

CONVENZIONE CARTE DI PAGAMENTO

N° 540/53/100007 E N° 540/25/100121

(USO FRAUDOLENTO DI CARTE DI PAGAMENTO + GARANZIA INFORTUNI TITOLARI CARTE DI PAGAMENTO)
**SOTTOSCRITTA TRA ASSIMOCO S.p.A. e CASSA CENTRALE BANCA – CREDITO COOPERATIVO
DEL NORD-EST S.p.A.**

ESTRATTO DELLE GARANZIE

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

- Assicurato:** Il correntista – o suo familiare convivente – Titolare della Carta di Credito o Carta di Debito o Carta Multifunzione o Carta in Cooperazione ovvero il Titolare della Carta Prepagata il cui interesse è protetto dall'assicurazione, e, relativamente alla sola Sezione IV (omissis) , l'Istituto aderente alla presente Convenzione che eroga i servizi relativi alle Carte;
- Assicurazione:** il presente contratto di assicurazione;
- Beneficiario:** gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte;
- Beni:** qualsiasi tipo di beni o servizi acquistati con l'uso della Carta;
- Carta/e:** ciascuna e congiuntamente, l'insieme delle carte di credito emesse da CartaSi, Amexco o Diners sulla base di accordi con Cassa Centrale Banca – Credito Cooperativo del Nord Est S.p.A. o con l'Istituto aderente e delle carte di debito, Carte Multifunzione, Carte in Cooperazione, Carte Prepagate emesse da Cassa Centrale Banca – Credito Cooperativo del Nord Est S.p.A. o dall'Istituto aderente. L'inserimento di nuove tipologie di carte avverrà dopo averne fatta comunicazione ed aver ricevuto benestare dalla Compagnia che s'impegna a fornire riscontro entro 15 gg dal ricevimento di tutta la documentazione eventualmente richiesta;
- Carte di credito:** tessere ("plastiche") utilizzate per l'acquisto di beni o servizi che genera per l'utente un addebito in tempo differito (Visa, Mastercard, American Express, Diners);
- Carte di debito e/o Carte Multifunzione:** tessere ("plastiche") abilitate sia ai circuiti nazionali che a quelli internazionali utilizzate per il prelievo di denaro contante e per l'acquisto di beni o servizi mediante POS (Point Of Sale) della Banca emittente o di altre Banche (Bancomat, Pagobancomat, Fastpay, Cirrus, Eurocheque, Maestro) che generano per l'utente un addebito immediato sul proprio conto corrente;
- Carte in Cooperazione:** tessere ("plastiche") emesse da "Famiglie Cooperative" che supportano la funzione di carta di debito abbinando alla stessa una serie di servizi legati alle cooperative aderenti al progetto;
- Carte prepagate:** carte di pagamento con un credito a scalare già caricato sulla Carta, non vincolate ad un conto corrente di appoggio e che possono anche non essere nominative;
- Cash trapping:** truffa perpetrata ai danni del titolare della carta assicurate effettuata tramite



“forchetta” posta nell’erogatore dell’ATM al fine di trattenere il denaro già erogato dall’ATM stesso a fronte di una transazione correttamente eseguita/conclusa;

Cassa Centrale Banca:	Cassa Centrale Banca– Credito Cooperativo del Nord-Est S.p.A.;
Clonazione:	riproduzione fraudolenta della Carta effettuata all’insaputa del titolare;
Contraente:	della Convenzione: la CASSA CENTRALE BANCA – CREDITO COOPERATIVO DEL NORD-EST S.p.A.; dei Certificati di Assicurazione: l’Istituto aderente alla presente Convenzione;
Contraffazione:	alterazione delle caratteristiche fisiche della Carta modificandone i dati riportati in rilievo;
Franchigia:	la somma che per ogni sinistro, liquidabile a termini di Polizza, rimane a carico dell’Assicurato o del Contraente, secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
Furto:	sottrazione di cose mobili altrui al fine di trarne profitto per se o per gli altri;
Furto con destrezza:	sottrazione di cose con speciale abilità personale in modo da eludere l’attenzione del derubato o di altre persone presenti; tale speciale abilità può esercitarsi con agilità e sveltezza di mano su cose che siano indosso od a portata di mano del derubato, eludendo l’attenzione di lui presente e normalmente vigilante;
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
infortunio:	l’evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente;
Invalidità permanente:	l’incapacità fisica definitiva ed irrimediabile dell’Assicurato a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata;
Istituto di Cura:	Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all’erogazione dell’assistenza ospedaliera; non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura: le case di cura per convalescenza, lungo degenza, soggiorno per anziani, le strutture aventi prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche, gli stabilimenti termali;
Parti:	Il Contraente e la Società;
Polizza:	il documento che prova l’assicurazione;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
Rapina:	sottrazione di cose mediante violenza alla persona o minaccia;
Ricovero:	la degenza in un istituto di cura che comporti pernottamento;



Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
Scippo:	il furto strappando la cosa dalla mano o di dosso alla persona che la detiene;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Smarrimento:	perdita accidentale;
Società:	Assimoco S.p.A.;
Stabilimenti:	sedi, succursali, delegazioni, filiali, agenzie e subagenzie ed in genere qualsiasi recapito anche se costituito dalla sola cassaforte adibita a servizio di cassa continua, dispensatore di denaro o similare, o sportello, ovunque ubicato, anche occasionalmente o presso terzi, attraverso i quali il Contraente esercita la propria attività;
Terzi:	coloro che non siano: a) il coniuge, i genitori, i figli del Titolare nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente, se il Titolare è persona fisica; b) il legale rappresentante, il socio a responsabilità limitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui al punto a), se il Titolare non è una persona fisica; c) le persone che sono in rapporto, anche occasionale, di dipendenza con il Titolare, eventuali subappaltatori e loro dipendenti, nonché tutti coloro che indipendentemente dall'esistenza di un qualsiasi rapporto con il Titolare, partecipino manualmente all'attività dichiarata in Polizza; d) le società le quali rispetto al Titolare, che non sia persona fisica, siano qualificabili come controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 del codice civile, nel testo di cui alla legge 7 giugno 1974 n.216, nonché gli amministratori delle medesime.
Titolare:	il soggetto cui è intestato il conto corrente sul quale è appoggiata la Carta di Credito, di Debito, in Cooperazione o Multifunzione o il soggetto cui è intestata la Carta Prepagata.

Premesso che l'Istituto aderente può distribuire ai propri clienti le seguenti tipologie di Carte, contrassegnate o con il proprio codice ABI o con il codice ABI 03599 di Cassa Centrale Banca:

BANCOMAT CIRCUITO INTERNAZIONALE (Carte Cirrus/Maestro);

BANCOMAT CIRCUITO NAZIONALE;

CARTE IN COOPERAZIONE (Circuito Nazionale);

CARTE PREPAGATE;

CARTE DI CREDITO (che possono essere emesse da CartaSi, Amexco o Diners sulla base di accordi con Cassa Centrale Banca – Credito Cooperativo del Nord Est S.p.A. o con l'Istituto aderente;

la Società, alle condizioni che seguono, assicura il risarcimento dei danni materiali e diretti subiti dall'Assicurato, in conseguenza degli eventi previsti nelle seguenti SEZIONI:



SEZIONE	I -	FURTO E RAPINA DEL DENARO
SEZIONE	II -	FURTO E RAPINA DEI BENI ACQUISTATI
SEZIONE	III-	FRODE DI TERZI
SEZIONE	IV -	(OMISSIS)
SEZIONE	V -	INFORTUNI

Per tutte le SEZIONI della polizza la somma complessivamente assicurata è quella sotto indicata e rappresenta il massimo indennizzo che la Società potrà essere tenuta a pagare qualunque sia il numero e l'ammontare dei sinistri che colpissero le Carte nel corso dell'annualità assicurativa in una o più delle sue SEZIONI.

La presente assicurazione è prestata senza applicazione della regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Codice Civile.

AVVERTENZA

Per l'esatta individuazione della tipologia di Carte assicurate l'Assicurato deve rivolgersi al proprio Istituto di Credito

SOMMA ASSICURATA SEZIONI I-II-III-IV

Per il complesso degli istituti aderenti alla Convenzione

- 1) € 100.000,00 relativamente a tutti i sinistri di Cash-Trapping.

