedaliero;

Polizza Collettiva

il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati;

Premio

la somma dovuta dall'Assicurato all'Impresa in relazione all'Assicurazione;

Ricovero Ospedaliero

la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali;

Sinistro

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

Utenze Domiciliate

Tutte le utenze domestiche relative ai servizi di fornitura di acqua, energia elettrica, gas, teleriscaldamento, telefono, internet, tv satellitare o via cavo, il cui pagamento avvenga tramite domiciliazione sul Conto Corrente assicurato. Sono escluse le utenze il cui pagamento avvenga mediante altri strumenti quali carte di credito o di debito o prepagate, ecc.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art.1 – Sezioni di Polizza

La presente Polizza Collettiva prevede le seguenti sezioni:

- I. **Protezione Conto Corrente** – garanzie morte ed Invalidità Permanente Totale da Infortunio;
- II. **Protezione Budget Familiare** – garanzie Perdita d'Impiego; Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia.

Per ciascuna sezione l'oggetto dell'Assicurazione è disciplinato dall'apposito articolo riportato all'interno della sezione medesima. La disciplina di cui agli articoli dal 2 al 17 risulta applicabile indifferentemente a tutte le sezioni sopra indicate.

Art.2 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva

L'Assicurazione di ciascun Assicurato è realizzata mediante sottoscrizione, da parte dell'Assicurato stesso, di un Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato e per il Contraente/Impresa).

Ogni Modulo di Adesione dovrà risultare debitamente sottoscritto in ogni sua parte (ove previsto) e dovrà riportare obbligatoriamente i seguenti dati:

- a) numero del Conto Corrente assicurato;
- b) dati anagrafici dell'Assicurato;
- c) Premio finito mensile, con indicazione della quota parte relativa alle imposte (nella misura del 2,50%).

L'Assicurato avrà facoltà di designare specificatamente i Beneficiari in caso di decesso; in tal caso dovrà risultare compilata e debitamente sottoscritta dall'Assicurato medesimo la relativa apposita sezione all'interno del Modulo di Adesione.

Art.3 – Documentazione da consegnare all'Assicurato al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva

All'Assicurato dovranno essere consegnati i seguenti documenti:

- a) Modulo di Adesione;
- b) Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
- c) Condizioni Contrattuali.

Una copia del Modulo di Adesione e dell'Informativa privacy dovranno rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarle tempestivamente all'Impresa qualora ne faccia richiesta.

Qualunque alterazione, variazione od aggiunta apportata al testo dei documenti di cui sopra, renderà nulla e quindi inoperante l'Assicurazione.

Art.4 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili con la presente Polizza Collettiva le persone:

- a) che alla data di adesione siano di età inferiore a 18 (diciotto) anni o maggiore di 69 (sessantanove) anni compiuti;
- b) che non siano residenti in Italia;
- c) affette da Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%;
- d) affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività, ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità.

Art.5 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione

L'Assicurato è tenuto a versare il Premio, così come quantificato all'art.7 – "Determinazione del Premio", mensilmente per tutta la durata dell'Assicurazione presso il Contraente che provvede a trasmetterlo all'Impresa.

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno in cui il primo Premio mensile viene corrisposto dall'Assicurato medesimo tramite addebito sul Conto Corrente assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato non provvede al pagamento del Premio mensile entro 35 (trentacinque) giorni dalla relativa scadenza, l'Assicurazione cessa automaticamente con decorrenza da tale scadenza.

L'Assicurazione è quindi operante a condizione che al momento del Sinistro l'Assicurato sia in regola con il pagamento di tutti i Premi mensili già scaduti.

Art.6 - Durata dell'Assicurazione – Tacita proroga – Limite di età

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione ha durata pari ad un anno dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. In mancanza di disdetta inviata dall'Assicurato o dall'Impresa, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

L'Assicurato dovrà inviare la lettera raccomandata alla filiale del Contraente presso cui è stato acceso il Conto Corrente assicurato; il Contraente ne darà quindi comunicazione all'Impresa.

In alternativa alla modalità sopra indicata, l'Assicurato potrà comunicare la propria disdetta utilizzando e sottoscrivendo l'apposito modulo disponibile presso la filiale del Contraente, il quale provvederà a darne comunicazione all'Impresa.

