



NOTA INFORMATIVA E CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA POLIZZA COLLETTIVA N. 5258/02

NOTA INFORMATIVA

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA ASSICURATRICE

Cardif Assurances Risques Divers S.A., Rappresentanza generale per l'Italia, Largo Toscanini, 1 – 20122 Milano, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989 – Reg. Imprese e PI 08916500153 Trib. Milano, iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00011 Telefono: 02.772241

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

LEGISLAZIONE APPLICABILE

Ai sensi degli Artt. 180 e 181 del D. Lgs n. 209/2005, la legislazione applicabile al contratto è quella italiana, così come preventivamente convenuto tra gli Assicuratori e la Contraente.

GESTIONE DEI RECLAMI

Reclami all'impresa

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, **devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, telefax o e-mail** all'Impresa e, in particolare, alla **funzione Ufficio Reclami**, incaricata del loro esame, ai seguenti recapiti:

- a Cardif Assurances Risques Divers S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia - **Ufficio Reclami** - Largo Toscanini, 1 - 20122 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di **quarantacinque giorni**, potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, secondo le modalità previste per i reclami presentati direttamente all'ISVAP sotto elencate ed inviando altresì copia del reclamo presentato all'Impresa nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'ISVAP

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'ISVAP al recapito sopraindicato.

Il reclamo inviato all'ISVAP deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome e domicilio del reclamante;
- l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità giudiziaria.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo:

- direttamente all'Autorità di vigilanza/sistema competente del paese dello stato membro in cui ha sede legale l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>);
- all'ISVAP che provvede all'inoltro alla suddetta Autorità/sistema, dandone notizia al reclamante.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E DELL'ADERENTE

Al momento della denuncia di sinistro e nel corso della fase d'istruttoria dello stesso, gli Assicurati e gli Aderenti devono fornire alla Compagnia dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio. Il fatto che gli Assicurati e gli Aderenti rilascino dichiarazioni false o reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compresa la mancata corresponsione della prestazione assicurativa.

DURATA DELLE GARANZIE

Il contratto prevede il tacito rinnovo.



PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALE

Garanzia "Diaria da Ricovero Ospedaliero per infortunio e malattia": l'indennità non verrà corrisposta nel caso in cui il ricovero, reso necessario per Malattia, venga effettuato entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza.

PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalle polizze si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Si invita l'Aderente a leggere con particolare attenzione il contratto prima della sottoscrizione con particolare riferimento alle clausole concernenti le garanzie incluse e quelle escluse nelle coperture assicurative, la durata delle coperture nonché la durata di uno o più periodi di carenza contrattuale previsti.



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

Aderente: la persona fisica che aderisce alla copertura Salute.

Assicurato: la persona fisica che ha aderito alla Polizza e per la quale è prestata l'assicurazione, in relazione ad eventi che occorrono a sé ovvero anche ai componenti del suo Nucleo Familiare.

Assicuratore, Compagnia: **Cardif Assurances Risques Divers S.A.**, Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede legale al n° 1 di Largo Toscanini, 20122 Milano, Capitale Sociale di Euro 14.784.000,00, P. IVA., C.F e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano 08916500153, R.E.A. n°1254536 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00011, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Assurance.

Attestato di Adesione: il documento inviato all'Assicurato che attesta l'adesione telefonica alla Polizza.

Attività Sportiva Professionistica: attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia delle coperture assicurative è sospesa.

Cartella Clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità del Paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami effettuati e diario clinico.

Contraente: Banca Nazionale del Lavoro S.p.A., con sede legale in Via V. Veneto, 119 – 00187 Roma, Capitale Sociale di Euro 2.076.940.000, 00 P.IVA 00920451002 che stipula la Polizza per conto dei propri clienti titolari di conto corrente presso la stessa Contraente e, in qualità di intermediario di assicurazione iscritto alla sezione D del Registro Unico elettronico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D.Lgs. 209/2005 e art. 4 del Regolamento ISVAP n. 5/2006, propone l'adesione alle coperture su incarico della Compagnia.

Contratto a distanza: contratto stipulato con l'impiego di tecniche di comunicazione a distanza che consentono la conclusione del contratto senza la contemporanea presenza fisica delle Parti.

Data di Decorrenza: data in cui le garanzie assicurative previste dalla Polizza cominciano ad avere effetto.

