

POLIZZA CUMULATIVA INFORTUNI PAC

CASSA CENTRALE BANCA – Credito Cooperativo Italiano S.p.A. - ha stipulato polizza convenzione n° 95402500100598 con la Compagnia di assicurazioni Assimoco S.p.A. al fine di tutelare i clienti di Nord Est Asset Management S.A. sottoscrittori di un piano di accumulo – PAC – con versamento annuo di almeno € 1.200,00 nel periodo dal 01/10/2021 al 31/03/2022, assicurandoli contro gli infortuni alle condizioni meglio descritte negli articoli che seguono.

Si precisa che per alcuni degli articoli non è riportato il testo in quanto di competenza esclusiva della Contraente.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Premessa

La presente polizza è stipulata fra Assimoco S.p.A. e Cassa Centrale Banca – Credito Cooperativo Italiano S.p.A., ed intermediata da Assicura Broker S.r.l..

Glossario

Per i termini riportati nel testo che segue le parti attribuiscono il seguente significato:

Società: la Compagnia di Assicurazione Assimoco S.p.A.;

Contraente: Cassa Centrale Banca – Credito Cooperativo Italiano S.p.A.;

Nord Est Asset Management S.A.

– con sede in Lussemburgo - 5,
Allée Scheffer L-2520 – più avanti per
brevità definita NEAM S.A.):

società che gestisce il Fondo NEF (fondo di diritto lussemburghese a struttura multicomparto e multimanager) le cui quote sono sottoscritte mediante adesione al PAC;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione (cioè il cliente di Nord Est Asset Management S.A. sottoscrittore di un piano di accumulo – PAC), saranno considerati tali anche i "minorenni titolari del PAC" e non i genitori e/o tutori che sottoscrivono il PAC medesimo per conto dei minorenni anzidetti;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta alla Società;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Il costo della presente copertura è sostenuto interamente dalla Contraente e si assicurano tutti i soggetti intestatari dei rapporti indicati al successivo art. 1 sottoscritti tramite una o più delle Banche facenti parte del gruppo Cassa Centrale Banca - Credito Cooperativo Italiano S.p.A..

La Contraente si impegna a:

- **consegnare ad ogni Assicurato, tramite le relative BCC/CR/CRA collocatrici dell'investimento o a rendere disponibile sul sito internet www.cassacentrale.it/neftiprotgge copia dell'Estratto delle condizioni di polizza contenente anche l'Informativa Privacy di Assimoco S.p.A.;**
- **a richiesta dell'Assicurato consegnare le Condizioni di Assicurazione complete, come previsto dall' Art. 66 – Regolamento Ivass n° 40/2018.**

Al fine, inoltre, della più ampia trasparenza nei confronti della clientela NEAM S.A., per il tramite degli operatori delle singole Banche collocatrici, si impegna a dare ad ogni Cliente chiara informazione circa l'esistenza ed operatività della presente copertura assicurativa.

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società in base alle condizioni tutte della presente polizza assicura contro gli infortuni professionali ed extra professionali (art. 21 delle Condizioni Generali – Norme che regolano l'assicurazione infortuni cumulativa) esclusivamente i Clienti di NEAM S.A. residenti in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, **per i quali Cassa Centrale Banca è stata indicata dagli stessi quale "Soggetto Incaricato dei Pagamenti" secondo quanto specificato nel paragrafo 5 del modulo di sottoscrizione, come segue:**

- i nuovi Clienti che dopo la data di decorrenza della polizza, entro il periodo di vigenza della polizza stessa, sottoscrivano quote di un Fondo NEF mediante l'adesione ad un piano di accumulazione – PAC - che preveda un versamento annuo non inferiore ad Euro 1.200,00 indipendentemente dalla rateizzazione del PAC;

- i clienti già in corso alla data di decorrenza della polizza che, entro il periodo di vigenza della polizza stessa, incrementino l'importo di un piano di accumulazione – PAC - di un Fondo NEF già sottoscritto, impegnandosi ad effettuare un versamento di un'ulteriore importo almeno pari ad Euro 1.200,00 su base annua indipendentemente dalla rateizzazione del PAC.

