

FASCICOLO INFORMATIVO DANNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA PERSONA

INFORTUNI DELLA FAMIGLIA

Convenzione Collettiva Numero: **17000131000004**

Prestazioni assicurate da:



ABC Assicura SpA
Gruppo Cattolica Assicurazioni

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa comprensiva di Glossario e Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

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

Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

La sottoscrizione della presente copertura assicurativa è FACOLTATIVA e non indispensabile per ottenere il Finanziamento alle condizioni proposte.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Abc Assicura S.p.a.

- a) 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
- b) 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
- c) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: a norma del DM del 8 marzo 1982 G.U. n. 76 del 18 marzo 1982;
- d) Società di revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A., Sede legale: Via G.D. Romagnosi, 18/A – 00196 Roma.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2016 ammonta a 15,5 milioni di Euro (capitale sociale: 9 milioni di Euro; totale delle riserve patrimoniali: 6.3 milioni di Euro).

Il margine di solvibilità calcolato secondo i parametri Solvency II (c.d. Ratio patrimoniale) è pari a 2.57 volte il minimo regolamentare richiesto dalla normativa vigente.

3. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto di Abc Assicura S.p.A. società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Banca Popolare di Vicenza s.p.a..

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta.

Le Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente/Aderente.

INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La presente Convenzione, stipulata dalla Banca con la Compagnia ha durata annuale con tacito rinnovo

Le singole coperture assicurative sottoscritte dagli Assicurati mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione hanno durata annuale con tacito rinnovo, più l'eventuale frazione di anno, come indicato nel modulo stesso., come disposto dall'Art.9 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA - Termini e modalità di Disdetta

La disdetta della Convenzione contratta da parte della Banca deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e spedita almeno 60 giorni prima della data di scadenza della Convenzione stessa.

In caso di disdetta da parte della Banca Contraente della Convenzione, le garanzie assicurative prestate a favore dei singoli Assicurati, resteranno comunque in vigore fino alla loro naturale scadenza, secondo quanto previsto dal successivo art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

La disdetta della Copertura assicurativa da parte degli Assicurati deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r, anche per il tramite della Banca Contraente, e spedita almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura stessa, indicata nel Modulo di Adesione.

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

4.1 Coperture assicurative offerte

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Convenzione, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a corrispondere un Indennizzo in caso di Infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza diretta uno degli eventi sotto indicati:

- **Morte da Infortunio – Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione**
- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio - Art. 28 delle Condizioni di Assicurazione**
- **Rimborso Spese di Cura – Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione**

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).

4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) **guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore.**
Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'assicurato con patente di guida scaduta se rinnovata entro 45 giorni dalla data del sinistro o dalla data in cui l'assicurato ha potuto riprendere le sue normali attività dopo aver superato i postumi derivanti dal sinistro stesso;
- b) **guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di natanti a motore per uso non privato, di macchine agricole e operatrici salvo che siano utilizzate per l'espletamento delle attività concernenti la normale vita domestica;**

- c) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della Polizza;
- d) azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- e) manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace;
- f) gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;
- g) l'intossicazione cronica alcolica, la tossicodipendenza, le sindromi psico-organiche, la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoidi;
- h) i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;
- i) rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla Clausola di Esclusione dei rischi di energia nucleare (Nuclear Energy Risks Exclusion Clause NMA 1975a1994);
- j) le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- k) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

4.3 AVVERTENZA – Franchigie, Scoperti, Massimale

La Compagnia garantisce il pagamento di un indennizzo in caso di Infortunio che abbia come conseguenza diretta la Morte o l'Invalidità permanente, pari alla somma assicurata prevista dal profilo scelto e indicato nella Dichiarazione di Adesione.

L'Assicurato potrà scegliere tra uno dei seguenti profili:

	MODULO A	MODULO B
PROFILO	SOMME ASSICURATE	SOMME ASSICURATE
PROFILO 1	€ 50.000	€ 50.000
PROFILO 2	€ 100.000	€ 100.000
PROFILO 3	€ 200.000	€ 200.000
PROFILO 4	€ 300.000	€ 300.000

Nel caso di scelta del Modulo B si considera assicurata ciascuna delle persone fisiche appartenenti al nucleo familiare dell'Assicurato.