Data di Cessazione delle Garanzie: data in cui le garanzie assicurative previste dalla Polizza cessano di avere effetto.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: l'importo liquidabile dall'Assicuratore in base alle Condizioni di Assicurazione.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità Totale e Permanente o ITP: la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica o l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano Istituto di Cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Lesione: alterazione dello stato fisico, quando è generata da energia meccanica configura un trauma nell'organismo.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimale: somma fino alla cui concorrenza l'Assicuratore presta le garanzie.

Nucleo Familiare: il coniuge, il convivente more uxorio o i figli dell'Assicurato al momento del sinistro, nel rispetto delle condizioni di estensione della copertura.

Parti: Aderente/Assicurato, Contraente, Assicuratore.

Periodo di Franchigia: periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna Prestazione. Quando la franchigia è Relativa, in caso di superamento del Periodo di Franchigia, la Prestazione è dovuta per l'intero.

Polizza: la Polizza Collettiva n. 5258/02 stipulata fra Contraente ed Assicuratore.

Premio: la somma dovuta all'Assicuratore per le coperture assicurative prestate.

Ricovero Ospedaliero: la degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in Istituto di Cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in ambulatorio.



Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che senza la presenza fisica simultanea delle Parti possa impiegarsi per la conclusione del contratto tra le Parti.

Telemarketing: tecnica di comunicazione a distanza che utilizza il mezzo telefonico per la conclusione del contratto tra le Parti.

Art. 1 – Oggetto della copertura - Pacchetto Assicurativo “Salute”

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato le seguenti coperture:

- “INDENNITÀ DA INFORTUNIO”, ossia una copertura per le Lesioni derivanti da infortunio;
- “INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA INFORTUNIO”, ossia una copertura per l'ITP derivante da infortunio;
- “DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO PER INFORTUNIO E MALATTIA”, ossia una copertura per le ipotesi di Ricovero Ospedaliero conseguente a infortunio o malattia.

Le garanzie sopra elencate sono offerte solo congiuntamente e costituiscono insieme il Pacchetto Assicurativo “Salute”, a cui i clienti della Contraente potranno aderire in relazione ad eventi che occorrono a sé - Copertura “OPZIONE SINGOLO” - ovvero anche al Nucleo Familiare - Copertura “OPZIONE NUCLEO” - mediante un unico atto di adesione.

Art. 2 – Requisiti di assicurabilità e condizioni di estensione della copertura assicurativa

Può aderire alla copertura ed è assicurabile la persona fisica che, all'atto dell'adesione, sia titolare di un conto corrente presso la Contraente ed abbia un'età compresa tra i 18 ed i 64 anni.

In caso di adesione alla Copertura “OPZIONE NUCLEO”, la copertura assicurativa si estende agli eventi che occorrono ai componenti il Nucleo Familiare dell'Aderente, nel rispetto delle seguenti condizioni:

- per tutti i componenti il nucleo familiare: la sussistenza, al momento del sinistro, di un rapporto di stabile convivenza con l'Aderente, comprovato dalla presenza nello stato di famiglia dell'Aderente stesso;
- per il solo coniuge convivente o il convivente more uxorio: un'età, al momento dell'adesione alla copertura da parte dell'Aderente, compresa tra 18 ed 64 anni ed un'età, al momento del sinistro, non superiore a 70 anni;
- per i soli figli conviventi: un'età, al momento del sinistro, compresa tra 1 e 24 anni compiuti.

Art. 3 – Decorrenza e cessazione delle garanzie

Art. 3.1 - Decorrenza delle garanzie

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di adesione telefonica, alla copertura assicurativa (data indicata nell' attestato di adesione). Dalla Data di Decorrenza e fino alla data di addebito del Premio unico o della prima frazione del Premio unico, che avverrà non prima di 60 Giorni dall'adesione, la Polizza non è vincolante per l'Assicurato al quale, per tale periodo, è però garantita, la copertura assicurativa.

Art. 3.2 - Durata e Cessazione delle garanzie

La copertura assicurativa ha una durata annuale. Alla scadenza si rinnova tacitamente salvo disdetta. La disdetta può essere effettuata dall'Assicurato almeno 30 giorni prima della scadenza annuale mediante comunicazione telefonica al numero 800.900.900, ovvero a mezzo di lettera raccomandata da inviarsi all'Assicuratore.