È comunque facoltà dell'Assicurato recedere dall'Assicurazione in qualunque momento, anche prima della scadenza annuale utilizzando una delle modalità sopra indicate. Il Contraente provvederà a trasmettere l'informazione all'Impresa. In tal caso l'Assicurazione cesserà a far data dalla prima scadenza mensile successiva alla data in cui la disdetta è stata inviata.

In caso di disdetta della Polizza Collettiva da parte dell'Impresa o del Contraente, per ciascun Assicurato la garanzia cessa a far data dalla prima scadenza annuale successiva al 31-12 dell'anno in cui è stata formulata la disdetta stessa.

In caso di estinzione del Conto Corrente, l'Assicurazione cessa, senza alcun rimborso di Premio, a far data dalla prima scadenza mensile successiva alla data in cui si è verificata l'estinzione del Conto Corrente medesimo.

Nel caso l'Assicurato compia 70 (settanta) anni di età in corso di contratto, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale, data da cui l'Assicurazione si dovrà intendere cessata senza alcun obbligo di disdetta.

Art.7 - Determinazione del Premio

Per ciascun Assicurato viene stabilito un Premio mensile finito, inclusivo di imposte, pari a € 4,00.

Nel caso di più intestatari per uno stesso Conto Corrente, ciascun intestatario potrà aderire individualmente alla Polizza Collettiva corrispondendo il relativo Premio ed usufruendo per intero delle prestazioni assicurative.

Art.8 – Procedura per la valutazione del danno

La valutazione del danno è concordata direttamente dall'Impresa, o da un perito da questa incaricato, con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico-legale, fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre arbitri.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio.

Il Collegio definisce se ed in quale misura è dovuta la Prestazione Assicurata a norma e nei limiti delle condizioni della Polizza Collettiva.

Il Collegio risiede nel comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene gli onorari e le spese del proprio arbitro, mentre quelli del terzo arbitro sono sempre ripartiti a metà.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi facoltà di impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio sono vincolanti per le parti anche se uno degli arbitri rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art.9 - Pagamento dell'Indennizzo

In caso di decesso dell'Assicurato, il pagamento dell'Indennizzo verrà eseguito dall'Impresa nei confronti dei suoi eredi testamentari o, in mancanza, degli eredi legittimi oppure dei Beneficiari specificatamente designati dall'Assicurato così come indicati sul Modulo di Adesione.

In qualsiasi momento l'Assicurato può revocare o modificare tale designazione. La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto all'Impresa o specificamente disposte per testamento facendo espresso riferimento alla presente Polizza Collettiva.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi (art.1921 del Codice Civile):

- a) dopo che il Beneficiario abbia dichiarato per iscritto all'Impresa l'accettazione del beneficio;
- b) dopo che, verificatosi l'evento previsto per la liquidazione della Prestazione Assicurata, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto all'Impresa di volersi avvalere del beneficio.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Ai sensi dell'art.1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti dell'Impresa. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

L'Impresa provvede al pagamento della Prestazione Assicurata dovuta nei confronti dei Beneficiari in un'unica soluzione entro trenta giorni dalla data di pervenimento della documentazione completa richiesta comprovante il Sinistro.

In caso di Invalidità Permanente Totale, Perdita d'Impiego, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa quantifica l'Indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione all'Assicurato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento entro trenta giorni da quest'ultima.

Art.10 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art.11 – Altre assicurazioni

Resta convenuto che la copertura assicurativa prestata dall'Impresa con la presente Polizza Collettiva può cumularsi con altre coperture assicurative contratte dall'Assicurato.

Art.12 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art.13 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto qui non espressamente regolato, valgono le norme di legge.

Art.14 - Informazioni relative all'Impresa

Impresa: CreditRas Assicurazioni S.p.A., società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n. 018, soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A.

Sede legale: Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia)

Recapito telefonico: 800.11.66.33

Sito Internet: www.creditrasassicurazioni.it

Indirizzo di posta elettronica: info_creditras@allianz.it

Indirizzo Mail PEC: creditrasassicurazioni@pec.allianz.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 19 Marzo 1990 pubblicato sulla gazzetta ufficiale n°76 del 31/03/1990 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n°1.00088.

Art.15 - Legislazione applicabile

La legislazione applicabile alla presente Polizza Collettiva è quella italiana.

