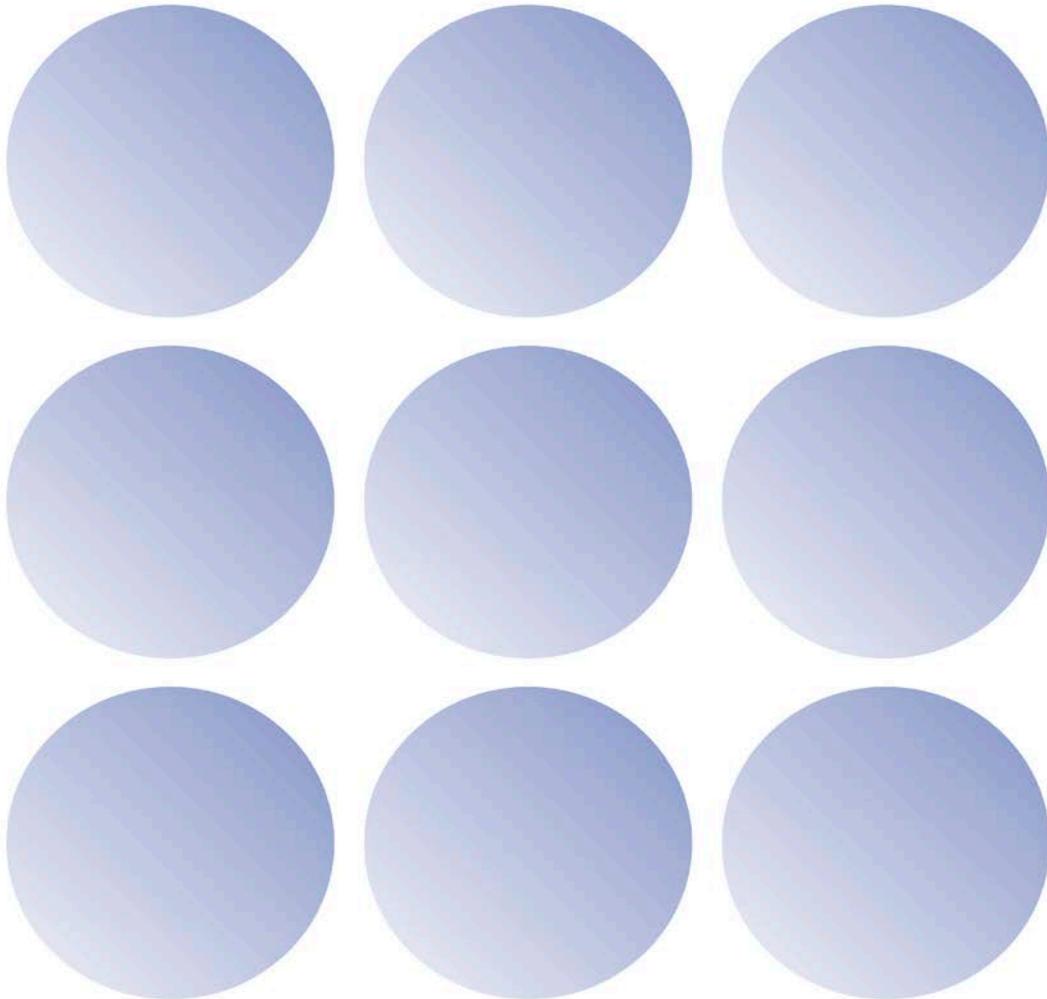


Zurich

Convenzione INFORTUNI



Contratto di Assicurazione INFORTUNI CORRENTISTI PLUS

Il presente Fascicolo Informativo, contenente

- Nota Informativa
- Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

NOTA INFORMATIVA – AVVERTENZE

AVVERTENZA:

Per assicurati di età superiore a 18 anni, ; le prestazioni in caso di Invalidità permanente da Infortunio sono assoggettate al seguente regime di Franchigia: per tutte le somme assicurate, l'Indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'Invalidità Permanente sia di grado inferiore al 60% dell'Invalidità Permanente Totale; nel caso in cui l'Invalidità sia pari o superiore al 60%, sarà riconosciuto 100% dell'indennizzo.

Per assicurati di età inferiore a 18 anni, le prestazioni in caso di Invalidità permanente da Infortunio sono assoggettate al seguente regime di Franchigia: per tutte le somme assicurate, l'Indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'Invalidità Permanente sia di grado inferiore al 25% dell'Invalidità Permanente Totale; nel caso in cui l'Invalidità sia pari o superiore al 25%, sarà riconosciuto 100% dell'indennizzo.

AVVERTENZA:

le prestazioni in caso di Invalidità permanente da Infortunio sono assoggettate al seguente regime di Franchigia:

l'Indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'Invalidità Permanente sia di grado inferiore al 60% dell'Invalidità Permanente Totale; nel caso in cui l'Invalidità sia pari o superiore al 60%, sarà riconosciuto 100% dell'indennizzo.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alla descrizione puntuale di ciascuna garanzia nelle Condizioni di Assicurazione.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di funzionamento di applicazione di scoperti e franchigie, si riportano di seguito delle esemplificazioni numeriche.