La copertura assicurativa opererà esclusivamente:

- per i PAC di nuova apertura nel periodo dall' 01/10/2021 al 31/03/2022;
- per i PAC già in corso ma con incremento di versamento nel periodo dall' 01/10/2021 al 31/03/2022;
- per i sinistri con data di accadimento entro i 12 mesi successivi alla data di apertura del nuovo PAC o di incremento di versamento per i PAC già in corso.

Si identificano nelle operazioni sopra descritte quelle che sono come tali contabilizzate da NEAM S.A..

L'assicurazione sarà operante esclusivamente a favore:

- delle persone fisiche intestatarie e/o cointestatarie dei rapporti precitati.

L'assicurazione non sarà invece operante per i rapporti precitati intrattenuti da:

- persone giuridiche in genere;
- enti pubblici, morali, religiosi;
- associazioni in genere;
- ditte individuali.



Assimoco S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) - Telefono 02/269621 - Fax 02/26920266 - www.assimoco.it - PEC: assimoco@legalmail.it - Capitale Sociale € 107.870.685,00 i.v.
Registro Imprese di Milano-Monza Brianza-Lodi e C.F. n. 03250760588 - R.E.A. n. 1086823 - P.I. n. 11259020151* - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e Artigianato del 11.06.1979 - G.U. n. 195 del 18.07.1979
Albo Imprese IVASS n. 1.00051 - Gruppo Assimoco (Albo Gruppi IVASS n. 051)
Capogruppo del Gruppo Assimoco
*Per fatturazione Partita IVA n. 10516920963 (Gruppo IVA)

Nel caso di rapporto cointestato l'indennizzo verrà ripartito proporzionalmente in base al numero dei cointestatari.

Ove un medesimo assicurato sia intestatario o cointestatario di due o più rapporti, beneficerà delle coperture assicurative di cui alla presente in modo autonomo e distinto, per ciascuno di essi, salvi i limiti di indennizzo previsti all'Art. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SOMMA ASSICURATA.

ARTICOLO 2 - PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SOMMA ASSICURATA

L'assicurazione viene prestata per il **caso Morte** e per il **caso di Invalidità Permanente**, quando la stessa risulti pari o superiore al 40% della totale, sempre che la morte o l'invalidità permanente siano state causate in modo esclusivo dall'evento, che deve avere i requisiti di cui all'art. 21 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La somma assicurata è pari a:

Clienti già in corso alla data di decorrenza della polizza:

indennizzo pari a 10 volte l'ammontare dell'importo che il cliente, al momento dell'adesione, ha pattuito di investire/versare, in incremento rispetto al PAC già in corso, nei 12 mesi successivi all'adesione, con il massimo di € 36.000,00, a condizione che l'impegno di investimento/versamento in incremento risulti almeno pari a superiore ad € 1.200,00 annui, a nulla rilevando la circostanza per cui, alla data di accadimento del sinistro tale importo non sia stato ancora complessivamente versato dal Cliente medesimo.

Esempio 1):

PAC incrementato in data 01/11/2021 per ulteriori € 150,00 mensili (€ 1.800,00 annui) con addebito il 10 di ogni mese; avviene sinistro il 20/04/2022. L'indennizzo sarà pari ad € 1.800,00 x 10 = Indennizzo € 18.000,00 e ciò sebbene il cliente abbia versato in incremento solamente 6 mensilità di PAC. Ciò a condizione che i programmati versamenti al PAC al momento del sinistro risultino effettivamente corrisposti.

Esempio 2):

PAC incrementato in data 01/11/2021 per ulteriori € 500,00 mensili (€ 6.000,00 annui) con addebito il 10 di ogni mese; avviene sinistro il 20/04/2022. L'indennizzo sarà pari ad € 6.000,00 x 10 = € 60.000,00 - Indennizzo € 36.000,00 e ciò sebbene il cliente abbia versato solamente 6 mensilità di PAC (non € 60.000,00 ma € 36.000,00 in quanto importo massimo indennizzabile per rapporto). Ciò a condizione che i programmati versamenti al PAC al momento del sinistro risultino effettivamente corrisposti.