Ciascuno di essi è assicurato in proporzione al numero complessivo di soggetti appartenenti al Nucleo, secondo la somma assicurata scelta in base alla Tabella sopra riportata, Art. 12 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Come disposto dall'Art. 33 delle Condizioni Generali di Assicurazione le prestazioni per Invalidità Permanente da Infortunio sono soggette all'applicazione di una franchigia assoluta del 5%:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo a nessun indennizzo;
- se l'invalidità permanente totale supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60%, non si applica la suddetta Franchigia, Art. 33 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

4.4 AVVERTENZA – Età Assicurabile

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

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

5.2 AVVERTENZA - Cause di nullità e/o cessazione delle garanzie:

Qualora si raggiunga l'80esimo anno di età nel corso di un periodo annuale di assicurazione, la copertura resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso per poi cessare.

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

Con riferimento alla posizione di ogni singolo Assicurato, la garanzia cessa alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica il seguente evento:

-in caso di comunicazione da parte dell'Aderente/Assicurato di aver trasferito il proprio domicilio in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Non esistono situazioni che possano comportare un aggravamento o una diminuzione del rischio in corso di contratto.

La professione dell'Assicurato non è un parametro tariffario che incide sul premio del presente contratto di assicurazione.

7. Premio

La Banca Contraente della Convenzione e la Società confermano che il pagamento del premio verrà corrisposto alla Società medesima dall'Assicurato il quale conferirà nel Modulo di Adesione apposito incarico alla Banca affinché operi un addebito annuale ricorrente sul Conto corrente dell'Assicurato pari all'importo del Premio assicurativo dovuto.

Il premio relativo ad ogni singolo Assicurato è annuale e fisso a seconda del modulo e del profilo scelto, riportato nella seguente tabella:

PROFILO	MODULO A PREMIO ANNUO per adesione – titolare/contitolare	MODULO B PREMIO ANNUO per adesione – titolare/contitolare + ESTENSIONE A NUCLEO FAMILIARE
PROFILO 1	€ 60,00	€ 80,00
PROFILO 2	€ 110,00	€ 150,00
PROFILO 3	€ 200,00	€ 250,00
PROFILO 4	€ 290,00	€ 380,00

7.1 Avvertenza: Sconti

La Compagnia e l'intermediario si riservano l'opportunità di applicare sconti di premio in occasione di specifiche promozioni commerciali, in tal caso le particolari condizioni di applicabilità degli stessi saranno esposte dall'intermediario e riportate sul modulo di adesione.

7.2 Mezzi di Pagamento

Modalità di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

- Addebito in conto corrente

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

9. Legge applicabile al contratto

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

10. Regime fiscale

I premi relativi sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA - Modalità e termini per la 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 10 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
Ufficio Sinistri
Via Fermi 11/D
37135 Verona**

oppure telefonando al numero 800.20.66.92

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 l'Assicurato dovrà produrre alla Società copia della Dichiarazione di Adesione sottoscritta, 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.

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto 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.

13. AVVERTENZA - Arbitrato

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente si fa riferimento a quanto disposto dall'Art. 37 delle Condizioni di Assicurazione.

ABC Assicura S.p.A è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale

(Dott. Carlo Barbera)



GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato:

La persona fisica residente e/o domiciliata in Italia, che risulta intestataria/cointestataria di un conto corrente con la Banca Contraente e che abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione alla presente assicurazione;

Rientrano nella presente definizione di "Assicurato" anche le persone fisiche che risultano, alla data del 31/12/2010 essere già assicurate con precedente Polizza "INFORTUNI DELLA FAMIGLIA" di Cariprato S.p.A., in scadenza in tale data e senza rinnovo.