Esempio 1:

Assicurato di età inferiore a 18 anni

Massimale Assicurato caso Invalidità Permanente: 7.500,00 euro

Invalidità permanente riconosciuta 56% (Franchigia: come sopra indicata)

Indennizzo: 7.500,00 euro

Esempio 2:

Assicurato di età superiore a 18 anni

Massimale Assicurato caso Invalidità Permanente: 7.500,00 euro

Invalidità permanente riconosciuta 56% (Franchigia: come sopra indicata)

Indennizzo: 0,00 euro

Esempio 3:

Assicurato di età superiore a 18 anni

Massimale Assicurato caso Invalidità Permanente: 7.500,00 euro

Invalidità permanente riconosciuta 66% (Franchigia: come sopra indicata)

Indennizzo: 7.500,00 euro

Esempio 4:

Assicurato di età superiore a 18 anni

Diaria da ricovero ospedaliero: 50,00 euro

Notti trascorse in ospedale 6% (Franchigia: come sopra indicata) 3 notti

Indennizzo: 150,00 euro

**NOTA INFORMATIVA
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CORRENTISTI**

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Il presente contratto viene stipulato con

ZURICH INSURANCE plc
Rappresentanza Generale per l'Italia
Sede: via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano, Italia
Telefono n. 02.59662510 - Telefax n. 02.26622768
Sito internet: www.zurich.it
Indirizzo e-mail: informazioni@zurich.it

Zurich Insurance plc è una società facente parte del Gruppo Zurich Financial Services, ha la propria sede legale in Zurich House, Ballsbridge Park 4, Dublino, Irlanda ed è sottoposta all'Autorità di Vigilanza irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari (IFR).

Zurich Insurance plc svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento ai sensi della Direttiva 92/49/EEC del 18 giugno 1992 concernente l'Assicurazione diretta diversa dall'Assicurazione sulla Vita, attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in via Benigno Crespi 23, 20159, Milano.

Zurich Insurance plc è iscritta all'Albo Imprese ISVAP (Elenco I) il 3/1/08 al n. 1.00066.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto e l'indice di solvibilità sono calcolati applicando i principi contabili irlandesi (Irish GAAP) e la normativa regolamentare vigente in Irlanda.

Il patrimonio netto di Zurich Insurance Plc è di 2.356.035.829 Euro, formato da un capitale sociale di 4.861.000,00 Euro e riserve patrimoniali per 2.351.174.829,00 Euro.

L'indice di solvibilità di Zurich Insurance Plc, ovvero il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente riferito alla gestione di tutti i rami danni, è del 469.5%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto è stipulato con durata triennale e possibilità da parte delle Parti contraenti di dare **disdetta al contratto con lettera raccomandata A/R almeno tre mesi prima della scadenza contrattuale.**

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 7 delle Condizioni di Assicurazione "Proroga dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione".

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative offerte dal contratto sono:

per assicurati di età superiore a 18 anni:

- Indennizzo in caso di morte da Infortunio
- Indennizzo in caso di Invalidità permanente da Infortunio
- Rimborso spese per ricovero per intervento chirurgico a seguito di Infortunio

- Diaria da ricovero (surrogatoria SSN) a seguito di Infortunio

Per assicurati di età inferiore a 18 anni

- Indennizzo in caso di Invalidità permanente da Infortunio

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda art. 2 “Prestazioni assicurative” e 7 “Assicurati di età inferiore a 18 anni” delle Condizioni particolari di assicurazione.

AVVERTENZA:

Le “Condizioni particolari di assicurazione” prevedono la presenza di limitazioni ed esclusioni come disciplinato negli art. 5 lett.B “Delimitazioni dell’assicurazione – rischi esclusi”, art. 6 “Persone non assicurabili”.

L’art. 6 disciplina anche il limite di età, previsto in 75 anni

AVVERTENZA:

Le “Condizioni di Assicurazione” e le “Norme che regolano l’Assicurazione infortuni” prevedono la presenza di condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell’Indennizzo come disciplinato al capitolo Norme che regolano l’assicurazione in generale, art. 2 “Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia”

AVVERTENZA:

Per assicurati di età superiore a 18 anni, le garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza del Massimale prescelto dall’Assicurato ed indicato in Polizza; le prestazioni in caso di Invalidità permanente da Infortunio sono assoggettate al seguente regime di Franchigia: per tutte le somme assicurate, l’Indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l’Invalidità Permanente sia di grado inferiore al 60% dell’Invalidità Permanente Totale; nel caso in cui l’Invalidità sia pari o superiore al 60%, sarà riconosciuto 100% dell’indennizzo.

Per assicurati di età inferiore a 18 anni, le garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza del Massimale prescelto dall’Assicurato ed indicato in Polizza; le prestazioni in caso di Invalidità permanente da Infortunio sono assoggettate al seguente regime di Franchigia: per tutte le somme assicurate, l’Indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l’Invalidità Permanente sia di grado inferiore al 25% dell’Invalidità Permanente Totale; nel caso in cui l’Invalidità sia pari o superiore al 25%, sarà riconosciuto 100% dell’indennizzo.

AVVERTENZA:

Le garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza del Massimale prescelto dall’Assicurato ed indicato in Polizza; le prestazioni in caso di Invalidità permanente da Infortunio sono assoggettate al seguente regime di Franchigia: per somme assicurate fino a 1.000.000,00 euro l’Indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l’Invalidità Permanente sia di grado inferiore al 3% dell’Invalidità Permanente Totale; se invece risulterà superiore al 3% ma inferiore al 10%, l’Indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente il 3%; nel caso in cui l’Invalidità sia superiore al 10%, sarà riconosciuto senza applicazione di alcuna Franchigia.

Per quanto concerne la complementare Invalidità Permanente da Malattia, l’art. 3 “Liquidazione dell’Indennizzo” prevede uno schema di corrispondenza tra grado di Invalidità accertata e percentuale da liquidare

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alla descrizione puntuale di ciascuna garanzia nelle Condizioni di Assicurazione.

Per facilitare al Contraente ed all’Assicurato la comprensione dei meccanismi di funzionamento di applicazione di scoperti e franchigie, si riportano di seguito delle esemplificazioni numeriche.