La copertura assicurativa ha in ogni caso termine:

- alla prima scadenza successiva al compimento del 70° anno di età dell'Aderente;
- alla prima ricorrenza annuale successiva alla cessazione della Polizza Collettiva stipulata tra la Compagnia e la Contraente;
- con effetto immediato, a seguito di mancato versamento del primo premio annuale o, nel caso di premio frazionato, delle prime tre rate di premio da corrispondersi in un'unica soluzione come specificato al successivo art. 8;
- a seguito della morosità che si protragga per oltre tre rate per i versamenti successivi al primo, in caso di premio frazionato;
- trascorsi 60 (sessanta) giorni dalla scadenza del termine per il versamento in caso di mancato pagamento del premio annuale, relativamente all'annualità successiva alla prima;
- in caso di chiusura del conto corrente, alla prima scadenza annuale successiva ove sia stato corrisposto un premio unico anticipato o alla prima scadenza mensile successiva in caso di premio frazionato;

- in caso di decesso dell'Aderente.

L'Assicuratore può esercitare il proprio diritto di disdetta con l'invio, almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura, di lettera raccomandata all'indirizzo riportato dall'Assicurato sull' Attestato di Adesione.

Art. 4 – Diritto di recesso dell'Assicurato

L'Assicurato può recedere dalla Polizza entro 30 giorni dalla Data di addebito del Premio relativo alla prima annualità telefonando al numero 800.900.900, mediante la compilazione dell'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente, ovvero dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata (farà fede il relativo timbro postale) ovvero della data di compilazione dell'apposito modulo ovvero dalla data di recesso esercitato telefonicamente..

Se l'Assicuratore riceve la comunicazione di recesso entro 30 giorni dalla Data di addebito del Premio l'Assicuratore stesso provvederà alla restituzione integrale del premio addebitato all'Aderente.

La denuncia di sinistro, in pendenza del termine di recesso, implica la rinuncia al diritto medesimo.

Art. 5 – Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

Art. 5.1 - Indennità da infortunio

(a) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto nel successivo articolo "Esclusioni", il rischio coperto è la lesione derivante da infortunio, purché si tratti di una delle lesioni indicate nella tabella allegata alle presenti Condizioni (Allegato A).

(b) Prestazione assicurativa

L'Assicuratore liquida una Indennità nella misura fissa e forfettaria prestabilita in base al tipo di lesione indicata nella tabella allegata (Allegato A).

Qualora un singolo evento infortunio determini un politraumatismo, caratterizzato da più lesioni, l'Assicuratore liquiderà l'importo risultante dalla somma delle singole voci di lesione riportate in tabella, nei limiti del massimale di Euro 100.000,00=.

Con riferimento alla garanzia "INDENNITÀ DA INFORTUNIO", per ogni annualità assicurativa, la Prestazione complessiva dell'Assicuratore in favore dell'Assicurato, anche in relazione agli eventi che occorrono al Nucleo Familiare di quest'ultimo, è limitata a n. 2 (due) sinistri e non potrà eccedere l'importo massimale di Euro 100.000,00=.

In ogni caso, per ogni annualità assicurativa, la prestazione complessiva dell'Assicuratore, in relazione alle garanzie "INDENNITÀ DA INFORTUNIO" e "ITP DA INFORTUNIO", non potrà eccedere l'importo massimale di Euro 100.000,00= ed è limitata a n. 2 sinistri.

Qualora l'Assicuratore abbia già liquidato la prestazione prevista dalla garanzia "INDENNITÀ DA INFORTUNIO" e, successivamente, in conseguenza del medesimo evento che ha dato origine al Sinistro, si accerti che è insorta una Invalidità Totale e Permanente in misura pari o superiore a 67%, verrà corrisposta all'Aderente la differenza tra quanto già liquidato nel corso dell'annualità, come "INDENNITÀ DA INFORTUNIO", e la somma di Euro 100.000,00=.

Tale sinistro verrà quindi considerato "ITP DA INFORTUNIO" e non più "INDENNITÀ DA INFORTUNIO".

Art. 5.2 - Invalidità Totale e Permanente da infortunio

(a) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto nel successivo articolo "Esclusioni", il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente a seguito di infortunio in misura pari o superiore a 67%, da valutarsi in base al DL 38 del 23.02.2000 INAIL e successive modifiche.