Rientrano nella presente definizione di "Assicurato" anche le persone fisiche appartenenti alle dodici Filiali di Banca Nuova S.p.A oggetto di fusione per incorporazione in Banca Popolare di Vicenza S.c.p.a. a far data dal 28/02/2011, che risultano già assicurate con analoga Polizza "INFORTUNI DELLA FAMIGLIA" di Banca Nuova S.p.A.

Assicurazione:

Il Contratto di Assicurazione;

Contraente della Convenzione:

Banca Popolare di Vicenza s.p.a., che stipula la Convenzione Collettiva di assicurazione con la Società.

Decorrenza:

Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Franchigia

La parte di danno indennizzabile a termini di Polizza, che rimane a carico dell'Assicurato;

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;

Infortunio professionali:

Gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio dell'attività professionale;

Infortunio extra-professionali:

Gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale e cioè quelli che subisce durante l'espletamento di tutte le attività concernenti la normale vita domestica, sociale e di relazione, compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari.

Sono quindi esclusi tutti gli infortuni che l'Assicurato subisce mentre presta opera comunque retribuita alle dipendenze di terzi o in proprio a titolo professionale.

Indennizzo:

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Intermediario Collocatore:

Banca Popolare di Vicenza s.p.a., Via Btg Framarin, 18 - 36100 - Vicenza, iscritta alla sezione D del RUI con n: D000079260;

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 5% 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;

Modulo di Adesione:

Il modulo sottoscritto dall'Assicurato, contenente dichiarazioni rilevanti ai fini dell'assicurazione;

Nucleo Familiare:

L'insieme delle persone che compongono il nucleo familiare secondo quanto risulta dallo Stato di Famiglia dell'Assicurato;

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 Anticipato

La somma in denaro anticipata, comprensiva di imposte, dovuta annualmente dalla Banca Contraente alla Società ai sensi della presente Polizza.

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 DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società corrisponde all'Assicurato un Indennizzo per gli Infortuni che abbiano come conseguenza diretta ed esclusiva:

- la MORTE
- l'INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

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).

Art. 2 – RIMBORSO SPESE DI CURA

L'assicurazione comprende inoltre il rimborso delle spese di cura sostenute, non a carico del Servizio Sanitario Nazionale, a causa di infortunio che abbia avuto come conseguenza la morte o l'invalidità permanente.

Sono comprese le seguenti spese:

A) Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti al ricovero o alla data dell'Intervento Chirurgico ambulatoriale;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducative, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese alberghiere) effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale.
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisionomica successivi all'infortunio.

B) Se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:

- gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati nei giorni successivi all'infortunio.

C) Cure e Protesi dentarie da infortunio:

- cure odontoiatriche, odontostomatologiche, ortodontiche;
- protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Tutte le spese di cui ai punti A), B), C) vengono rimborsate con il limite massimo annuo di € 2.000,00.

Il rimborso viene effettuato dalla Società su presentazione dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

La domanda per il rimborso di tali spese deve essere presentata alla società, entro il 30esimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

Art. 3 - RISCHI COMPRESI

Sono inoltre compresi nella garanzia anche gli infortuni derivanti da:

- a) asfissia di origine morbosa;
- b) avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze
- c) annegamento
- d) assideramento o congelamento
- e) colpi di sole o di calore
- f) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- g) infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'Art. 1900 del codice civile);
- h) infortuni causati da tumulti popolari a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva (in deroga all'Art. 1912 del codice civile);
- i) infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- j) lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.

Sono invece comprese el ernie addominali da sforzo limitatamente al caso di Invalidità permanente.

Art. 4 - RISCHI SPORTIVI INCLUSI

La garanzia vale durante:

- la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali o interaziendali compresi i relativi allenamenti;
- la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti, anche organizzati dagli enti di promozione dello sport: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;
- la pratica dell'alpinismo con scalata di rocce e accesso ai ghiacciai fino al 3° grado (scala di Monaco) purchè non avvenga in solitaria.