Per l'Istituto aderente

- 1) € 200.000,00 (duecentomila/00) fino a 7.500 carte assicurate;
- 2) € 300.000,00 (trecentomila/00) oltre 7.500 carte assicurate;
- 3) € 10.000,00 (diecimila/00) per il complesso dei sinistri di Cash-Trapping.

Per ogni Titolare di carta € 31.000,00 (trentunomila/00) con i seguenti sottolimiti per garanzia:

SEZIONE I Furto e Rapina del Denaro € 2.500,00 con i limiti di

- 1) 500,00 per evento, per la rapina e lo scippo per il prelievo di denaro contante effettuato in Italia;
- 2) 250,00 per evento, per la rapina e lo scippo per il prelievo di denaro contante effettuato all'Estero;
- 3) 1.550,00 per evento, per la rapina e lo scippo per il prelievo del denaro contante tramite "bancomat aziendale";

SEZIONE II Furto e Rapina dei beni acquistati € 600,00 per evento;

SEZIONE III Frode di terzi € 21.000,00 con i limiti di €:

- 1) 21.000,00 per Titolare e anno assicurativo per l'uso fraudolento di terzi a seguito di smarrimento o sottrazione;
- 2) 5.000,00 per sinistro e anno assicurativo per l'uso fraudolento a seguito di



- 3) duplicazione e clonazione;
1.000,00 per carta, per sinistro e per anno per Cash-Trapping;
- 4) 500,00 giornaliero per l'uso fraudolento di terzi di Carte in Cooperazione a seguito di smarrimento o sottrazione, duplicazione o clonazione, per operazioni CON inserimento del codice PIN;
- 5) 80,00 giornaliero per l'uso fraudolento di terzi di Carte in Cooperazione a seguito di smarrimento o sottrazione, duplicazione o clonazione, per operazioni SENZA inserimento del codice PIN;

SEZIONE IV (OMISSIS).**SOMMA ASSICURATA SEZIONE V**

Ciascuna persona si intende assicurata per:

- 6) € 26.000,00 caso Morte;
7) € 26.000,00 caso Invalidità Permanente;
8) € 550,00 Rimborso spese mediche.

DETERMINAZIONE, CALCOLO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

I premi annui lordi per ciascuna Carta sono stabiliti in:

a) Garanzie obbligatorie

OMISSIS

b) Garanzie facoltative

OMISSIS

SEZIONE I – FURTO E RAPINA DEL DENARO

La Società si obbliga a indennizzare l'Assicurato dei danni materiali e diretti riguardanti Valori a Lui derivanti dalla perdita del denaro, purché tale perdita sia conseguente a furto in seguito ad infortunio od improvviso malore dell'Assicurato stesso, a furto commesso con destrezza limitatamente al caso in cui l'Assicurato ha indosso od a portata di mano il denaro medesimo, scippo e rapina.

La garanzia vale dal momento del prelevamento da qualsiasi dispensatore automatico e termina 24 ore dopo il prelevamento stesso.

SEZIONE II- FURTO E RAPINA DEI BENI ACQUISTATI

La Società si obbliga a indennizzare l'Assicurato dei danni materiali e diretti riguardanti beni acquistati con l'utilizzo della carta assicurata a Lui derivanti a seguito di furto, rapina e scippo avvenuto dopo l'acquisto dei beni stessi.

La garanzia inizia al momento del pagamento dei beni acquistati e termina 24 ore dopo l'acquisto stesso.

Il furto dei beni lasciati incustoditi a bordo di veicoli a motore è compreso nell'assicurazione solo se avvenuto congiuntamente al furto dei veicoli stessi.

SEZIONE III- FRODE DI TERZI

La Società si obbliga a indennizzare i danni materiali e diretti derivanti all'Assicurato in conseguenza dell'uso fraudolento della carta da parte di Terzi a seguito di furto, rapina, scippo e smarrimento nonché clonazione, contraffazione. Si precisa che si intende compresa la clonazione a seguito di utilizzo fraudolento dei dati della carta ottenuti attraverso reti informatiche (internet) utilizzate per l'acquisto di beni e/o servizi attraverso tali reti.

La Società si obbliga inoltre a indennizzare i danni materiali e diretti derivanti all'Assicurato in conseguenza di Cash Trapping. Ai fine della validità della garanzia l'erogazione del denaro deve essere documentata.