(b) Prestazione assicurativa

L'Assicuratore liquida una Prestazione pari ad Euro 100.000,00=.

Tale Prestazione è dovuta solo a seguito dell'accertamento dei postumi permanenti (cioè a stabilizzazione avvenuta del quadro clinico) causati dall'infortunio – verificatosi nel corso di polizza – e comunque entro 18 mesi dalla data di accadimento dall'evento lesivo.



Con riferimento alla garanzia "ITP DA INFORTUNIO", per ogni annualità assicurativa la Prestazione complessiva dell'Assicuratore in favore dell'Assicurato, anche in relazione agli eventi che occorrono al Nucleo Familiare di quest'ultimo, non potrà eccedere l'importo massimale di Euro 100.000,00=.

In ogni caso, per ogni annualità assicurativa, la prestazione complessiva dell'Assicuratore in relazione alle garanzie "INDENNITÀ DA INFORTUNIO" e "ITP DA INFORTUNIO" non potrà eccedere l'importo massimale di Euro 100.000,00= ed è limitata a n. 2 sinistri.

Per tutta la durata della copertura, la prestazione assicurativa relativa alla garanzia "ITP DA INFORTUNIO" potrà essere liquidata una sola volta per l'Aderente ed una sola volta per ciascuno dei componenti il Nucleo Familiare.

L'Invalidità Totale e Permanente dovrà configurarsi in conseguenza di un singolo sinistro e non verrà calcolata come postumi complessivi derivati da sinistri verificatisi in annualità diverse.

Art. 5.3 - Diaria da Ricovero per infortunio e malattia

(a) Rischio assicurato

Salvo quanto previsto nel successivo articolo "Esclusioni", il rischio coperto è il Ricovero Ospedaliero in Istituto di Cura a seguito di infortunio e/o malattia.

(b) Periodo di Franchigia

La garanzia è soggetta ad un Periodo di Franchigia Relativa pari a 2 (due) giorni.

(c) Periodo di Carenza

Per il ricovero a seguito di malattia, la garanzia è soggetta ad un periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni.

(d) Prestazione assicurativa

L'Assicuratore, per il periodo di Ricovero Ospedaliero, liquida una Indennità pari ad Euro 40,00= al giorno.

Con riferimento alla garanzia "DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO PER INFORTUNIO E MALATTIA", per ciascuna annualità assicurativa la Prestazione complessiva dell'Assicuratore in favore dell'Assicurato, anche in relazione agli eventi che occorrono al Nucleo Familiare di quest'ultimo, è pari a 60 (sessanta) giorni.

Art. 6 – Esclusioni

Le coperture sono **escluse** nei seguenti casi:

- a) **dolo dell'Assicurato o dei soggetti a cui la copertura assicurativa si estende;**
- b) **sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;**
- c) **azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;**
- d) **infortuni già verificatisi, malattie già in essere, anche se non noti o diagnosticati, alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;**
- e) **interventi conseguenti ad infortuni occorsi prima della data di effetto della polizza;**
- f) **cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipula della polizza;**
- g) **infortuni e malattie conseguenti a stati depressivi e patologie psichiatriche o neuropsichiatriche;**
- h) **infortuni e malattie conseguenti ad alcolismo acuto o cronico, uso di stupefacenti o di medicinali in dosi non prescritte dal medico, sieropositività HIV, ovvero alle altre patologie ad essa collegate;**
- i) **infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- j) **partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;**
- k) **infortuni e malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;**
- l) **infortuni e malattie che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportiva Professionistica; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;**



- m) infortuni derivanti dall'espletamento delle seguenti attività: palombaro, sommozzatore, stuntman, attività circense, collaudatore o pilota di veicoli a motore-mezzi subacquei, speleologo, lavori in miniera o pozzi, attività sportiva a titolo professionale, attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico, piloti di deltaplano, paracadutisti;
- n) infortuni causati dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore, sport equestri in genere;
- o) infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi. Esempi: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, free climbing, helmsnow, jet ski, kitesurfing, torrentismo, snowrafting, skeleton (slittino) bobsleigh (motoslitta) e similari;
- p) ogni lesione non riportata nell'Allegato A;
- q) interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di infortunio verificatosi in corso di polizza; prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;
- r) ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla procreazione; aborto volontario non terapeutico;
- s) ricoveri dovuti a patologie psichiatriche, checkup di medicina preventiva;
- t) ricoveri in regime di lungodegenza, convalescenza o riabilitazione (fisica e/o neurologica e/o cardiologica).