Esempio 1:

Assicurato di età inferiore a 18 anni

Massimale Assicurato caso Invalidità Permanente:	7.500,00 euro
Invalidità permanente riconosciuta (Franchigia: come sopra indicata)	56%
Indennizzo:	7.500,00 euro

Esempio 2:

Assicurato di età superiore a 18 anni

Massimale Assicurato caso Invalidità Permanente:	7.500,00 euro
Invalidità permanente riconosciuta (Franchigia: come sopra indicata)	56%
Indennizzo:	0,00 euro

Esempio 3:

Assicurato di età superiore a 18 anni

Massimale Assicurato caso Invalidità Permanente:	7.500,00 euro
Invalidità permanente riconosciuta (Franchigia: come sopra indicata)	66%
Indennizzo:	7.500,00 euro

Esempio 4:

Assicurato di età superiore a 18 anni

Diaria da ricovero ospedaliero:	50,00 euro
Notti trascorse in ospedale (Franchigia: come sopra indicata)	6% 3 notti
Indennizzo:	150,00 euro

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio - Nullità

AVVERTENZA:

L'art. 1 delle Condizioni di Assicurazione "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio" prevede che "Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Contraente relative a circostanze 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".

5. Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazioni nella professione

AVVERTENZA:

L'art 4 delle Condizioni di Assicurazione "Aggravamento del Rischio" prevede che "il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del Rischio".

Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

L'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione "Diminuzione del Rischio" prevede che "nel caso di diminuzione del Rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso".

6. Premi

Il contratto prevede periodicità annuale di pagamento del Premio, senza possibilità per il Contraente di frazionamento semestrale.

Il pagamento del premio avviene mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto, all'addebito su conto corrente intrattenuto presso una filiale della Banca distributrice del prodotto.

AVVERTENZA:

I costi effettivamente sostenuti dall'Assicurato sono quelli di seguito riportati:

spese di emissione polizza: €0,00.

Commissioni di Intermediazione corrisposte in media all'Intermediario in relazione al presente prodotto: 44,42% del premio imponibile.

Relativamente ai singoli Assicurati, la Dichiarazione di Adesione alla copertura assicurativa indica l'ammontare dei costi effettivamente sostenuti dal debitore.

7. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

La Polizza non prevede adeguamento delle somme assicurate e il Premio non è indicizzato.

8. Diritto di recesso

AVVERTENZA:

Il contratto è legato alla titolarità dei rapporti previsti dalle condizioni di polizza pertanto non prevede facoltà di recesso da parte dell'assicurato se non tramite disdetta di tali rapporti.

Parimenti la Compagnia di assicurazione non può recedere dal contratto con il singolo correntista, potendo esclusivamente recedere al termine della durata contrattuale dal contratto con la Banca.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto alla Legge Italiana.

11. Regime fiscale

Le aliquote di imposta applicate alle garanzie previste dalla presente Polizza sono pari al 2,50% e sono a carico del Contraente.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

AVVERTENZA:

La data di insorgenza del sinistro è quella in cui si è verificato l'Infortunio. Per la garanzia Indennizzo in caso di morte da Infortunio è la data del decesso; L'art. 10 "Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi" recita che "La denuncia infortunio che si presenti in modo da far prevedere il decesso od una gravissima infermità della persona assicurata, è da effettuare dagli aventi diritto con lettera raccomandata entro 30 giorni all'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno ed ora dell'evento e della cause che lo determinarono e deve essere corredata da certificato medico. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell' Assicurato e quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato avviso telegrafico alla Società, a cura degli aventi diritto.

L'art. 11 "criteri di indennizzabilità prevede che **“La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti**

L'art. 12 "Liquidazione" indica i criteri utilizzati dalla Compagnia per procedere al calcolo della liquidazione dovuta all'assicurato. Per gli aspetti in dettaglio si rimanda al capitolo citato.

13. Reclami

Eventuali reclami possono essere presentati alla Compagnia, all'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (ISVAP) e all'autorità irlandese competente (Financial Service Ombudsman's Bureau) secondo le disposizioni che seguono:

- Alla Compagnia

Vanno indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o della gestione dei sinistri.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

ZURICH INSURANCE plc
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione reclami
Via Benigno Crespi n.2320159 Milano
Fax numero: 022662.2243
E-mail: reclami@zurich.it.

I reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

La Compagnia ricevuto il reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.

- All'ISVAP

Vanno indirizzati i reclami:

- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi da essa incaricati;

- nei casi in cui l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo inoltrato alla Compagnia o in caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine di 45 giorni.
- I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

I.S.V.A.P.
Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo,
Servizio Tutela degli Utenti,
Via del Quirinale 21, 00187 Roma
Fax numero: 06/42.133.745/353

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere (per tali intendendosi le controversie tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro) è anche possibile, in alternativa alla presentazione del reclamo all'Isvap, rivolgersi direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei reclami sono contenute nel Regolamento 24 dell'ISVAP, che l'Assicurato può consultare sul sito www.isvap.it.

- All'autorità irlandese competente

I reclami che possono essere rivolti all'ISVAP possono anche essere indirizzati all'Autorità di Vigilanza del Paese di origine della Compagnia (Irlanda), e precisamente, secondo quanto da essa previsto, al

Financial Service Ombudsman's Bureau
3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Palace
Dublin 2

Modalità di reclamo e modulistica al sito: www.financialombudsman.ie

Il Financial Service Ombudsman's Bureau è un organismo indipendente e separato dalla Autorità di Vigilanza Irlandese (Irish Financial Regulator) ed è competente a trattare i reclami a servizi forniti dalle imprese di Assicurazione.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

14. Arbitrato

L'art. 17 "Controversie sulla natura e conseguenze delle lesioni" prevede l'apertura della procedura di arbitrato: **In caso di controversia sulla natura dell'evento o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente o sulla misura delle indennità e dei rimborsi, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, di decidere se sia dovuta l'indennità ed in quale misura a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.**

Il Collegio Medico risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

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

Limitatamente al caso di invalidità permanente è data facoltà al Collegio Medico, qualora ravvisi l'opportunità di rinviare la definitiva valutazione del danno, di liquidare all'Assicurato un anticipo sull'indennità, fermo restando che l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente dovrà avvenire comunque entro tre anni.