Art.16 - Prescrizione dei diritti

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano. Pertanto, decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal presente Contratto di Assicurazione.

Art.17 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, compresi quelli relativi alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa, possono essere presentati alla Compagnia mediante:

- posta cartacea indirizzata a: **CreditRas Assicurazioni S.p.A.** – Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano;
- e-mail: info_creditrass@allianz.it.
- fax: 02 72.16.25.88;

La Società fornirà risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o qualora l'esito dello stesso non sia stato ritenuto soddisfacente o in assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine massimo sopracitato, il reclamante potrà rivolgersi a:

IVASS

Via del Quirinale 21, 00187 Roma
Fax: 06.42.133.745 o 06.42.133.353
ivass@pec.ivass.it

corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Compagnia e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte della Compagnia. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.

Per notizie sullo stato di trattazione dei reclami è possibile contattare IVASS al Numero Verde 800.486.661

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER IL CONSUMATORE - Come presentare un reclamo", nonché sul sito della Compagnia (www.creditrasassicurazioni.it) alla Sezione "Servizio Clienti", attraverso apposito link al sito di IVASS.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esauritiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- ✓ mediazione (L. 9/8/2013, n.98 e successive eventuali modifiche): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
- ✓ negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162 e successive eventuali modifiche): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

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.

Art. 18 – Conflitto d'interesse

CREDITRAS ASSICURAZIONI è una compagnia facente parte del gruppo assicurativo ALLIANZ S.p.A., il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da ALLIANZ S.p.A. ed UniCredit S.p.A.

CREDITRAS ASSICURAZIONI, pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo Unicredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto.

Art. 19 - Informativa in corso di contratto di Assicurazione

Nel sito internet di CreditRas Assicurazioni S.p.A. è attiva all'indirizzo www.creditrasassicurazioni.it un'apposita Area Riservata a disposizione di ciascun titolare di posizione assicurativa. Per accedere è sufficiente selezionare l'apposito link presente nella home page del sito internet della Società e, dopo una semplice registrazione, l'Assicurato potrà ricevere al proprio indirizzo di posta elettronica, le credenziali identificative rilasciate per l'accesso.

Tramite l'Area Riservata l'Assicurato potrà consultare le proprie coperture attive, la relativa documentazione contrattuale e tenere costantemente sotto controllo lo stato dei pagamenti dei premi.

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLTANTO PER LA SEZIONE
PROTEZIONE CONTO CORRENTE**

Art.20– Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa garantisce il pagamento di un Indennizzo in caso di morte o di Invalità Permanente Totale dell'Assicurato, entrambe derivanti da Infortunio che l'Assicurato stesso subisca:

- a) nell'esercizio della propria attività professionale principale e/o secondaria;
- b) nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, purché inerente alla vita comune e di relazione.

Sono considerati Infortunio anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
- 3) l'avvelenamento del sangue e l'infezione sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- 4) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
- 5) i colpi di sole o di calore;
- 6) la folgorazione;
- 7) le lesioni muscolari determinate da sforzo, intendendosi per sforzo il dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato;
- 8) le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria.

Art.21 – Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di morte o di Invalità Permanente Totale causati o derivanti da:

- a) Infortuni verificatisi prima della data di adesione alla Polizza Collettiva;
- b) suicidio ed atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati;
- d) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- f) epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità;
- g) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- h) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- i) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo;
- j) pratica di sport aerei in genere;
- k) pratica di arti marziali in genere, atletica pesante, bob, guidoslitta, bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, idrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate fino al terzo grado effettuate isolatamente, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo comunque effettuate, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo, immersioni con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua);
- l) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- m) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- n) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio di tali eventi;
- o) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- p) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art.22– Somma assicurata

La somma assicurata per il caso di morte e per il caso di Invalità Permanente Totale è pari, per ciascun Assicurato, al seguente importo:

- a) **Conti Correnti Passivi** – saldo in linea capitale del Conto Corrente, determinato detraendo l'ammontare degli effetti s.b.f. con valuta non ancora scaduta, come risultante dalle evidenze contabili del Contraente alla data del giorno precedente a quello in cui si è verificato l'Infortunio;
- b) **Conti Correnti Attivi**–saldo in linea capitale del Conto Corrente, determinato aggiungendo l'ammontare degli effetti s.b.f. con valuta non ancora scaduta, come risultante dalle evidenze contabili del Contraente alla data del giorno precedente a quello in cui si è verificato l'Infortunio.