Si precisa che ai fini dell'operatività della garanzia "ITP DA INFORTUNIO" non verranno considerati i postumi permanenti conseguiti a stati patologici progressi (da malattia o infortunio).

Art. 7 – Beneficiari delle prestazioni

Per tutte le coperture assicurative, Beneficiario delle Prestazioni è l'Assicurato.

Art. 8 – Premio

Il premio è unico annuale anticipato, ed è indicato sul Attestato di Adesione; si intende comprensivo dell'imposta di assicurazione in misura pari al 2.50% dei premi imponibili.

Il premio annuale può essere, a scelta dell'Aderente, frazionato in rate mensili.

Il primo addebito del premio è effettuato 2 mesi dopo la Data di Decorrenza. In caso di premio frazionato tale addebito avrà ad oggetto 3 rate di premio.

Art. 9 – Clausola di revisione del Premio

La Compagnia si riserva il diritto di variare l'importo del premio assicurativo qualora, valutando i dati statistici di riferimento, venga accertato un andamento tecnico negativo della Polizza.

Le variazioni di premio verranno applicate al momento del rinnovo annuale della copertura.

La Compagnia invierà all'Assicurato la comunicazione di variazione del premio con preavviso di 60 giorni, rispetto alla scadenza annuale della copertura.

L'Assicurato che non accetti tale variazione ha la facoltà di recedere dalla copertura alla scadenza annuale.

Il recesso deve essere comunicato all'Assicuratore almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della copertura a mezzo lettera raccomandata AR.

Art. 10 – Bonus rinnovo

Qualora, entro 30 giorni dalla data di scadenza di ciascuna annualità assicurativa, la Compagnia non abbia confermato all'Assicurato l'accettazione di alcun sinistro durante l'annualità medesima, quest'ultimo, in caso di rinnovo, avrà diritto ad un mese gratuito di copertura.

Ogni conferma posteriore al termine anzidetto verrà computata con riferimento all'annualità successiva.



Art. 11 – Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente mediante la compilazione dell'apposito modulo disponibile presso le filiali della Contraente ovvero per iscritto a Cardif – Gestione e Servizio Clienti – Ufficio Sinistri – Largo Toscanini, 1 – 20122 Milano, fax n. 02 77224261 oppure al fax n. 02 30329810

L'Assicurato può chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del sinistro telefonando a Cardif al numero 800.070.988 attivo dal lunedì al venerdì dalle 08.30 alle 19.00 e il sabato dalle 09.00 alle 13.00.

L'Assicurato dovrà consegnare a Cardif Assurances Risques Divers S.A. tutta la documentazione richiesta da quest'ultimo necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. La Compagnia si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici e di richiedere tutta la documentazione che ritenga necessaria per la corretta valutazione del sinistro.

In particolare, salvo eventuali integrazioni richieste dall'assicuratore, i documenti necessari per le garanzie assicurate sono i seguenti:

- documentazione sanitaria e radiologica comprovante la lesione, completa di indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché di una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento;
- lettera di dimissione e copia della cartella clinica relativa al ricovero ospedaliero;
- stato di famiglia (per le coperture riguardanti l'intero nucleo familiare).

L'Assicurato deve inoltre:

- **sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;**
- **consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia, il costo delle quali sarà a totale carico della Compagnia stessa.**

Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

In ogni caso, la Compagnia provvederà alla liquidazione delle prestazioni solo previo incasso dei premi dovuti.

Art. 12 – Liquidazione dei sinistri

La Compagnia, dopo la ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa al Sinistro, si impegna a liquidare la Prestazione, in caso di accettazione, entro 30 giorni da tale ricezione.

Art. 13 – Legge applicabile

La Legge applicabile alla Polizza è quella italiana.

Art. 14 – Collegio dei Medici

L'Assicurato avrà facoltà – e, qualora la eserciti, la Compagnia dovrà aderirvi - di rimettere alla decisione di Arbitri le eventuali controversie su natura e valutazione del sinistro denunciato. In tal caso le parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Ciascuna delle parti sosterrà le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti, purché assunte a maggioranza.