AVVERTENZA:

Rimane comunque ferma la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Zurich Insurance plc Rappresentanza per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale

Camillo Candia

Data ultimo aggiornamento: 17 Ottobre 2011

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato - Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione - Il contratto di Assicurazione.

Carenza (o termine d'aspettativa) – Il periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale la copertura assicurativa per le prestazioni indicate si intende inoperante.

Compagnia - La Società assicuratrice ovvero Zurich Insurance plc – Rappresentanza generale per l'Italia.

Contraente - Il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio e/o di altri soggetti.

Franchigia: L'importo prestabilito, in cifra fissa o in percentuale sulla somma assicurata, che, in caso di Sinistro, l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Compagnia non riconosce l'Indennizzo.

Frattura ossea - Rottura di un osso in genere conseguente a una causa lesiva che abbia agito più o meno (intensamente sul punto della frattura (diretta) o a distanza (indiretta); Sono parificate alle fratture ossee le fratture ossee incomplete (incrinature o infrazioni) e le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.

Indennizzo / Rimborso - La somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio - Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

Invalidità permanente - Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Ingessatura - Mezzo di contenzione, inamovibile da parte del paziente, tendente alla immobilizzazione della parte.

Intermediario assicurativo - La persona fisica o la società, iscritta nel registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Intervento chirurgico - Ogni intervento terapeutico o diagnostico mediante l'uso di strumenti chirurgici, diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica. **Le biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate Intervento chirurgico.**

Istituto di cura - Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di Ricovero o di Day Hospital. Non si considerano Istituto di cura gli stabilimenti termali, le case di Convalescenza e di soggiorno, nonché i centri benessere e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.

Malattia - Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio. **La gravidanza non è considerata Malattia.**

Malattia improvvisa - Ogni Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente stato patologico dell'Assicurato.

Malattia mentale - Ogni patologia mentale e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD – 10 del OMS).

Malformazione o Difetto fisico - Menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Medicina alternativa o complementare – Le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia e chiropratica).

Massimale – La somma rimborsabile dalla Compagnia per ogni Sinistro. Quando è specificato in Polizza che il Massimale è prestato per un periodo di Assicurazione, rappresenta l'obbligazione

massima a cui la Compagnia è tenuta per tutti i sinistri verificatisi durante lo stesso periodo di Assicurazione.

Nucleo assicurato - Il coniuge o convivente more uxorio, i figli conviventi fiscalmente a carico fino al 26° anno d'età

Periodo assicurativo - Il periodo di validità dell'Assicurazione; questo si intende stabilito nella durata di un anno.

Polizza - Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio - La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia quale corrispettivo per l'Assicurazione.

Questionario anamnestico - Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite debitamente sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della Polizza.

Ricovero - La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero improprio - La degenza, con o senza pernottamento, in Istituto di cura che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non venga praticata alcuna terapia riconducibile al quadro clinico stesso e/o vengano eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale.

Rischio - La probabilità che si verifichi il Sinistro.

Scoperto - La percentuale del danno liquidabile a termini di Polizza che, per ciascun Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro - Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'Assicurazione.

Territorio Italiano – Il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite da medici o presso Centri Medici da personale professionalmente abilitato, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattie, Infortuni o parto indennizzabili a termini di Polizza.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Contraente relative a circostanze 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. 2 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

ART.3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART.4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

ART.5 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART.6 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno un mese prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata di un anno e così successivamente

Per quanto concerne il rapporto con i correntisti, il correntista titolare della Infortuni base non potrà rinnovare l'adesione al contratto di assicurazione se non venissero mantenuti i rapporti posseduti. Parimenti la Compagnia non potrà rinnovare il contratto con il singolo correntista.

ART.7 - ONERI FISCALI

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

ART.8 - FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della Parte attrice, può essere quello dell'Autorità Giudiziaria competente per il luogo dove ha sede la Direzione della Compagnia, o l'Agenzia cui è assegnata la polizza o dove il Contraente ha la sua residenza.

ART.9 - ASSICURAZIONE STIPULATA INDIPENDENTEMENTE DA OGNI OBBLIGO DI LEGGE

La presente polizza è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge per l'assicurazione infortuni e malattia e rimarrà in vigore anche nel caso in cui tale obbligatorietà risultasse o fosse stabilita successivamente.

ART.10 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato di dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

ART.11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Nel testo con la parola "Società" viene designata la ZURICH INSURANCE PLC., con le parole "Istituto Contraente" la Spettabile Banca Valsabbina S.C.p.A., con la parola "Assicurato" il Cliente della Contraente.

ART.1 -OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE

Con la presente polizza si assicurano contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali i clienti dell'Istituto medesimo, intestatari e/o possessori tutti dei seguenti rapporti in lire italiane e/o valuta:

1. c/c attivi e/o passivi;
2. libretti di deposito a risparmio nominativi;
3. prestiti e/o mutui ipotecari e/o chirografari;
4. prestiti artigiani;
5. prestiti agrari;
6. prestiti e/o mutui erogati dall'Istituto Contraente con fondi di terzi in amministrazione;
7. crediti personali.

Per i rapporti di cui ai precedenti numeri 1,2,3,4,5,6,7, l'assicurazione viene posta in essere nei confronti di tutti i clienti, salvo i casi di espressa disdetta da parte dei titolari.

