

DOCUMENTO INFORMATIVO DI SINTESI

Le informazioni contenute nel presente documento sono finalizzate alla corretta comprensione, da parte dell'Assicurato, delle garanzie offerte da Abc Assicura S.p.A., ed è redatto secondo le indicazioni previste dall'Art. 30 comma 8 del Reg. ISVAP n. 35 del 26 Maggio 2010.

I. TERMINOLOGIA

Abc Assicura:	Abc Assicura S.p.A.
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Assicurazione o contratto:	il contratto di assicurazione;
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione e che paga il premio;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Indennizzo:	la somma che Abc Assicura S.p.A., è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di sinistro.

II. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

- ABC Assicura S.p.A Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00647820232, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 147512, Società iscritta all'Albo delle imprese tenuto dall' IVASS al n. 100054
- Sede Legale e Amministrativa in Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona;
Telefono: 0458391111; Sito Internet: www.Abcassicura.it, e-mail: informazioni@abcassicura.it; abc.assicura@pec.gruppocattolica.it
- Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: a norma del DM del 8 marzo 1982 G.U. n. 76 del 18 marzo 1982;
- Società di revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A., Sede legale: Via G.D. Romagnosi, 18/A – 00196 Roma.

III. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

A. Legge applicabile all'assicurazione

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

B. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

ABC Assicura S.p.A.

- Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa -

Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.336
E-mail: reclami@abcassicura.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

NOTA BENE: *Si richiama l'attenzione dell'Assicurato/Aderente sulla necessità di leggere attentamente i contenuti del presente documento prima di procedere alla sottoscrizione della copertura assicurativa. Eventuali spiegazioni o chiarimenti possono comunque essere richiesti alla Compagnia.*

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

La sottoscrizione della presente copertura assicurativa è FACOLTATIVA

DEFINIZIONI:

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato:

La persona fisica, residente e/o domiciliata in Italia, intestataria di rapporti bancari con la Banca Contraente, come definiti all'Art. 1 "Oggetto del Contratto", che sottoscrive la Dichiarazione di Adesione alla presente assicurazione.

Rientreranno tra gli assicurati di questa Convenzione anche tutti coloro che alla data del 31/12/2015 risultino assicurati tramite la convenzione n° 17000431000001 e che non abbiano dato disdetta nei tempi e modi previsti dal contratto.

Assicurazione:

Il Contratto di Assicurazione;

Contraente

Farbanca S.p.A., che stipula il contratto di assicurazione per conto dei propri clienti;

Dichiarazione di Adesione:

Il modulo sottoscritto dall'Assicurato, contenente dichiarazioni rilevanti ai fini dell'assicurazione. Agli Assicurati - precedentemente assicurati con ABC Assicura SpA "polizza infortuni clienti" – non verrà richiesta la sottoscrizione del modulo di adesione alla polizza infortuni clienti di ABC in quanto la Società ritiene valida, ad ogni fine, l'adesione già sottoscritta.

Infortunio:

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte od una invalidità permanente;

Indennizzo:

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Invalidità Totale Permanente:

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla Normale Attività Lavorativa svolta. Nel caso di evento provocato da Infortunio, tale Invalidità Totale Permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL all.1 del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA"; con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa. L'indennità verrà liquidata sotto forma di capitale in una unica soluzione;

Premio

La somma in denaro comprensiva di eventuali imposte che la Banca Contraente e la Società hanno convenuto che venga corrisposta dall'Assicurato alla Società medesima in base al Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza;

Premio Minimo Anticipato:

La somma in denaro dovuta annualmente dalla Banca Contraente per l'attivazione del Contratto di Assicurazione;

Polizza:

Il documento che prova l'esistenza dell'assicurazione;

Sinistro:

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

Società:

ABC Assicura S.p.A. , con sede Legale in Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona.