Nel caso di Conti Correnti cointestati, per ciascun cointestatario Assicurato la somma assicurata è pari all'intero importo come sopra determinato.

I saldi contabili alla data del giorno precedente a quello dell'Infortunio, fatta salva in ogni caso la prassi contabile in uso presso il Contraente, saranno eventualmente modificati tenendo conto delle operazioni creditorie e/o debitorie ancora non registrate ma già iniziate o disposte anteriormente al giorno dell'Infortunio:

- 1) direttamente presso il Contraente;
- 2) non direttamente presso il Contraente, a condizione che il Contraente medesimo fornisca prova che le operazioni in questione siano state effettuate entro il termine del giorno precedente a quello in cui si è verificato l'Infortunio.

Relativamente ai rapporti bancari in valuta estera, i relativi importi verranno convertiti in Euro utilizzando i rapporti di cambio ufficiali al termine del giorno precedente a quello dell'Infortunio.

Art.23 – Morte

Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà al Beneficiario la somma a tale titolo assicurata.

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a Infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt.60 e 62 del Codice Civile.

Se, dopo che l'Impresa avrà pagato l'Indennizzo, risulterà che l'Assicurato è vivo, l'Impresa avrà comunque diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente Totale eventualmente subita.

L'Indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente Totale.

Art.24– Invalidità Permanente Totale

Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato e questa si verifichi – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà all'Assicurato medesimo la somma a tale titolo assicurata.

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella “Tabella INAIL - Percentuali Invalidità Permanente” (D.P.R. 30-06-1965 n°1124).

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

Se, al momento dell'Infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui alla “Tabella INAIL - Percentuali Invalidità Permanente” sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Nei confronti dei mancini le percentuali previste per gli arti superiori saranno invertite.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla “Tabella INAIL - Percentuali Invalidità Permanente” vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

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

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella “Tabella INAIL - Percentuali Invalidità Permanente”, il grado di Invalidità Permanente è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla “Tabella” stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato.

Art.25– Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.26 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro utilizzando l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato. Il modulo di denuncia Sinistro è disponibile presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Conto Corrente oppure può essere ottenuto contattando l'Impresa al numero 02.7216.7700. Telefonando a tale numero potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;
- b) fornire copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto;
- c) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- d) in caso di decesso, fornire:
 - 1) certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
 - 2) certificato medico attestante la causa del decesso;
 - 3) copia di un articolo di giornale (se disponibile) che riporti le circostanze dell'accaduto e, non appena possibile, copia del verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- e) fornire certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale;
- f) inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici attestanti il decorso delle lesioni. Tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa;

L'Assicurato deve altresì:

- g) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;

h) fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato. In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

Art.27– Limiti di Indennizzo – Minimo garantito

Per ciascun Sinistro, l'Indennizzo per ciascun Assicurato non potrà essere superiore a € 50.000,00, né inferiore a € 2.500,00, anche nel caso in cui sussistano più adesioni alla presente Polizza Collettiva in capo all'Assicurato medesimo.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE SOLTANTO PER LA SEZIONE PROTEZIONE BUDGET FAMILIARE

Art.28– Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da uno dei seguenti eventi:

- I. **Perdita d'Impiego** - garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia inquadrabile come Lavoratore Dipendente Privato;
- I **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** – garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia inquadrabile come Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente Pubblico o come lavoratore che abbia regolarmente stipulato uno dei seguenti contratti:
 - a) di lavoro a progetto;
 - b) stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana);
- II. **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** - garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia inquadrabile come Non Lavoratore.