Si identificano nelle operazioni sopra descritte quelle che sono tali contabilizzate dall'Istituto Contraente:

L'Assicurazione sarà operante a favore:

- delle persone fisiche intestatarie e/o contestatarie dei rapporti nominativi. Si intendono persone fisiche anche i titolari di ditte individuali che siano intestatarie dei rapporti nominativi;
- delle persone fisiche partecipanti in qualità di Soci a Società di fatto e a Società semplici al nome delle quali Società siano intestati i rapporti nominativi.

Nel caso coesistano più rapporti, debitori e/o creditori, nominativi, gli assicurati beneficeranno della copertura assicurativa di cui alla presente polizza, in modo autonomo e distinto per ciascun rapporto. .

Per i rapporti in valuta estera resta convenuto tra le Parti che sia per il pagamento del premio di

assicurazione che per la eventuale liquidazione di un danno, l'Istituto Contraente comunicherà alla Società il controvalore in Euro al cambio ufficiale rispettivamente alla fine di ciascuna annualità assicurativa e nelle 24 ore precedenti l'evento.

ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATIVE

1- GARANZIA "BASE"

L'assicurazione viene prestata nel caso di:

- I. Morte che sopravvenga non oltre due anni da quello in cui si è verificato l'evento;
- II. Invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% con l'intesa che le invalidità pari o superiori al 60% come stabilito dal successivo articolo 08 sono parificate, agli effetti della liquidazione del danno, ad invalidità del 100%.

Il capitale assicurato è pari:

- Per i conti creditori che nei 60 giorni precedenti l'evento sono stati sempre tali: alla media dei saldi in linea capitali risultanti dalle evidenze contabili dell'Istituto Contraente nei 60 giorni antecedenti il giorno dell'infortunio o del minor numero di giorni dall'apertura del conto corrente;
- Per i conti creditori che nei 60 giorni precedenti l'evento hanno presentato saldi alternati (creditori o debitori): la media sarà calcolata sull'ultima serie continua di saldi creditori;
- Per i conti debitori: al saldo in linea capitali del conto risultante dalle evidenze contabili dell'Istituto Contraente il giorno precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio;
- Per i rapporti di cui ai punti 3,4,5,6, del precedente art.01: all'esposizione in linea capitali risultante dalle evidenze contabili dell'Istituto Contraente, il giorno precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio.

Salvo in ogni caso la prassi contabile in uso presso l'Istituto Contraente, i saldi contabili del giorno precedente a quello dell'infortunio saranno modificati dalla registrazione delle eventuali operazioni già iniziate o disposte anteriormente presso l'Istituto Contraente, a credito o a debito del Cliente ma ancora non registrate. Anche le operazioni, a credito o a debito del cliente già iniziate o disposte. anteriormente non direttamente presso l'Istituto Contraente verranno pure registrate a modificazione dei saldi contabili alla condizione che l'Istituto Contraente fornisca la prova che le operazioni medesime siano state effettuate entro il termine del giorno precedente a quello dell'infortunio.

Si conviene inoltre:

- a) Il capitale assicurato e quindi l'indennizzo da parte della Società non potrà eccedere l'importo di Eur. 103.291,00 quando sia in essere un solo rapporto di cui al precedente art.01;
- b) Nel caso in cui il conto sia intestato a più persone fisiche, Società di fatto o Società semplici e se il saldo creditore, la somma assicurata è ridotta in proporzione al numero dei cointestatari o dei soci. Non subisce riduzioni se il saldo è debitore.
- c) Qualora l'infortunato risulti intestatario solo o con altri di più conti, anche indirettamente quale Socio delle Società titolari a loro volta di uno o più conti, di cui al precedente art.01 la somma assicurata sarà pari

alla somma dei saldi dei singoli conti esclusa ogni compensazione, ma l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di Eur. 103.291,00;

- d) Viene comunque garantito un capitale di Eur. 2.582,00 qualora il saldo del conto non dovesse raggiungere tale somma;
- e) In caso di morte o di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale di entrambi i genitori, di cui almeno uno sia titolare di "conti o rapporti o depositi amministrati", di cui all'art.01, in conseguenza dello stesso infortunio ai sensi di polizza, verrà riconosciuto ai figli minori o maggiori se studenti un ulteriore indennizzo di Eur. 5.000,00;
- f) In caso di sinistro che coinvolge contemporaneamente più assicurati, la Società corrisponderà una indennità massima non superiore a Eur. 1.549.371,00=. Gli indennizzi dovuti ai singoli infortunati saranno ridotti proporzionalmente in relazione alla entità dei rapporti dei singoli assicurati.

2- GARANZIA "PLUS"

In aggiunta alle prestazioni di cui alla garanzia "1- garanzia BASE" sopra indicata vengono erogate le seguenti prestazioni :

I. Diaria surrogatoria SSN

La Compagnia corrisponde una indennità di **Eur 50=** a partire dal 4° giorno per ogni giorno di ricovero (con pernottamento) con o senza intervento chirurgico reso necessario da infortunio in Istituto di Cura, con il massimo di 30 giorni per sinistro e un periodo massimo di gg. 100 per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a carico dell'assistenza sanitaria sociale.

La degenza in Day Hospital non è soggetta alla presente indennità.

II. Rimborso spese per ricovero con intervento chirurgico (con pernottamento) reso necessario da infortunio effettuato in Istituto di Cura :

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistenza, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento;
- materiali di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali, cure omeopatiche e per esami post intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- le rette di degenza,
- il trasporto dell'Assicurato presso gli Istituti di Cura per il ricovero, con il limite massimo di Eur 1.500= per persona e per evento;

Massimale per le sopraindicate prestazioni:

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata, fatti salvi i sottolimiti previsti per specifiche garanzie aggiuntive, fino alla concorrenza di **Eur 10.000.=** intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 1.000 per ogni sinistro che resterà a carico dell'assicurato.