CONDIZIONI GENERALI

Art.1 - OGGETTO DEL CONTRATTO

Il presente contratto viene stipulato dalla Banca Contraente per conto dei propri Clienti, intendendosi per tali le persone fisiche, residenti e/o domiciliata in Italia, titolari di rapporti bancari, in euro, aperti presso la Sede, le Filiali, le Agenzie o gli Uffici dell'Istituto Contraente ai sensi dei successivi punti a) e b):

a) sono assicurate:

- le persone fisiche intestatarie e/o cointestatarie di rapporti nominativi, in Euro, di cui al successivo punto b).
- si intendono comprese le persone fisiche titolari di ditte individuali, che siano intestatarie di rapporti nominativi, in Euro, di cui al successivo punto b);
- i partecipanti, in qualità di soci, a Società di Persone al nome delle quali siano intestati i rapporti nominativi, in Euro, di cui al successivo punto b);
- l'Amministratore o altra persona specificatamente designata dalle Società di Capitali Clienti della Ex Banca Popolare di Treviso, in Euro, di cui al successivo punto b);

Salvo quanto previsto al precedente punto dalla garanzia sono esclusi i Soci e gli Amministratori di Società di Capitale, i rapporti intestati ad Enti Pubblici e Morali, nonché i "conti transitori" di durata inferiore a 30 giorni.

b) i rapporti per i quali è operante la presente assicurazione, sono i seguenti:

- 1) conti correnti attivi e/o passivi, in euro;
- 2) libretti di deposito a risparmio nominativi;
- 3) prestiti e/o mutui ipotecari e/o chirografari;
- 4) prestiti artigiani;
- 5) prestiti agrari;

Si identificano nelle operazioni sopra descritte quelle che sono come tali contabilizzate dalla Banca Contraente. La Società esonera la Banca Contraente dall'obbligo di denunciare le generalità degli Assicurati

Art.2 – DURATA, EFFETTO E PROROGA DEL CONTRATTO

Per il primo periodo di copertura assicurativa (dal 31/12/2014 al 31/12/2015) il contratto è stipulato per la durata di anni 1 (uno), decorrenti dalle ore 24.00 del 31/12/2014 data di sottoscrizione dello stesso ed ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio Minimo Anticipato.

Per le annualità successive alla prima il contratto ha durata annuale decorrente dalle ore 24.00 del 31/12 di ogni anno ed ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio Minimo Anticipato.

In mancanza di disdetta inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 30 giorni prima della scadenza il contratto è tacitamente prorogato per la durata di un anno e così successivamente.

In caso di disdetta del contratto, la Società si impegna a mantenere in essere la copertura assicurativa per ciascuno degli Assicurati fino al 31/12 dell'anno in cui ha effetto la disdetta.

Art. 3 –PAGAMENTO DEL PREMIO MINIMO ANTICIPATO

Contestualmente alla stipula del Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza, la Banca Contraente corrisponde alla Società un Premio Minimo anticipato comprensivo di imposte pari a € 100,00 relativo al periodo dal **31/12/2014 al 31/12/2015**.

Per le successive annualità il Premio Minimo Anticipato è fissato in € 100,00 comprensivo di imposte e sarà corrisposto dalla Banca Contraente alla Società alla data di scadenza delle rate successive così come indicato nel frontespizio di polizza.

Art. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO

La Banca Contraente conviene con la Società che il pagamento del premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca affinché provveda ad addebitare annualmente sul Conto corrente dell'Assicurato l'importo del Premio assicurativo dovuto.

La Società conferisce alla Banca Contraente mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato a favore della Società.

Art. 5 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

La Banca Contraente è tenuta a fornire alla Società, alle scadenze sottoriportate il numero di rapporti assicurati nel periodo di riferimento.

Per i periodi, che andranno dal 1 Gennaio al 30 Giugno e dal 1 Luglio al 31 Dicembre di ogni anno, entro 30 giorni dalla fine di ogni semestre, la Banca Contraente invierà alla Società il numero dei rapporti accesi e la Società provvederà ad emettere un'appendice di regolazione del Premio , entro 2 giorni dal ricevimento della comunicazione.