Art. 15 – Comunicazioni

Fatto salvo quanto specificato nell'art. 19 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto a: Cardif – Gestione e Servizio Clienti - Largo Toscanini 1 – 20122 Milano, fax n. 02 77224261. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

Art. 16 – Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla copertura assicurativa.



Art. 17 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, dell'Assicurato o dell'Aderente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, che richieste dalla Compagnia all'atto dell'adesione all'assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 18 – Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione della presente Polizza, sorta tra l'Assicuratore e la Contraente (o uno di essi), da una parte, e, dall'altra, qualunque Aderente e/o avente diritto, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente e/o avente diritto.

Art. 19 – Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto:

- a Cardif Assurances Risques Divers S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami - Largo Toscanini, 1 - 20122 Milano - n° fax 02.77.224.265 - indirizzo e-mail reclami@cardif.com

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà, rivolgersi all'ISVAP, via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della copia del reclamo presentato a Cardif Assurances Risques Divers S.A..nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità giudiziaria.

Art. 20 – Tutela dei dati – Informativa

La Compagnia, in qualità di Titolare del trattamento, informa che i dati personali dell'Aderente, dell'Assicurato e dei Beneficiari (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi quelli sensibili (per esempio: informazioni in merito allo stato di salute) e giudiziari, forniti dagli Interessati o da terzi, sono trattati ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata, nonché per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo. Con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

All'interno della nostra Compagnia, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto della Compagnia medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

La Compagnia può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico della Compagnia; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede della Compagnia) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomo "Titolare", salvo il caso in cui siano stati designati dalla Compagnia "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in



ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. La Compagnia non diffonde i dati personali degli Interessati.

Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso la Compagnia e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs n. 196/2003, può rivolgersi a:

- Cardif Assurances Risques Divers S.A.- Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, pro-tempore, domiciliato per la funzione presso la sede di Largo Toscanini n. 1, 20122 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com

Tabella indennizzi - Allegato A
INDENNITA' DA INFORTUNIO

TIPOLOGIA DI LESIONE	Indennizzi
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA CRANICA SENZA POSTUMI NEUROLOGICI	1.500 €
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	4.500 €
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO o MASCELLARE o PALATINO o LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	1.500 €
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare - non cumulabile con LEFORT II° o III°)	2.500 €
FRATTURA LEFORT II° (non cumulabile con LEFORT I° o III°)	4.000 €
FRATTURA LEFORT III° (non cumulabile con LEFORT I° o II°)	5.000 €
FRATTURA ETMOIDE o OSSO LACRIMALE o OSSO JOIDEO o VOMERE o OSSA NASALI PROPRIE	500 €
FRATTURA MANDIBOLARE (PER LATO)	2.000 €
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA ARCO ANTERIORE o ARCO POSTERIORE o MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO o PROCESSI ARTICOLARI) I° VERTEBRA (C1)	7.500 €
FRATTURA CORPO o PROCESSO TRASVERSO o PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA (C2)	7.200 €
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER CIASCUNA VERTEBRA)	7.000 €
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	500 €
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER CIASCUNA VERTEBRA)	3.500 €
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO XII° VERTEBRA	7.500 €
FRATTURA DEL CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	500 €
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER CIASCUNA VERTEBRA)	500 €
TRATTO LOMBALE	
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA CON SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	7.000 €
FRATTURA PROCESSO SPINOSO o PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA SENZA SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	3.000 €
FRATTURA CORPO VERTEBRALE CON SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	7.000 €
FRATTURA CORPO VERTEBRALE SENZA SCHIACCIAMENTO (PER CIASCUNA VERTEBRA)	500 €
OSSO SACRO	
FRATTURA DELLE OSSA DEL SACRO	3.000 €
COCCIGE	
FRATTURA DEL COCCIGE	2.500 €



BACINO

FRATTURA ALI ILIACHE o BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) o DEL PUBE	2.500 €
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	6.000 €

TORACE

FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	500 €
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	500 €
FRATTURA STERNO	2.500 €
FRATTURA DI UNA COSTA SCOMPOSTA	500 €

ARTO SUPERIORE (DESTRO o SINISTRO)

BRACCIO

FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	1.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE o SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	5.000 €
FRATTURA EPIFISI DISTALE o INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	4.500 €