ART.3 -DECORRENZA

L'Assicurazione prende effetto:

- Dalle ore 24.00 del giorno 19/03/2006 per tutti i rapporti nominativi esistenti a quella data e rientranti in quelli previsti dall'Art. 01;
- Dalle ore 24 del giorno dell'accensione dei nuovi rapporti nominativi;

ART.4 -DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

Sono considerati infortuni gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna, che producano lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente.

L'assicurazione vale per gli infortuni come sopra indicati che l'assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali o nello svolgimento di ogni altra attività non professionale salvo le esclusioni di cui all'Art. 05 punto b).

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

ART.5 -DELIMITAZIONE DELL' ASSICURAZIONE

A) RISCHI COMPRESI

Premesso che è compreso in garanzia, semprechè non esplicitamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di infortunio, è convenuto che la copertura è altresì operante per gli infortuni:

- Derivanti dall'uso e/o dalla guida di automotoveicoli e di natanti da diporto semprechè l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore.
- Subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero di aerei come indicato nell'Art.25 (rischio volo);
- Sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purchè non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- Subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- Conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- Derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario.

Sono anche considerati infortuni:

- L'asfissia non di origine morbosa;
- Gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;

- Le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- L'annegamento;
- Le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie (fatta eccezione per quelle addominali da sforzo) e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- Le ernie addominali da sforzo. In tale evenienza:
 - se si determina ernia operabile, nessuna indennità verrà corrisposta;
 - nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo il parere medico, verrà corrisposta una indennità, a titoloni invalidità permanente, non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente assoluta;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico.

La garanzia ha effetto dalla data d'inizio della polizza sempreché, all'atto del perfezionamento di quest'ultima, l'Assicurato abbia presentato un certificato medico che escluda l'esistenza di detta infermità. In mancanza del certificato la garanzia medesima sarà invece operante dopo un periodo di carenza di 180 giorni.

Nel caso la polizza sia stata emessa in sostituzione -senza soluzione di continuità- di altra riflettente la garanzia di cui sopra, il termine di 180 giorni, in assenza della citata documentazione medica, ha effetto:

dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e le prestazioni dalla stessa previste;

dalla data di decorrenza della presente polizza limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da questa previste;

- Le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia;
- La folgorazione;
- I colpi di sole o di calore;
- L'assideramento o il congelamento;

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Detta assicurazione è estesa, in conformità alle condizioni contrattuali, ai rischi di volo. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

B) RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- Dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- Dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili), salvo quanto disposto al successivo art.25 ("Rischio Volo");
- Dalla pratica 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 30 grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 30 comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing);
- Dalla partecipazione a competizioni -o relative prove- sciistiche, ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- Da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- Da proprie azioni delittuose o da partecipazioni di imprese temerarie;
- Da guerra, insurrezioni;
- Da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- Da trasformazioni o assestamenti energetici dell' atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di parcelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine accelerati ci, raggi x, ecc.).

Sono altresì escluse dall'assicurazione le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

Non sono considerati Infortuni:

- Le ernie, eccezion fatta per quelle addominali da sforzo;
- Gli avvelenamenti, salvo quanto previsto al precedente punto A) e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- Gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- Quelli subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo di mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale.

ART.6 -PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Qualora restino in garanzia persone di oltre 75 anni, l'indennizzo verrà ridotto al 50% con il massimo di Eur. 25.823,00 per anno o per evento e la garanzia opererà per il solo caso di morte.

Restano comunque escluse dall'assicurazione le persone affette da invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, valutato con riferimento ad un soggetto di integrità fisica e di salute normali.

Qualora nel corso di un periodo annuale di assicurazione si verifici per l'Assicurato una delle condizioni suindicate, agli effetti della presente polizza si avrà:

- a) Nel caso di raggiungimento del settantacinquesimo anno di età: l'assicurazione resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo, semestrale o annuale in corso;
- b) Nel caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% (ovviamente non dovuta ad infortunio indennizzabile ai sensi della presente polizza), l'assicurazione d'invalidità verrà immediatamente a cessare salvo quanto previsto per il caso morte. Resta tuttavia escluso qualsiasi preventivo accertamento anche da parte della Società Assicuratrice sulla esistenza delle sopraindicate limitazioni.
- c) Non sono inoltre assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossico dipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

ART. 7 -ASSICURATI DI ETA' INFERIORE AI 18 ANNI

Si conviene che per i titolari e/o portatori di vari conti e/o libretti di deposito a risparmio con o senza vincolo minorile fino all'età di 18 anni, l'assicurazione è prestata per il solo caso di invalidità permanente avente percentuale pari o superiore al 25% con l'intesa che le invalidità pari o superiori al 25% come stabilito dal successivo articolo 8 sono parificate, agli effetti della liquidazione del danno, ad invalidità del 100%.

Al compimento del 18° anno, l'assicurazione di cui sopra sarà convertita nella normale assicurazione come per tutti gli altri titolari e/o portatori di conti e/o libretti di deposito a risparmio.

ART.8 INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifici entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, l'indennità, calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali e le disposizioni seguenti:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

	<u>destro</u>	<u>sinistro</u>
• Un arto superiore	70%	60%
• Una mano o un avambraccio	60%	50%
• Un pollice	18%	16%
• Un indice	14%	12%
• Un medio	8%	6%
• Un anulare	8%	6%
• Un mignolo	12%	10%
• La falange ungueale del pollice	9%	8%
• Una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
• Anchilosi dello scapolo omerale con arto in posizione Favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
• Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
• Anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%

• Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
• Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
• Amputazione di arto inferiore al di sopra della metà della coscia		70%
• Amputazione di arto inferiore al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60%
• Amputazione di arto inferiore al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
• Un piede		40%
• Ambedue i piedi		100%
• Un alluce		5%
• Un altro dito del piede		1 %
• La falange ungueale dell'alluce		2,5%
• Anchilosi dell'anca in posizione favorevole		35%
• Anchilosi del ginocchio in estensione		25%
• Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica		15%
• Paralisi completa dello sciatico popliteo esterno		15%
• Un occhio		25%
• Ambedue gli occhi		100%
• Sordità completa di un orecchio		10%
• Sordità completa di entrambi gli orecchi		40%
• Stenosi nasale assoluta monolaterale		4%
• Stenosi nasale assoluta bilaterale		10%
• Esiti di frattura scomposta di una costa		1%
• Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
-una vertebra cervicale		12%
-una vertebra dorsale		5%
-12° dorsale		10%
-una vertebra lombare		10%
• Esiti di frattura di un metamero sacrale		3%
• Esiti di frattura di metamero coccigeo con callo deforme		5%
• Postumi di trauma discorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazioni dei movimenti del capo e del collo		2%
• Perdita anatomica di un rene		15%
• Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive, si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell' eventuale possibilità di applicazione dei presidi correttivi. Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. 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 d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

Per l'Assicurato mancino, le percentuali suesposte per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

ART.9 -LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero, esclusi i territori trovatisi in stato di guerra dichiarata o non dichiarata.

L'eventuale indennizzo verrà, in ogni caso, liquidato in valuta italiana.

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

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

ART.10 -DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia infortunio che si presenti in modo da far prevedere il decesso od una gravissima infermità della persona assicurata, è da effettuare dagli aventi diritto con lettera raccomandata entro 30 giorni all'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno ed ora dell'evento e della cause che lo determinarono e deve essere corredata da certificato medico. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell' Assicurato e quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato avviso telegrafico alla Società, a cura degli aventi diritto.

Per il caso di morte dovrà essere prodotta la seguente documentazione:

- accertamento in ordine alle modalità del fatto. Qualora le circostanze del sinistro non fossero chiarite, nonostante tali accertamenti, si dovranno attendere le conclusioni a cui perverrà l'Autorità Inquirente;
- certificato di morte;
- copia cartella clinica o, nel caso in cui non vi sia stato ricovero, certificato medico attestante le cause della morte;
- patente di guida se il decesso è avvenuto mentre l'Assicurato conduceva un veicolo per il quale è previsto certificato di abilitazione alla guida;
- referto autoptico o, in mancanza nulla osta al seppellimento
- dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio contenente le seguenti precisazioni: indicazione degli eredi, e che tra l'assicurato ed il coniuge non è intervenuta sentenza di separazione o divorzio passata in giudicato.

ART.11 -CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti fatto salvo quanto previsto dal precedente art.06.

ART.12 -LIQUIDAZIONE

La Società procederà al pagamento dell'indennizzo determinato a norma dell' art. 2 come segue:

In caso di morte:

- a) Per i rapporti attivi, cioè a credito dei clienti, l'indennizzo verrà versato dalla Società agli eredi legittimi e/o testamentari delle persone fisiche decedute ed assicurate ai sensi- dell' art.10;
- b) Per i rapporti passivi, cioè a debito del cliente, l'indennizzo sarà versato all'Istituto Contraente, che lo accrediterà sul conto dell' Assicurato, a scarico per conto di coloro che saranno tenuti al pagamento.

In caso di invalidità permanente:

- a) Per i rapporti attivi, cioè a credito del cliente, l'indennizzo verrà versato dalla Società alle persone fisiche colpite da invalidità ed assicurate ai sensi dell'art.01.
- b) Per i rapporti passivi, cioè a debito del cliente, l'indennizzo spetterà all'Istituto Contraente che accrediterà correlativamente le partite in forza delle quali le persone fisiche sono assicurate, lasciando l'eventuale eccedenza a disposizione delle stesse persone fisiche colpite da invalidità.

Qualora l'assicurato sia titolare contemporaneamente di rapporti attivi e passivi e il capitale assicurato sia inferiore alla somma di questi, l'indennizzo verrà liquidato in proporzione secondo la seguente formula :

Rapporti passivi: $A \times M / (A+B)$

Rapporti attivi : $B \times M / (A+B)$

Dove :

A = ammontare rapporti passivi

B = ammontare rapporti attivi

M = massimale di polizza

In ogni caso per quanto riguarda gli indennizzi che la Società sarà tenuta a versare all'Istituto Contraente relativamente ai rapporti passivi, cioè a debito del cliente, resta inteso che l'Istituto Contraente accrediterà le rispettive partite limitatamente ai saldi e/o esposizioni in linea capitale risultanti il giorno precedente quello dell'infortunio così come precisato all'art.02.

Relativamente agli indennizzi che la Società sarà tenuta a versare alla Banca Valsabbina S.C.p.A. per i rapporti passivi, cioè a debito del cliente, e nel limite degli esborsi massimi di polizza, la Banca Valsabbina S.C.p.A. si riserva di richiedere il pagamento alla Società una volta adempiuto al disposto di cui agli art. 10, 14 e 21 delle Condizioni di Assicurazione, senza fornire alcuna altra documentazione.

Rimane inteso che, qualora la Banca Valsabbina S.C.p.A. si sia avvalsa di questa facoltà, la stessa si impegna a sollevare e manlevare la Società da ogni e qualsiasi pretesa avanzata da chiunque ritenesse di contestare la fondatezza della destinazione del pagamento così eseguito, sia per quanto riguarda i soggetti beneficiari, sia per quanto riguarda l'imputazione dell'indennità.

Pertanto la Banca Valsabbina S.C.p.A. si obbliga a rimborsare a Zurich Insurance plc, su una semplice domanda, gli importi che a quest'ultima fossero richiesti da chicchessia per lo stesso infortunio.

L'indennità viene pagata entro 30 giorni dalla data in cui la Società ha ricevuto la necessaria documentazione prevista dalla polizza per la liquidazione del sinistro, semprechè siano trascorsi trenta giorni dalla data di denuncia del sinistro stesso e non sia stata fatto opposizione.