LIMITI TEMPORALI DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia della presente Sezione decorre dal momento dell'evento (furto, smarrimento o duplicazione/clonazione) e termina il 120° giorno successivo.

La garanzia viene inoltre a cessare, anche prima del 120° giorno, dal momento in cui in base al regolamento della singola carta, cessano di far carico al singolo titolare le conseguenze pregiudizievoli connesse con l'uso fraudolento della carta smarrita, sottratta o duplicata/clonata.

Ove fosse previsto dai singoli contratti e dalle eventuali successive variazioni che l'Assicurato/Utente di carta sia responsabile anche dopo la denuncia all'autorità Giudiziaria, la garanzia della presente polizza si intenderà operante sempre e comunque nell'ambito dei 120 giorni dall'evento. Se detta data non fosse nota, il primo giorno di garanzia verrà fissato il giorno in cui si è verificato l'evento dannoso.

Se l'Istituto aderente informa l'Assicurato dell'uso fraudolento della carta da parte di terzi, egli è obbligato a presentare regolare denuncia presso l'Autorità Giudiziaria pena l'immediata cessazione della garanzia.

SCOPERTO E FRANCHIGIE

Relativamente alle garanzie sottrazione (furto, rapina, scippo) e smarrimento della Sezione III – FRODE DI TERZI la Società corrisponderà all'Assicurato la somma liquidata a termini di polizza, sotto deduzione di una franchigia assoluta pari ad € 150,00. Tale importo resterà sempre a carico esclusivo dell'Assicurato stesso o dell'Istituto aderente secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

SEZIONE IV – (OMISSIS)

OMISSIS

LIMITI TEMPORALI DELL'ASSICURAZIONE

OMISSIS

SEZIONE V - INFORTUNI

L'assicurazione è automaticamente prestata per gli infortuni subiti dai titolari di carte di credito/debito, indicate in polizza/convenzione ed assicurate dall'Istituto aderente così come risultanti dal Certificato di assicurazione, ed occorsi in conseguenza degli eventi descritti alle Sezioni I e Sezione II.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLE SEZIONI I, II, III E IV

ART. 1 ESCLUSIONI

Sono esclusi i danni e le perdite:
causati in tutto od in parte da azioni od omissioni dolose:

- a) dell'Assicurato e dei suoi familiari conviventi;
verificatesi in occasione di
- b) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare, invasione atti di terrorismo o sabotaggio, purché il sinistro sia in rapporto con tali eventi;
- c) reazioni nucleari, radiazioni o contaminazioni radioattive, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, od altri sconvolgimenti della natura, purché il sinistro sia in rapporto con tali eventi;
che siano conseguenza diretta o indiretta di:
- d) mal funzionamento di software (applicativo di base) ed hardware;
- e) contraffazione e clonazione delle carte di credito e carte multifunzionali salvo per i casi contemplati dalla sez. III consistenti:
- f) in lucri mancanti, interessi e qualunque altro danno indiretto.

ART. 2 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente/Assicurato devono:

- entro 10 giorni dal momento in cui ne sono venuti a conoscenza, farne denuncia alla competente Autorità Giudiziaria o di Polizia specificando la circostanza dell'evento;
- entro i 20 giorni successivi, trasmettere al Contraente/Società copia della denuncia fatta all'Autorità suddetta, con la documentazione relativa alle operazioni effettuate mediante la Carta.

L'inadempimento di uno dei precedenti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

ART. 3 OBBLIGO DI TENERE REGISTRAZIONI

Il Contraente è tenuto a predisporre delle registrazioni dalle quali risulti:

- 1) Il nominativo del titolare della carta;
- 2) La data di decorrenza e di scadenza della carta;
- 3) Il codice Banca (Abi), il codice agenzia (Cab) ed il numero del conto corrente utilizzato per l'addebito delle operazioni effettuate mediante carta.

Il Contraente deve mettere a disposizione della Società tutte le registrazioni di cui sopra che potessero essere richieste.

ART. 4 ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO

L'Assicurato che esagera dolosamente l'ammontare del danno, dichiara distrutte o rubate cose che non esistevano al momento del sinistro, occulta, sottrae o manomette cose salvate o non rubate, adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, altera dolosamente le tracce ed i residui del sinistro o facilita il progresso di questo, perde il diritto all'indennizzo.