Art.29– Periodo di Carenza

Per i Sinistri di Perdita di Impiego e per quelli di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero derivanti da Malattia, viene previsto un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva; qualora il Sinistro avvenga entro 60 (sessanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.30– Variazione della posizione lavorativa

Qualora la posizione lavorativa dell'Assicurato dovesse cambiare durante il periodo di validità dell'Assicurazione, saranno operanti, in caso di Sinistro, le garanzie corrispondenti alla posizione lavorativa dell'Assicurato al momento del Sinistro medesimo con le seguenti limitazioni:

- a) l'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente Pubblico o rientri nella definizione di Non Lavoratore o abbia regolarmente stipulato uno dei seguenti contratti:
 - a) di lavoro a progetto;
 - b) stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana);

ed al momento del sinistro abbia la qualifica di Lavoratore Dipendente Privato, avrà diritto all'Indennizzo per Perdita di Impiego solo nel caso in cui lo stato di Disoccupazione sopravvenga dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova e sia comunque trascorso un periodo di tempo di almeno centoottanta giorni consecutivi dal momento in cui egli abbia assunto la qualifica di Lavoratore Dipendente Privato.

Art.31– Esclusioni

I. Perdita d'Impiego;

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Perdita d'Impiego se:

- a) l'Assicurato, al momento del Sinistro, non ha ancora concluso e superato il periodo di prova;
- b) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente Privato in modo continuativo per i dodici mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Ai fini della presente esclusione, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non vengono considerate;
- c) l'Assicurato al momento del sinistro risulti alle dipendenze, in forza di un contratto di lavoro stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);
- d) alla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita d'Impiego, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- e) la Perdita d'Impiego è conseguenza di licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo, o di licenziamento disciplinare, o è conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni (giusta causa, giustificato motivo soggettivo, disciplinare);
- f) la Perdita d'Impiego è conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- g) la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di inserimento, apprendistato, ecc.) o della interruzione di un rapporto di Lavoro a Progetto;
- h) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- i) l'Assicurato non si è iscritto in Italia nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità;
- j) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- k) la perdita del posto di lavoro è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.

II. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Inabilità Temporanea Totale causati o derivanti da:

- a) Malattie, malformazioni e stati patologici già noti all'Assicurato alla data di adesione alla Polizza Collettiva in quanto già manifestatisi e/o diagnosticati a tale data;
 - b) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
 - c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
 - d) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
 - e) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
 - f) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
 - g) epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità;
 - h) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
 - i) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - j) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
 - k) pratica da parte dell'Assicurato di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, canoa fluviale, hockey sul ghiaccio;
 - l) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
 - m) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
 - n) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio di tali eventi. Il tutto salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
 - o) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
 - p) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - q) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
 - r) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
 - s) cure dimagranti e dietetiche.
- Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:
- 1) le ernie;
 - 2) gli infarti da qualsiasi causa determinati;
 - 3) gli Infortuni subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
 - 4) l'infertilità e la sterilità.

III. Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia;

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero causati o derivanti da:

- a) Malattie, malformazioni e stati patologici già noti all'Assicurato alla data di adesione alla Polizza Collettiva in quanto già manifestatisi e/o diagnosticati a tale data;
- b) Infortuni verificatisi prima della data di adesione alla Polizza Collettiva;
- c) suicidio ed atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati;
- e) imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- f) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- g) epilessia, malattie mentali, psicosi e disturbi gravi della personalità;
- h) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
- i) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- j) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo;
- k) pratica di sport aerei in genere;
- l) pratica di arti marziali in genere, atletica pesante, bob, guidoslitta, bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, idrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate fino al terzo grado effettuate isolatamente, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo comunque effettuate, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo, immersioni con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'Istruttore subacqueo, esclusivamente in occasio-

- ne della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua);
- m) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
 - n) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
 - o) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio di tali eventi;
 - p) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
 - q) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - r) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
 - s) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
 - t) cure dimagranti e dietetiche;
 - u) mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;
 - v) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro.

Art.32 – Estensione territoriale

L'Assicurazione di cui alle garanzie Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.33 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve:

- a) farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro utilizzando l'apposito modulo di denuncia di Sinistro debitamente compilato. Il modulo di denuncia Sinistro è disponibile presso la filiale del Contraente ove è stato acceso il Conto Corrente oppure può essere ottenuto contattando l'Impresa al numero 02.7216.7700. Telefonando a tale numero potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;
- b) fornire copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto;
- c) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato.