Esempio 3)

PAC incrementato in data 01/11/2021 per ulteriori € 80,00 mensili (€ 960,00 annui) con addebito il 10 di ogni mese; avviene sinistro il 20/04/2022. L'indennizzo non viene corrisposto in quanto l'incremento di versamento annuo sul PAC già in corso è inferiore all'importo minimo di € 1.200,00 annui.

Clienti di nuova acquisizione dopo la data di decorrenza della polizza:

indennizzo pari a 10 volte l'ammontare dell'importo che il cliente, al momento dell'adesione, ha pattuito di investire/versare nei 12 mesi successivi all'adesione, con il massimo di € 36.000,00, a condizione che l'impegno di investimento/versamento risulti almeno pari a superiore ad € 1.200,00 annui, a nulla rilevando la circostanza per cui, alla data di accadimento del sinistro tale importo non sia stato ancora complessivamente versato dal Cliente medesimo.

Esempio 1):



Assimoco S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) - Telefono 02/269621

- Fax 02/26920266 - www.assimoco.it - PEC: assimoco@legalmail.it - Capitale Sociale € 107.870.685,00 i.v.

Registro Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C.F. n. 03250760588 - R.E.A. n. 1086823 - P.I. n. 11259020151* - Impresa

autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e Artigianato del 11.06.1979 - G.U. n. 195 del 18.07.1979

Albo Imprese IVASS n. 1.00051 - Gruppo Assimoco (Albo Gruppi IVASS n. 051)

Capogruppo del Gruppo Assimoco

*Per fatturazione Partita IVA n. 10516920963 (Gruppo IVA)

Cliente aderisce ex novo in data 01/11/2021 sottoscrivendo un PAC per € 150,00 mensili (€ 1.800,00 annui) con addebito il 10 di ogni mese; avviene sinistro il 20/04/2022. L'indennizzo sarà pari ad € 1.800,00 x 10 = Indennizzo € 18.000,00 e ciò sebbene il cliente abbia versato solamente 6 mensilità di PAC. Ciò a condizione che i programmati versamenti al PAC al momento del sinistro risultino effettivamente corrisposti.

Esempio 2):

Cliente aderisce ex novo in data 01/11/2021 sottoscrivendo un PAC per € 500,00 mensili (€ 6.000,00 annui) con addebito il 10 di ogni mese; avviene sinistro il 20/04/2022. L'indennizzo sarà pari ad € 6.000,00 x 10 = € 60.000,00 - Indennizzo € 36.000,00 e ciò sebbene il cliente abbia versato solamente 6 mensilità di PAC (Non € 60.000,00 ma € 36.000,00 in quanto importo massimo indennizzabile per rapporto). Ciò a condizione che i programmati versamenti al PAC al momento del sinistro risultino effettivamente corrisposti.

Esempio 3)

Cliente aderisce ex novo in data 01/11/2021 sottoscrivendo un PAC per € 80,00 mensili (€ 960,00 annui) con addebito il 10 di ogni mese; avviene sinistro il 20/04/2022. L'indennizzo non viene corrisposto in quanto l'impegno di versamento è inferiore all'importo minimo di € 1.200,00 annui.

In entrambi i casi (caso morte e caso di invalidità permanente pari o superiore al 40% della totale), la somma assicurata non potrà eccedere l'importo di € 36.000,00 quando l'infortunato risulti intestatario di un solo rapporto di cui al precedente art. 1.

In caso di rapporto cointestato a più persone fisiche, l'indennizzo si intende ridotto in proporzione al numero dei cointestatori, fermo il limite di € 36.000,00 per ciascun rapporto e di € 620.000,00 per somma di rapporti.

Qualora uno dei cointestatori dovesse rientrare fra i soggetti non assicurabili la garanzia prestata avrà piena efficacia nei confronti dell'altro o degli altri cointestatori come se il soggetto non assicurabile non risultasse fra gli intestatari del rapporto.