Al 31 Dicembre di ogni anno la Società, nell'appendice di regolazione del premio di cui al precedente comma, provvederà a conteggiare anche i Premi relativi ai rapporti in essere al 31 Dicembre che la Banca Contraente avrà comunicato congiuntamente a quanto previsto nel comma che precede.

L'importo conteggiato dalla Società come regolazione premio del periodo dovrà, in virtù di quanto previsto al precedente articolo 4, essere accreditato dalla Banca Contraente per conto degli assicurati alla Società entro 15 giorni dalla data di ricevimento dell'Appendice di Regolazione Premio.

Ove l'Assicurato non adempia agli obblighi relativi al pagamento del Premio, la Società non sarà obbligata a corrispondere alcun Indennizzo in relazione alle relative Adesioni.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, nell'ambito della copertura assicurativa in oggetto, per i quali la Banca Contraente è tenuta a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Ove la Banca Contraente non corrisponda alla Società il Premio Minimo anticipato dovuto alle scadenze di cui ai precedenti punti , il presente contratto di assicurazione resta sospeso dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo quello della scadenza prevista per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento ai sensi dell'Art. 1901 c.c..

Art 6 – CLAUSOLA DI PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

...omississ...

Art. 7- ESONERO DELLA RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

La Banca Contraente stipula la presente polizza per conto dei propri Clienti, restando esonerato da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione del presente contratto per i rapporti sorgenti tra gli Assicurati e la Società.

Art. 8- COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia derivante dall'applicazione del presente contratto nei rapporti tra Banca Contraente e Società è competente esclusivamente l'Autorità giudiziaria di Verona.

Art. 9- ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la validità delle garanzie fornite da ABC Assicura S.p.A. a favore degli Assicurati non è infirmata dalla contemporanea esistenza di altre assicurazioni con ABC Assicura S.p.A. e/o con altre società.

ABC Assicura dispensa la Banca Contraente e gli Assicurati dalle comunicazioni di cui all'art. 1910 C.C..

Art. 10 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell' Assicurato

Art. 11- RINVIO ALLA NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto si rinvia alle norme di legge.

Art. 12- COMUNICAZIONI

Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal Contratto dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo fax o raccomandata, e dovrà essere indirizzata a:

- se **ABC Assicura S.p.A.** : Via C. Ederle, 45, 37126 Verona - Fax +39.045.83.91.920
- se **Farbanca S.p.A.**: Via Imerio, 43/B - 40126 Bologna ; Fax: +39.051.598890

Art 13- RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

ABC Assicura S.p.A.

- Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa -

Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: 045.83.72.336

E-mail: reclami@abcassicura.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 14 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assicura contro gli Infortuni che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva:

- **la Morte,**
- **l'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%,**

che sopravvengano entro due anni dal giorno in cui l'Infortunio è avvenuto.

L'assicurazione è operante per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento:

- dell'attività professionale (Infortuni Professionali);
- di ogni altra attività di carattere non professionale (Infortuni Extraprofessionali).

Salve le esclusioni di cui all'Art 17.

Art. 15– RETTE DI DEGENZA e SPESE DI RIMPATRIO

- L'assicurazione comprende inoltre:

il rimborso fino alla concorrenza di € 5.200,00 con il limite giornaliero di € 52,00 delle rette di degenza in Ospedali, Cliniche, Case di Cura, a causa di infortunio che abbia avuto come conseguenza la morte o l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%. Esclusivamente se il ricovero avviene a carico del SSN è prevista una franchigia assoluta di giorni 8, compreso il giorno di ricovero. Il giorno di dimissione non è indennizzabile

- il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio dell'Assicurato o per il rimpatrio della salma a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, con il limite massimo annuo di € 2.500,00

Art. 16- RISCHI COMPRESI

Sono compresi nella garanzia anche gli infortuni derivanti da:

- a) colpa grave dell'Assicurato
- b) malore , vertigini, incoscienza, avvelenamento, intossicazione o ingestione di sostanze;
- c) uso e guida di autoveicoli, motoveicoli, mezzi di locomozione terrestri, natanti e veicoli in genere;
- d) esercizio di normali attività sportive dilettantistiche (calcio, tennis, equitazione, sci senza salto dal trampolino, idroscì, pesca subacquea in apnea, ecc);
- e) colpi di sole e di calore nonché dagli effetti di influenze termiche ed atmosferiche semprechè sia gli uni che gli altri siano conseguenza di un infortunio;
- f) infezioni acute provocate da punture di insetti (escluse la malaria e le malattie infettive) e da morsi e calci da animali;
- g) asfissia per subitanea fuga di gas o vapori;
- h) tumulti, aggressioni o atti violenti che abbiano anche movente politico sociale o sindacale, purchè l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- i) aggressioni o rapine nei locali dell'Istituto Contraente, limitatamente a questo caso l'indennizzo previsto verrà maggiorato del 50%, sempre nei limiti del massimale assicurato;
- j) negligenze o imprudenze gravi per atti compiuti per dovere di solidarietà umana;
- k) annegamento e/o folgorazione;
- l) infortuni subiti in occasione di richiamo militare per esercitazioni in tempo di pace;

Art. 17- ESCLUSIONI

Dalla garanzia sono tassativamente esclusi gli infortuni:

- a) subiti nel corso di manovre militari effettuate durante il servizio militare di leva, l'arruolamento volontario o il richiamo per mobilitazione;
- b) subiti alla guida di mezzi di locomozione da chi non è abilitato a norma di legge;
- c) subiti dall'Assicurato in conseguenza di sue azioni delittuose;
- d) che derivino da atti violenti a movente politico, subiti dall'Assicurato in occasione di manifestazioni a cui egli avesse preso parte attiva e volontaria;
- e) subiti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli;
- f) che derivino dall'esercizio di sport pericolosi: pugilato, atletica pesante, alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai (quando non vi sia l'accompagnamento di una guida qualificata), salti con gli sci dal trampolino, guidoslitta, rugby, hokey, attività subacquee con uso di autorespiratore, paracadutismo, gare motoristiche (comprese le prove e gli allenamenti, esclusi i raduni e le cacce al tesoro e le gare di pura regolarità);
- g) che derivino dalla partecipazione ad imprese temerarie, non giustificate da legittima difesa o da dovere di solidarietà;
- h) determinati dalla guida o dall'uso di mezzi aerei o subacquei in genere, fatta eccezione per gli infortuni subiti in occasione di voli in qualità di passeggero i aerei ed elicotteri in servizio pubblico di linee regolari;
- i) provocati da guerre e insurrezioni;
- j) provocati da esplosioni ed emanazioni di calore o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e dalla detenzione e dall'impiego di sostanze radioattive;
- k) conseguenti a sforzi muscolari che abbiano carattere traumatico e le ernie addominali traumatiche.
- l) Non sono assicurabili le persone affette di epilessia, paralisi, infermità mentale, delirium tremens, alcolismo, tossicomania, allucinogenomania e l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una di queste malattie.

Non sono mai coperti dalla garanzia il pregiudizio e l'aggravamento, a seguito di infortunio, di condizioni patologiche preesistenti all'evento.

Art. 18 – DECORRENZA DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Per ciascun Assicurato, l'operatività della garanzia decorre:

- per le adesioni accese in corso d'anno: dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione della Dichiarazione di adesione da parte dell'Assicurato alle ore 24.00 del 31/12 dello stesso anno;
- per le adesioni in essere al 31/12 : dalle ore 24.00 del 31/12 dello stesso anno alle ore 24.00 del 31/12 dell'anno successivo.

Art. 19 – COSTO DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Ogni Assicurato è tenuto a versare un Premio Annuale dell'importo di € 15,00 comprensivo di imposte per ogni rapporto oggetto di assicurazione.