AVAMBRACCIO

FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO E/O ULNA (FACCIA ARTICOLARE CARPICA o PROCESSO STILOIDEO o INCISURA ULNARE)	4.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITÀ RADIALE o CAPITELLO o COLLO o CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	3.000 €
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO o PROCESSO CORONOIDEO o INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	3.000 €
FRATTURA BÌOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	1.000 €
FRATTURA BÌOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	7.000 €

POLSO E MANO

FRATTURA SCAFOIDE	2.000 €
FRATTURA DEL CARPO (PER CIASCUN OSSO - ESCLUSO LO SCAFOIDE)	200 €
FRATTURA I° METACARPALE	1.500 €
FRATTURA II° o III° o IV° o V° METACARPALE	200 €

FRATTURA DITA

POLLICE (FALANGE PROSSIMALE e/o FALANGE DISTALE)	5.000 €
INDICE (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	4.000 €
MEDIO (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.500 €
ANULARE (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.500 €
MIGNOLO (FALANGE DISTALE e MEDIALE e/o FALANGE PROSSIMALE)	1.000 €

ARTO INFERIORE (DX o SX)

FRATTURA FEMORE

DIAFISARIA	3.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE IMPIANTO DI PROTESI D'ANCA	14.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE IMPIANTO DI PROTESI DI GINOCCHIO	12.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE PATELLECTOMIA TOTALE	3.000 €
FRATTURA CONDIZIONANTE OSTEOSINTESI e CERCHIAGGIO DI ROTULA	1.000 €



PERDITE ED USTIONI

PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	15.000 €
CECITA' MONOCULARE	7.500 €
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	1.500 €
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	3.000 €
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	1.500 €
PERDITA ANATOMICA DI DUE TESTICOLI	8.000 €
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	15.000 €
USTIONI ESTESE A PIÙ DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA	20.000 €

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI	3.500 €
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE	2.500 €
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE	2.500 €
ROTTURA DEI TENDINI DI CIASCUN DITO DELLA MANO	2.000 €
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE	4.000 €
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	2.000 €
LUSSAZIONE DEL CERCINE GLENO-OMERALE (Documentata radiologicamente)	3.500 €
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (Documentata radiologicamente)	3.000 €
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (Documentata radiologicamente)	3.000 €
LUSSAZIONE GOMITO (Documentata radiologicamente)	6.000 €
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (Documentata radiologicamente)	3.000 €
LUSSAZIONE MCF o IF 2° o 3° o 4° o 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)	500 €
LUSSAZIONE MCF o IF POLLICE (Documentata radiologicamente)	3.000 €
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	6.000 €
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA o IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	2.500 €
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA o IF II° o III° o IV° o V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	200 €
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (Documentata radiologicamente)	6.000 €
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE e/o POSTERIORE e/o DEL PIATTO TIBIALE (Documentata radiologicamente)	6.000 €
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA e/o DEI MENISCHI (Documentata radiologicamente)	500 €
LESIONE TENDINE ROTULEO (Documentata radiologicamente)	3.000 €
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (Documentata radiologicamente)	4.000 €

AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE

AMPUTAZIONE AL TERZO SUPERIORE o TERZO MEDIO DI BRACCIO	40.000 €
AMPUTAZIONE DI UNA MANO o DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	30.000 €
AMPUTAZIONE POLLICE + 3 DITA	25.000 €
AMPUTAZIONE POLLICE + 2 DITA	18.000 €
AMPUTAZIONE 2 DITA	8.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	9.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DI INDICE	5.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DI MEDIO	3.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DI ANULARE o MIGNOLO	1.500 €
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI INDICE	4.000 €
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI MEDIO	2.700 €
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DI ANULARE o MIGNOLO	1.200 €
AMPUTAZIONE DELLA FALANGE UNGUEALE DI POLLICE	7.000 €
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DI CIASCUNA DELLE ALTRE DITA	1.500 €



ARTO INFERIORE

AMPUTAZIONE DI COSCIA (al di sopra della metà di coscia o al di sopra di ginocchio)	40.000 €
AMPUTAZIONE TOTALE oppure OLTRE I DUE TERZI PROSSIMALI DI GAMBA (al di sotto del ginocchio)	35.000 €
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE DISTALE	30.000 €
PERDITA DI UN PIEDE	30.000 €
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	15.000 €
PERDITA DELL'ALLUCE	8.000 €
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	4.000 €
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	200 €