Art. 5 - RISCHI SPORTIVI ESCLUSI

L'Assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore
- pratica di sport pericolosi, come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, sci d'alpinismo e/o fuoripista, guidoslitta, motonautica, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), canoyoning, bungee jumping;
- partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive ad eccezione di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;

- guida e pratica di sport che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili).

Art. 6 – RISCHIO VOLO

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari e per quelli non regolari o di trasporto a domanda (voli charter) a condizione che non siano esercitati da società e/o aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.

Art. 7 – RISCHIO GUERRA

A parziale deroga dell'Art. 1912 del codice civile, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero.

Art. 8 – RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- l) guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore.
Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'assicurato con patente di guida scaduta se rinnovata entro 45 giorni dalla data del sinistro o dalla data in cui l'assicurato ha potuto riprendere le sue normali attività dopo aver superato i postumi derivanti dal sinistro stesso;
- m) guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di natanti a motore per uso non privato, di macchine agricole e operatrici salvo che siano utilizzate per l'espletamento delle attività concernenti la normale vita domestica;
- n) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della Polizza;
- o) azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- p) manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace;
- q) gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;
- r) l'intossicazione cronica alcolica, la tossicodipendenza, le sindromi psico-organiche, la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoidei;
- s) i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;
- t) rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla Clausola di Esclusione dei rischi di energia nucleare (Nuclear Energy Risks Exclusion Clause NMA 1975a1994);
- u) le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- v) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Art. 9 – DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Per ciascun Assicurato, la copertura assicurativa ha durata annuale più l'eventuale frazione di anno. L'operatività della garanzia decorre dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione e cesserà alla data indicata sulla Dichiarazione di Adesione stessa.

Art. 10 – DISDETTA DELL'ASSICURAZIONE

La disdetta della Copertura assicurativa da parte degli Assicurati deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata a.r, anche per il tramite della Banca Contraente, e spedita almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura stessa, indicata nel Modulo di Adesione. In caso di disdetta, la garanzia prestata resterà comunque in vigore fino alla scadenza annuale indicata nel Modulo stesso, per poi cessare.

Art. 11 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA

Ogni Assicurato è tenuto a versare un Premio Annuale determinato in base al Modulo e al profilo scelto secondo quanto riportato nella seguente Tabella:

PROFILO	MODULO A PREMIO ANNUO per adesione – titolare/contitolare	MODULO B PREMIO ANNUO per adesione – titolare/contitolare + ESTENSIONE A NUCLEO FAMILIARE
PROFILO 1	€ 60,00	€ 80,00
PROFILO 2	€ 110,00	€ 150,00
PROFILO 3	€ 200,00	€ 250,00
PROFILO 4	€ 290,00	€ 380,00

Per il primo anno di adesione il costo assicurativo è dato dal premio annuo definito secondo la precedente tabella + il rateo di premio relativo al periodo intercorrente tra la data decorrenza e il 1° giorno del mese successivo

La Compagnia e l'intermediario si riservano l'opportunità di applicare sconti di premio in occasione di specifiche promozioni commerciali, in tal caso le particolari condizioni di applicabilità degli stessi saranno espone dall'intermediario e riportate sul modulo di adesione.

Art. 12 - CAPITALE ASSICURATO

La Compagnia garantisce il pagamento di un indennizzo in caso di Infortunio che abbia come conseguenza diretta la Morte o l'Invalidità permanente, pari alla somma assicurata prevista dal profilo scelto e indicato nella Dichiarazione di Adesione.

L'Assicurato potrà scegliere tra uno dei seguenti profili:

PROFILO	MODULO A SOMME ASSICURATE	MODULO B SOMME ASSICURATE
PROFILO 1	€ 50.000	€ 50.000
PROFILO 2	€ 100.000	€ 100.000
PROFILO 3	€ 200.000	€ 200.000
PROFILO 4	€ 300.000	€ 300.000

Nel caso di scelta del Modulo B si considera assicurata ciascuna delle persone fisiche appartenenti al nucleo familiare dell'Assicurato.

Ciascuno di essi è assicurato in proporzione al numero complessivo di soggetti appartenenti al Nucleo, secondo la somma assicurata scelta in base alla Tabella sopra riportata.