Se il pagamento è impedito a norma di legge da un atto notificato alla Società in qualunque momento, oppure dal fatto che la Contraente non è in grado, per qualunque motivo, di dare validamente quietanza a carico della Società, non decorrono interessi a partire dalla data del fatto impeditivo.

La Società ha la facoltà di depositare, con pieno effetto liberatorio, l'importo dell'indennità dovuta presso la Cassa Depositi e Prestiti o presso un Istituto di Credito a nome della Contraente e/o dell'Assicurato.

Le spese di quietanza sono a carico della Contraente.

Nel caso di esistenza di un saldo creditore, sono peraltro esclusi dalla garanzia gli infortuni occorsi, all'esterno dei locali della banca a seguito di aggressioni o di atti violenti subiti da persone che al momento dell'infortunio si trovino in una delle seguenti posizioni:

- a) Siano sottoposte alle indagini preliminari, ovvero siano imputate o condannate -anche con provvedimento non irrevocabile- per uno o più delitti contro la persona e contro il patrimonio (titoli XII e XIII del libro 2° del codice penale);
- b) Siano sottoposte alle indagini preliminari ovvero siano imputate o condannate -anche con provvedimento non irrevocabile- per reati di associazione di tipo mafioso ovvero di associazione per delinquere finalizzata alla commissione di uno o più delitti tra quelli previsti dagli articoli 71,72 e 73 della legge 22 dicembre 1975 n. 685 (disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope), nel testo attualmente in vigore;
- c) Siano sottoposte, per uno dei reati di cui ai punti a) e b) che precedono, ad una misura cautelare di sicurezza ovvero ad una sanzione penale o amministrativa sostitutiva della pena detentiva.

ART.13 -CUMULO DI INDENNITA'

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

ART. 14 -INDIVIDUAZIONE DEI RAPPORTI ASSICURATIVI

Per la validità delle coperture assicurative dei vari rapporti, l'Istituto Contraente effettuerà una speciale codificazione dei rapporti stessi in maniera che il centro elettro contabile dell'Istituto possa in ogni momento individuarli.

ART. 15 -RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Società dichiara di rinunciare a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, all'azione di surroga che possa competere per l'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 16-ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la validità delle garanzie fornite dalla Società a favore degli Assicurati non è infirmata dalla contemporanea esistenza di altre assicurazioni contro gli infortuni con la Società sottoscritta e con altre.

La Società dispensa l'Istituto Contraente e gli Assicurati delle comunicazioni di cui all'art.1910 del C.C.

ART. 17 -CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di controversia sulla natura dell'evento o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente o sulla misura delle indennità e dei rimborsi, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, di decidere se sia dovuta l'indennità ed in quale misura a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

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

Limitatamente al caso di invalidità permanente è data facoltà al Collegio Medico, qualora ravvisi l'opportunità di rinviare la definitiva valutazione del danno, di liquidare all'Assicurato un anticipo sull'indennità, fermo restando che l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente dovrà avvenire comunque entro tre anni.

ART. 18 -COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia diversa da quella prevista dall'articolo precedente è competente esclusivamente, a scelta della parte attrice, l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede la Società ovvero di quello dove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

ART. 19 -FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELL'ISTITUTO CONTRAENTE O DELL' ASSICURATO O DEGLI AVENTI DIRITTO ALLA SOCIETA'

Tutte le comunicazioni alle quali l'Istituto Contraente o l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti, devono essere fatte, perché siano valide, con lettera raccomandata alla Direzione della Società oppure all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza.

ART. 20 -IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

L'Istituto è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia alla Società delle generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento alle risultanze dei registri o delle schede dell'Istituto Contraente oltre che delle elaborazioni del centro elettro contabile dell'Istituto stesso.

In caso di sinistro, pertanto, l'Istituto Contraente rilascerà, su richiesta della Società, una certificazione attestante gli elementi necessari per la liquidazione.

ART. 21-ASSICURAZIONE STIPULATO PER CONTO ALTRUI

L'Istituto Contraente stipula la presente polizza nell'interesse dei propri clienti, restando esonerato da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine alla esecuzione del presente contratto per i rapporti sorgenti tra Assicurati e Società.

ART.22-IMPOSTA E DIRITTI

Le spese di bollo, imposte e diritti dipendenti dalla presente assicurazione sono a carico dell'Istituto Contraente o dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

ART. 23 -VIAGGI AEREI

Sono compresi in garanzia gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei che venissero da lui effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni. La garanzia non si estende all'eventuale assicurazione complementare infortuni dei quali sia civilmente responsabile il Contraente.

La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è disceso.

Questa assicurazione vale per i casi di morte, di invalidità permanente e di inabilità temporanea, per somme uguali a quelle assicurate con la presente polizza, e per i rischi dalla stessa previsti, restando inteso che le somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente o dall'Assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative non potrà superare i capitali per persona di:

- Eur. 1.032.914,00 per il caso morte;
- Eur. 1.032.914,00 per il caso di Invalidità Permanente totale;

e complessivamente per aeromobile di:

- Eur. 5.164.569,00 per il caso morte;
- Eur. 5.164.569,00 per il caso di Invalidità Permanente totale.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dallo stesso Contraente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

ART.24- FACOLTA' DI RECESSO

Le Presente polizza è stipulata per la durata di un anno e quindi non prevede possibilità di recesso.

ART. 25 –DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto è stipulato per la durata di anni 3 e cioè dalle ore 24.00 del 31.12.2011 alle ore 24.00 del 31.12.2014 ed in mancanza di disdetta da una delle Parti Contraente con lettera raccomandata entro un mese dalla scadenza, verrà tacitamente rinnovato per un anno e così successivamente.