ARTICOLO 3 - PERSONE NON ASSICURABILI - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Ad integrazione dell'art. 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione la garanzia non è operante anche per i titolari di rapporti affetti da invalidità permanente pari o superiore al 40% valutata con riferimento ad un soggetto di integrità fisica e di salute normale.

La garanzia inoltre non è operante per i Clienti di NEAM S.A. per i quali Cassa Centrale Banca non è stata indicata dagli stessi quale "Soggetto Incaricato dei Pagamenti" secondo quanto specificato nel paragrafo 5 del modulo di sottoscrizione.

ARTICOLO 4 - IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Omissis.

ARTICOLO 5 – DECORRENZA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PER GLI ASSICURATI

Tutti i rapporti previsti dall'art. 1, purché sia identificabile l'Assicurato, sono da considerarsi automaticamente assicurati dalle ore 24 del giorno di perfezionamento:

- del nuovo piano di accumulo – PAC
- dell'incremento del piano di accumulo – PAC – già in corso

sempre che successivo alla decorrenza di polizza.

La copertura cesserà:

- dalla data di estinzione/chiusura del piano di accumulo – PAC con NEAM S.A. da parte del Cliente;
- in caso di sinistro liquidato a termini di polizza, nel caso di PAC cointestato la copertura però continuerà a favore degli altri cointestatari sempreché il sinistro liquidato sia di importo inferiore ad € 36.000,00;
- trascorsi 12 mesi dalla data di apertura del nuovo PAC o di incremento di versamento per i PAC già in corso.

ARTICOLO 6 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

L'indennizzo verrà versato:

- in caso di decesso
agli eredi legittimi e/o testamentari delle persone fisiche decedute e assicurate;
- in caso di invalidità permanente
all'Assicurato colpito da invalidità.

Il termine massimo per il pagamento dell'indennizzo dovuto viene fissato in 45 giorni dalla presentazione da parte della Contraente della documentazione necessaria alla definizione del sinistro stesso, quale:

- denuncia dell'infortunio con indicazione della causa e modalità di accadimento dello stesso;
- certificato di morte;
- estratto conto relativo al rapporto/i in essere con Nord Est Asset Management S.A.;
- atto notorio per la designazione degli eredi;

ed a esplicita richiesta della Società:

- copia della cartella clinica, in caso di ricovero in Enti Ospedalieri seguito o no da decesso;
- copia del verbale delle Autorità intervenute.

In caso di controversia, fermo quanto previsto dall'art. 20 delle "Norme che regolano l'assicurazione in generale", il termine massimo per il pagamento del sinistro decorra dal giorno di risoluzione della controversia stessa.

ARTICOLO 7 - INVALIDITÀ PERMANENTE

In deroga dell'art. 30 delle Condizioni Generali di Assicurazione l'invalidità permanente di grado uguale o superiore al 40% sarà considerata invalidità permanente al 100%.

ARTICOLO 8 - ALTRE ASSICURAZIONI

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

ARTICOLO 9 - ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIARE INFERMITÀ, DIFETTI FISICI O MUTILAZIONI

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le eventuali condizioni anormali di salute e le minorazioni fisiche delle quali gli Assicurati risultassero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito sopravvenire. Viene tuttavia confermato che nel caso di infortunio sofferto da persona affetta da difetti fisici, o mutilazioni, o condizioni anormali di salute, l'indennità per l'invalidità permanente verrà liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se avesse colpito una persona fisicamente integra, fermo il disposto dell'art. 28 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

ARTICOLO 10 - DETERMINAZIONE E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Omissis

ARTICOLO 11 - CONDIZIONI SPECIALI

1. Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 C.C.. Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita, se in misura superiore al 40% della totale.
2. Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'articolo 1891 C.C..

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE

ARTICOLO 12 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ARTICOLO 13 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Omissis.

ARTICOLO 14 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ARTICOLO 15 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza (art. 1913 c.c.).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 c.c.).

ARTICOLO 16 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dal contratto a mezzo raccomandata.