Poiché le garanzie assicurative scadono tutte il 31 DICEMBRE, indipendentemente dalla data di decorrenza della garanzia, si conviene che per i rapporti assicurati dopo il 30 GIUGNO (I semestralità) il premio, per il primo anno di adesione, per ogni singolo rapporto assicurato, si intenderà ridotto a € 7,50.

In caso di estinzione del singolo rapporto la garanzia cessa alle ore 24.00 del giorno precedente a quello di estinzione senza restituzione del premio.

Art. 20- CAPITALE ASSICURATO

La garanzia è prestata per una somma uguale al saldo di chiusura – creditore o debitore – risultante dai libri dell'Istituto Contraente alle ore 24.00 del giorno precedente a quello dell'infortunio, con un limite massimo di € 150.000,00 sia per il caso di una posizione che per il caso di più posizioni intestate al medesimo assicurato.

E' previsto, sia per il caso di Morte che di Invalidità Permanente:

- un indennizzo minimo di € 2.500,00 per posizioni assicurate con saldi inferiori;
- i saldi di posizioni intestate ai Dipendenti dell'Istituto sia in servizio che in quiescenza, sono fatti uguali a € 10.500,00 se inferiori a questo importo.–Tale massimale è da intendersi riferito a una o più posizioni intestate ai Dipendenti dell'Istituto ferma restando la riduzione in proporzione al numero dei contestatari.

In caso di Invalidità Permanente la somma risarcibile viene elevata al doppio del saldo risultante fermo restando il limite massimo di € 150.000,00.

Salva 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 disposte anteriormente presso l'istituto Contraente a credito o a debito del Cliente, ma non ancora 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 modifica dei saldi contabili alla condizione che l'istituto fornisca le prove che le operazioni medesime siano state effettuate entro il termine del giorno precedente quello dell'Infortunio.

In caso di sinistro che coinvolga più Assicurati, la Società corrisponderà come massimo un indennizzo globale non superiore a € 1.200.000,00.

Gli indennizzi dovuti per i singoli infortunati saranno ridotti proporzionalmente in relazione all'entità dei rapporti dei singoli assicurati.

Qualora il rapporto sia contestato a più persone fisiche, o intestato a Società di Persone, l'indennità sarà ridotta proporzionalmente al numero dei contestatari o dei soci della Società di persone ; tuttavia nel caso in cui il rapporto sia debitore, l'indennità sarà liquidata in misura uguale all'importo a credito dell'istituto Contraente, senza applicazione della riduzione proporzionale suindicata.

Nel caso coesistano più rapporti debitori e/o creditori, gli assicurati beneficeranno della copertura assicurativa di cui alla presente polizza in modo autonomo e distinto per ciascun rapporto, entro i limiti previsti dal primo capoverso del presente articolo.

Per il rischio volo la somma delle garanzie prestate con la presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dalla stessa Banca Contraente o da Terzi in favore degli stessi assicurati in abbinamento a polizze infortuni "cumulative" non potrà superare i capitali di:

Per persona:

- € 1.200.000,00 per il caso Morte
- € 1.200.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

Complessivamente per aeromobile:

- € 7.747.000,00 per il caso Morte
- € 7.747.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

in detta limitazione rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze o dal medesimo tipo di capitolato stipulato dall'Istituto. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art.21 – PERSONE ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.

Qualora si verifichi il raggiungimento dell'80° anno di età nel corso di un periodo annuale di assicurazione, l'assicurazione resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso.

Art. 22 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

GARANZIE

Art. 23 – MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato, e questo si verifichi entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Società corrisponde la somma assicurata agli eredi in parti uguali.

Per il solo caso di Morte, l'Assicurazione è prestata nei confronti di persone cieche o affette da infermità o difetti fisici diversi da quelli indicati all'Art. 17 – Esclusioni, o che riducano in misura superiore al 50% la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Art. 24 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente pari o superiore al 60% e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida, per tale titolo, una somma risarcibile pari al doppio del saldo risultante dai libri dell'Istituto Contraente alle ore 24.00 del giorno precedente a quello dell'Infortunio secondo le percentuali e disposizioni stabilite nella Tabella all. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA". con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa.