I. Perdita d'Impiego

L'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve fornire all'Impresa i seguenti documenti:

- a) attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Dipendente Privato al momento del Sinistro;
- b) copia della lettera di licenziamento;
- c) copia di un documento comprovante l'iscrizione all'elenco anagrafico con lo status di disoccupato o alle liste di mobilità regionali;
- d) attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione o di mobilità;
- e) dichiarazione del datore di lavoro attestante la sospensione dal lavoro con indicazione dell'eventuale intervento della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

II. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

L'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve fornire all'Impresa i seguenti documenti:

- a) attestato che certifichi la condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA) o Lavoratore Dipendente Pubblico al momento del Sinistro;
- b) certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero ospedaliero; i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale);
- c) dichiarazione del datore di lavoro in caso di Lavoratore Dipendente Pubblico.
- d) ogni altra documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta dall'Impresa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

III. Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

L'Assicurato, o altro soggetto per conto del medesimo, deve fornire all'Impresa i seguenti documenti:

- a) autocertificazione sulla condizione di Non Lavoratore al momento del Sinistro;
- b) certificato medico di Ricovero Ospedaliero e copia della cartella clinica; i successivi certificati di Ricovero Ospedaliero alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del Periodo di Ricovero Ospedaliero);
- c) ogni altra documentazione inerente il Sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta dall'Impresa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

Art.34– Denunce Successive

I. Perdita d'Impiego

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Perdita d'Impiego, o dopo la denuncia di un medesimo Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Perdita d'Impiego se dal termi-

ne del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualificazione di 180 (centottanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad assumere la qualifica di Lavoratore Dipendente Privato ed abbia superato il periodo di prova.

II. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Inabilità Temporanea Totale, o dopo la denuncia di un medesimo Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Inabilità Temporanea Totale se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 (trenta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa.

III. Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Ricovero Ospedaliero, o dopo la denuncia di un medesimo Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 (trenta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa.

Art.35– Periodo di Franchigia

Per ciascuna garanzia viene previsto il seguente Periodo di Franchigia:

- I. Perdita d'Impiego** – 60 (sessanta) giorni;
- II. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** – 30 (trenta) giorni;
- III. Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** – 7 (sette) giorni.

Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

Art.36– Determinazione dell'Indennizzo

Alla scadenza del Periodo di Franchigia l'Impresa corrisponderà un Indennizzo il cui ammontare complessivo risulterà pari alla somma delle due seguenti componenti:

- a) una quota fissa di importo pari a € 300,00;
- b) una quota variabile, di importo non superiore a € 200,00, pari al totale di tutte le bollette relative alle Utenze Domiciliate sul Conto Corrente assicurato aventi data di scadenza pagamento compresa:
 - I. Perdita d'Impiego** – nei 30 (trenta) giorni precedenti la scadenza del Periodo di Franchigia;
 - II. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** – nei 30 (trenta) giorni precedenti la scadenza del Periodo di Franchigia;
 - III. Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** – nei 7 (sette) giorni precedenti la scadenza del Periodo di Franchigia.

Un ulteriore Indennizzo sarà corrisposto per ciascun successivo periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro; l'importo di ciascun Indennizzo successivo risulterà dalla somma della quota fissa di € 300,00 e della quota variabile, di importo non superiore a € 200,00, pari al totale di tutte le bollette relative alle Utenze Domiciliate sul Conto Corrente assicurato aventi data di scadenza pagamento compresa nel periodo di 30 (trenta) giorni oggetto di Indennizzo.

Gli Indennizzi per Perdita d'Impiego, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero non sono tra loro cumulabili relativamente allo stesso periodo temporale.

Art.37– Limiti di Indennizzo

Per ciascun Sinistro non potranno essere corrisposti più di 4 (quattro) Indennizzi consecutivi.

Per ciascun Assicurato non potranno essere corrisposti più di 4 (quattro) Indennizzi complessivamente per più Sinistri accaduti nella medesima annualità assicurativa.

TABELLA INAIL - PERCENTUALI INVALIDITÀ PERMANENTE
D.P.R. 30-06-65 N°1124

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	Destro		Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi		100%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	
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%	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni 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 gradi:			
- in semipronazione	30%		25%
- in pronazione	35%		30%
- in supinazione	45%		40%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in 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:			
- in semipronazione	40%		35%
- in pronazione	45%		40%
- in supinazione	55%		50%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:	18%		15%
- in semipronazione	22%		18%
- in pronazione	25%		22%
- in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		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 corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun Indennizzo, 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%	