ART. 5 PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO

L'ammontare del danno è concordato con le seguenti modalità:

- a) Direttamente dalla Società o persona da questa incaricata con l'Istituto Aderente o persona da lui designata; oppure a richiesta di una delle Parti,
- b) Fra due periti nominati uno dalla Società ed uno dall'Istituto aderente con apposito atto unico.

I due periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro ed anche prima su richiesta di uno di essi. Il Terzo perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza.

Ciascun perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza avere alcun voto deliberativo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio perito o se i periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle Parti, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio perito; quelle del terzo perito sono ripartite a metà.

La Società potrà coinvolgere gli Uffici Tecnici di Cassa Centrale Banca – Credito Cooperativo del Nord-Est S.p.A. nell'analisi del sinistro al fine di beneficiare dell'expertise della Contraente sulla gestione degli eventi assicurati con la presente Convenzione.

ART. 6 MANDATO DEI PERITI

I Periti devono:

- a) indagare su circostanze di tempo e di luogo, sulla natura, sulla causa e sulle modalità del sinistro;
- b) verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del sinistro esistevano circostanze che avessero mutato il rischio e non fossero state comunicate;
- c) verificare se il Contraente/Assicurato ha adempiuto agli obblighi di cui all'Art. 2;
- d) procedere alla stima ed alla liquidazione del danno.

Nel caso di procedura per la valutazione del danno effettuata ai sensi dell'Art. 5) lettera b), i risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, con allegate le stime

Dettagliate, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

I risultati delle valutazioni di cui alla lettera d) sono obbligatori per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errori, violenza o di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente all'indennizzabilità del danno.

La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia.

I Periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria



ART. 7 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Alla fine di ogni mese l'Istituto aderente trasmetterà alla Società le eventuali denunce pervenute dai Titolari corredate da copia di denuncia fatta all'autorità Giudiziaria mettendo inoltre a disposizione della Società l'elenco delle carte emesse e fornirà inoltre la documentazione necessaria per la determinazione dell'indennità.

La liquidazione delle Indennità avviene mediante accordo tra il Contraente/Assicurato e la Società la quale provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di liquidazione.

ART. 8 RECUPERI

In caso di recupero dei beni assicurati la cui perdita sia stata risarcita a termini della presente polizza, l'importo recuperato al netto delle spese sostenute a tale fine sarà ripartito come segue:

- a) in primo luogo per rimborsare l'Assicurato di quella parte di danno che, eccedendo l'ammontare del risarcimento corrisposto dalla Società, fosse rimasta a suo carico;
- b) in secondo luogo per ridurre il danno liquidabile a termini di polizza oppure per rimborsare la Società per il risarcimento della stessa corrisposto all'Assicurato.
- c) da ultimo per rimborsare l'Assicurato per quella parte di danno, che per effetto della franchigia o di altre detrazioni previste dalla sezione interessata, fosse rimasta a suo carico.

ART. 9 DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società che ha pagato l'indennizzo è surrogata, fino alla concorrenza dell'ammontare dell'indennizzo stesso, nei diritti dell'Istituto aderente verso il titolare della carta di credito e/o di debito.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA SEZIONE V

Art. 10 RISCHIO ASSICURATO

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente.

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che il Titolare di Carte di Pagamento subisca a seguito di furto, furto commesso con destrezza, (limitatamente al caso in cui l'Assicurato ha indosso od a portata di mano il denaro medesimo) scippo e rapina.

ART. 11 MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o in difetto, di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 12 MORTE PRESUNTA

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e, in applicazione all'Art. 60 comma 3) CC o dell'Art. 211 del Codice della navigazione, l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato questi e i beneficiari sono tenuti in solido alla restituzione dell'indennizzo.