Art. 13 – PERSONE ASSICURABILI

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

Art. 14 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 15 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni è l'Assicurato stesso.

Art. 16 - CESSAZIONE e/o ANNULLAMENTO delle GARANZIE

Qualora si raggiunga l'80esimo anno di età nel corso di un periodo annuale di assicurazione, la copertura resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso per poi cessare.

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

Art. 17 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato

- Addebito in conto corrente

ART. 18 - REGIME FISCALE

I premi assicurativi sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

Art. 19 – OBBLIGHI DELLE PARTI

- consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;
- fornire copia del Modulo di Adesione;
- sottoporre a ciascun Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali predisposta e resa disponibile da ABC Assicura SpA.

ART. 20 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Convenzione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della copertura assicurativa riferibile allo specifico soggetto che ha reso le dichiarazioni false o reticenti, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c., ciò senza vincolo di solidarietà tra Assicurato e Banca Contraente per quanto attiene le dichiarazioni reciprocamente effettuate.

ART. 21 – 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. 22 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 23 – PRESCRIZIONE

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

ART. 24 – 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**: Via C. Ederle, 45 - 37126 Verona. Fax: +39.045.8391920
- se **Banca Popolare di Vicenza**: Via Btg. Framarin, 18 – 36100 Vicenza; Fax: +39.0444.339676

ART. 25 - RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto 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.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

MORTE

Art. 26 – 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.

Art. 27 – CUMULO DI INDENNITA'

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza dell'infortunio, l'Assicurato muore, la Società corrisponde agli eredi la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

INVALIDITA' PERMANENTE

Art. 28 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza l'Invalidità Permanente dell'Assicurato, e questa si verifichi entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Società corrisponde la somma assicurata.

ART. 29 – CALCOLO DELL'INDENNIZZO

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente al netto dell'eventuale franchigia, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente Totale di grado maggiore o uguale al 60%, la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente Parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di Invalidità Permanente che deve essere accertata con riferimento alla seguente Tabella all. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA":

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	

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 amielica 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	
Anchilosi:		
- della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25	20
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20	15
- del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10	8
- dell'anca in posizione favorevole	35	
- del ginocchio in estensione	25	
- della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastralgica	15	
Paralisi completa:		
- del nervo radiale	35	30
- del nervo ulnare	20	17
- dello sciatico popliteo esterno	15	
Amputazione o perdita funzionale di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia	70	
- al di sotto della metà della coscia ma sopra al ginocchio	60	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50	
Amputazione o perdita funzionale di:		
- un piede	40	
- entrambi i piedi	100	
- un alluce	5	
- un altro dito del piede	1	
- una falange dell'alluce	2,5	
Ernie addominali da sforzo non operabile	max 10%	

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.

ART. 30 – CRITERI SPECIFICI DI INDENNIZZABILITÀ

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato le percentuali della Tabella 1 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 31 – CRITERI PARTICOLARI DI INDENNIZZABILITÀ

Se l'infortunio ha come conseguenza un'Invalidità Permanente Parziale non prevista dalla Tabella 1, si fa riferimento ai seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari su 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 suddetta e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

ART. 32 – 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%.

ART. 33 – FRANCHIGIA SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE

Le prestazioni per Invalidità Permanente per Infortunio sopra elencate sono soggette all'applicazione di una franchigia assoluta del 5%:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo a nessun indennizzo;
- se l'invalidità permanente totale supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60%, non si applica la suddetta Franchigia.

Art. 34 – CUMULO DI INDENNITÀ'

Se dopo il pagamento dell'indennizzo per Invalidità Permanente e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'assicurato.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

ART. 35 - 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 10 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
Ufficio Sinistri
Via Fermi 11/D
37135 Verona*

oppure telefonando al numero 800.20.66.92

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 l'Assicurato dovrà produrre alla Società copia della Dichiarazione di Adesione sottoscritta, 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. 36 – 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. 37 – 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. 38 – 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. 39 – 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.