L'indennità verrà liquidata sotto forma di capitale in una unica soluzione.

Si precisa che in ogni caso deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per l'arto destro varranno per quello sinistro e viceversa.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro %	Sinistro %
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
Una falange del pollice	9	8
Una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25	20
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20	15
Anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione 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 di gamba	50	
Amputazione di:		

- un piede	40	
- entrambi i piedi	100	
- un alluce	5	
- un altro dito del piede	1	
- una falange 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 sottoastralgica	15	
Paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15	
Un occhio	25	
Ambedue gli occhi	100	
Perdita anatomica di un rene	15	
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8	
Sordità completa di un orecchio	10	
Sordità completa di ambedue le orecchie	40	
Perdita totale della voce	30	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1	
Esiti di frattura amelica somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12	
- una vertebra dorsale	5	
- dodicesima dorsale	10	
- una vertebra lombare	10	
Esiti di una frattura di un metamero sacrale	3	
Esiti di una frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5	

Art. 25 – CRITERI SPECIFICI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Art. 26 – CRITERI PARTICOLARI DI INDENNIZZABILITÀ

Se l'infortunio comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Art. 27 – MASSIMO INDENNIZZO PER LESIONI PLURIME

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

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 28 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato. Deve essere corredata da certificato medico e deve essere fatta alla Compagnia, direttamente o tramite lo sportello presso il quale è instaurato il rapporto, entro 5 giorni feriali dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi ne abbiano avuto la possibilità o ne siano venuti a conoscenza.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso a:

ABC Assicura S.p.A.

Ufficio Sinistri

Via Fermi 11/D

37135 Verona

*oppure telefonando al **Numero Verde 800.206692***

La denuncia dell'infortunio potrà essere fatta anche dalla Banca Contraente qualora l'Assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi non vi provvedano.

L'Assicurato, i suoi familiari o eredi si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza.

Se non viene adempiuto dolosamente all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi eredi perdono il diritto all'indennità.

In caso di sinistro la Banca Contraente dovrà produrre alla Società copia della Dichiarazione di Adesione sottoscritta dall'Assicurato; in mancanza di detta documentazione saranno ritenute sufficienti le evidenze contabili, ferma la facoltà di rivalsa nei confronti della Banca Contraente qualora l'Assicurato rifiuti tale qualifica.

Art. 29 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITA'

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi ed obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Art.30- LIQUIDAZIONI

La Società procederà al pagamento dell'indennizzo determinato a norma dell'Art. 1 – Oggetto del Contratto, come segue:

La somma risarcibile, corrispondente al saldo (attivo o passivo) di chiusura del giorno precedente a quello dell'infortunio, relativo al/ai rapporto/i con l'Assicurato viene corrisposta:

- allo stesso Assicurato in caso di Invalidità Permanente
- agli eredi dell'Assicurato in caso di Morte.

A maggior chiarimento dell'Art. 1 - Oggetto del Contratto resta inteso che l'indennizzo in caso di Invalidità Permanente di grado uguale o superiore al 60% sarà pari al 100% del capitale assicurato.

Art.31 – CUMULO DI INDENNITA'

L'indennità per il caso di invalidità permanente non è cumulabile con quella per il caso di morte. se la morte si verifica entro l'anno dal giorno dell'infortunio o in conseguenza a questo.

Art. 32 – CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti ad infortunio la loro determinazione viene demandata a un Collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici legali la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Verona dove si riunirà il Collegio.

Il Collegio può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

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

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

Art.33 – COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente, è competente esclusivamente – a scelta della parte attrice – l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o sede del convenuto.

Art.34 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Società dichiara di rinunciare, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ai diritti di surrogazione ed alle conseguenti azioni giudiziali che ad essa potessero competere, quale assicuratore verso i terzi responsabili dell'infortunio ai sensi dell'art.1916 C.C.