ART. 13 INVALIDITA' PERMANENTE

- A) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.
- B) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene



calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro (%)	Sinistro (%)
• un arto superior	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• una falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
• anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma 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 un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia	70%	
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio della gamba	50%	
• un piede	40%	
• ambedue i piedi	100%	
• un alluce	5%	
• un altro dito del piede	1%	
• una falange ungueale dell'alluce	2,5%	
• anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
• anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
• anchilosi tibio tarsica ad angolo retto con anchilosi 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 ambedue gli orecchi	40%
• stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
• stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
• esiti di frattura scomposta in una costa	1%
• esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di: una vertebra cervicale	12%
una vertebra dorsale	5%
12a dorsale	10%
una vertebra lombare	10%
• esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
• esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
• postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione 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 di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per 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 o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'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 di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

ART. 14 INDENNIZZO PER INVALIDITA' PERMANENTE

Nel caso di invalidità permanente inferiore al 50% della totale non sarà liquidato alcun indennizzo. Nel caso di invalidità permanente pari o superiore al 50% della totale, l'indennizzo sarà liquidato in base a quanto previsto al precedente Art. "Invalidità Permanente".

ART. 15 RIMBORSO SPESE MEDICHE

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza la Società, entro il limite di €. 550,00, rimborsa le spese sostenute per rette di degenza, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami; le spese per interventi chirurgici, e precisamente onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento; le spese di trasporto in ambulanza all'istituto di cura o ambulatorio.

ART. 16 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'



La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indennizzabile ai sensi di polizza, indipendentemente 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.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

ART. 17 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO - PERIZIA COLLEGIALE

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sulla natura delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dai "Criteri di Indennizzabilità" debbono essere demandate, per iscritto, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo;

il Collegio medico si riunisce nel comune, sede dell'ordine dei Medici nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'ordine dei medici suddetto.

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

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna della Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ART. 18 DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGO DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro nove giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

ART. 19 ASSICURAZIONI DI GRUPPO

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 CC..

ART. 20 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché l'annullamento della polizza di assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 2 ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato o il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il rischio descritto in polizza; in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. (art. 1910 del Codice Civile).

ART. 3 OPERATIVITA' DELLA GARANZIA

Fermo restando l'effetto e la scadenza della presente polizza, la garanzia è operante nei confronti di ogni Assicurato dalle ore 24,00 del giorno di rilascio della "Carta" da parte dell'Istituto aderente e cessa, salvo quanto previsto alle singole Sezioni, alla scadenza del periodo di validità della "Carta" stessa.

Tutte le Carte emesse durante il periodo di validità della polizza sono considerate automaticamente in copertura ed il relativo premio verrà regolato secondo modalità di cui al punto **DETERMINAZIONE, CALCOLO E REGOLAZIONE DEL PREMIO** di cui sopra.

ART. 4 PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELLA GARANZIA E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE OMISSIS

ART. 5 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato o il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio, non noti o non accettati dalla Società, possono comportare la perdita, totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 del Codice Civile).

ART. 6 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 7 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 8 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. La Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 9 ONERI FISCALI

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

ART. 10 FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie relative al presente contratto che dovessero insorgere tra la Società e l'Istituto aderente, le Parti dichiarano competente in via esclusiva il Foro di Trento.

Per le eventuali controversie che dovessero insorgere tra la Società e il singolo Assicurato sarà competente il Foro in cui l'Assicurato ha la propria residenza o domicilio.

ART. 11 DISPOSIZIONI VARIE

a) Sono a carico del Contraente tutte le imposte e gli altri oneri presenti o futuri, stabiliti in relazione del contratto;



- b) Fermo il disposto dell'Articolo 1916 del Codice Civile, il Contraente si obbliga, a richiesta della Società, a conferirle formale mandato ad agire verso i terzi anche prima del pagamento dell'indennità.
- c) La Società non perde il diritto di far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni anche se abbia effettuato la liquidazione ed il pagamento dell'indennità.

ART. 12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 13 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per le operazioni effettuate, oltre che in Italia, anche in tutti i Paesi dove le Carte sono riconosciute.

ART. 14 TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla Polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società. Spetta all'Assicurato compiere gli atti necessari per consentire l'accertamento e la liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati, sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di Polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti o col consenso del Titolare dell'interesse assicurato.

ARTICOLO 15 ALTRE COPERTURE

In caso di sinistro, se esistono altre coperture, assicurazioni e non, per i medesimi rischi garantiti dalla presente polizza, la Società sarà tenuta a pagare (nei limiti della somma assicurata) solo la parte del danno eccedente la somma già coperta, dalla quale parte di danno verrà dedotta la relativa franchigia o scoperto previsto.

ART. 16 CLAUSOLA BROKER

OMISSIS

ASSIMOCO S.p.A.