Se è esercitato dalla Società, il recesso ha effetto dalla scadenza del periodo annuo di assicurazione in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 90 giorni prima di tale data, dalla scadenza annua successiva.

Se esercitato dalla Contraente, il recesso ha effetto, invece, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata; in tale caso, la Società rimborsa alla Contraente, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

ARTICOLO 17 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La presente polizza cesserà automaticamente alle ore 24,00 del 30/09/2022, senza obbligo di preventiva disdetta.

ARTICOLO 18 - ONERI FISCALI

Omissis.

ARTICOLO 19 - FORO COMPETENTE

Foro competente deve intendersi quello stabilito dalle disposizioni di legge.

ARTICOLO 20 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

ARTICOLO 21 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

E' considerato infortunio, l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche, oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) la folgorazione;
- g) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione: degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee, dei tendini e dei fasci carnosi dei muscoli scheletrici;
- h) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- i) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- j) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, vandalismo, attentati, rapine, aggressioni, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- k) le affezioni conseguenti a morsi di animali, a punture di insetti o aracnidi, escluse, per queste ultime, quelle di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l) gli infortuni subiti in stato di ubriachezza, esclusi quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.

ARTICOLO 22 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizione non di regolarità pura e nelle relative prove;
- 2) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 3) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto al successivo art. 23;
- 4) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci

- alpinismo, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, bunging jumping, canyoning, freeclimbing, base jumping, deltaplano, parapendio, paracadutismo, o sport aerei in genere;
- 5) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
 - 6) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - 7) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - 8) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - 9) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
 - 10) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

ARTICOLO 23 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da Aeroclubs.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La somma dei capitali garantiti, sia con questa polizza sia con altre polizze stipulate dalla stessa Contraente con la Società, non potrà superare, complessivamente per aeromobile, l'importo di:

€ 3.000.000,00 in caso di morte

€ 3.000.000,00 in caso di invalidità permanente.

In caso di incidente aereo che colpisca più Assicurati, qualora i capitali garantiti eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con imputazione proporzionale sui singoli contratti.

ARTICOLO 24 - SERVIZIO MILITARE

La garanzia è prestata durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, limitatamente agli infortuni non derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di detto servizio.

ARTICOLO 25 - PERSONE NON ASSICURABILI

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcoolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Non sono altresì assicurabili le persone di età superiore agli 80 anni, per le persone che raggiungano la predetta età in corso di garanzia la stessa cesserà alla prima scadenza annuale di Polizza.

ARTICOLO 26 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ARTICOLO 27 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

Fermo quanto previsto dall'art. 15, la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. 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 e gli accertamenti necessari.

ARTICOLO 28 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 30 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ARTICOLO 29 - MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato 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, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello per invalidità permanente.

ARTICOLO 30 - INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati:

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 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.

ARTICOLO 31 - MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL DANNO

Le divergenze sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 28, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il



Assimoco S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) - Telefono 02/269621

- Fax 02/26920266 - www.assimoco.it - PEC: assimoco@legalmail.it - Capitale Sociale € 107.870.685,00 i.v.

Registro Imprese di Milano-Monza Brianza-Lodi e C.F. n. 03250760588 - R.E.A. n. 1086823 - P.I. n. 11259020151* - Impresa

autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e Artigianato del 11.06.1979 - G.U. n. 195 del 18.07.1979

Albo Imprese IVASS n. 1.00051 - Gruppo Assimoco (Albo Gruppi IVASS n. 051)

Capogruppo del Gruppo Assimoco

*Per fatturazione Partita IVA n. 10516920963 (Gruppo IVA)

terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, 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 delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ARTICOLO 32 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ARTICOLO 33 - EVENTO CATASTROFALE

Nel caso in cui un unico evento provochi l'infortunio di 2 o più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo complessivo di Euro 3.000.000,00 (tremilioni/00). Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il suddetto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto intercorrente fra il detto limite e il totale delle somme assicurate.

Condizione Particolare 1

Omissis.

Assimoco S.p.A.