



Set informativo

Il presente set informativo contiene:

- Documento informativo precontrattuale (DIP)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo)
- Condizioni di assicurazione comprensive di glossario e redatte secondo le linee guida del tavolo tecnico "Contratti Semplici e Chiari", per la semplificazione dei contratti assicurativi
- Privacy

Edizione aggiornata al 06/2025

Polizza Infortuni

BANCO BPM
ASSICURAZIONI

Documento Informativo relativo al Prodotto assicurativo (DIP Danni) Compagnia: Banco BPM Assicurazioni S.p.A. – Prodotto: Assicurazione Infortuni

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza multigaranzia di tipo individuale, tutela l'Assicurato da eventi inaspettati relativi al suo stato di salute che possano comprometterne la capacità di produrre reddito.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Decesso da Infortunio**
Indennizzo ai beneficiari della Somma assicurata nel caso di decesso per Infortunio.
- ✓ **Invalidità permanente da Infortunio**
Indennizzo della Somma assicurata nel caso di Infortunio che comporti una Invalidità Permanente. La garanzia include anche coperture aggiuntive, quali Adattamento autovettura, Adattamento abitazione e Perdita anno scolastico, per le quali non è previsto il pagamento di un premio aggiuntivo.
- ✓ **Diaria da Ricovero da Infortunio (opzionale)**
Rimborso, nei limiti del Massimale di garanzia, di un'indennità giornaliera nel caso di Ricovero per Infortunio.
- ✓ **Diaria da Immobilizzazione da Infortunio (opzionale)**
Indennizzo della Somma assicurata nel caso di infortunio che comporti l'applicazione di un mezzo di contenzione.
- ✓ **Rimborso delle Spese di Cura da Infortunio (opzionale)**
Rimborso, nel limite del Massimale di garanzia, delle spese sanitarie sostenute per la cura delle lesioni a seguito di Infortunio.
- ✓ **Inabilità Temporanea da Infortunio (opzionale – acquistabile dai soli Assicurati Lavoratori Autonomi)**
Indennizzo della Somma assicurata nel caso di un'Inabilità Temporanea.
- ✓ **Assistenza**
L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili:

- ✗ le persone che abbiano un'età superiore ai 80 anni compiuti;
- ✗ le persone affette da diabete, alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere;

- ✗ le persone che svolgano attività professionali considerate pericolose, quali per esempio: missionario, guardia giurata, guardia campestre, guardia forestale, custode notturno armato, portavalori, vigile del fuoco, forze armate e dell'ordine, armaiolo, minatore, speleologo, archeologo, palombaro, sommozzatore, insegnante di alpinismo, guida alpina, sportivo professionista, ballerino professionista, fantino, stuntman, attività circense, acrobata, giostraio, allevatore non ricompreso tra le attività assicurabili, attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico.

Le garanzie prevedono principalmente limitazioni di assicurabilità sulla base dell'età dell'assicurato e sulla tipologia di attività svolta.



Ci sono limiti di copertura?

Di seguito le esclusioni principali:

- ! i delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o dai Beneficiari, atti di autolesionismo, suicidio, tentato suicidio;
- ! la guida di mezzi subacquei;
- ! i viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;
- ! i viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio;
- ! la pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sportive sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- ! la pratica di discipline sportive considerate pericolose, quali per esempio: lotta nelle varie forme, immersione con autorespiratore, rafting, sci di velocità, sci acrobatico, alpinismo;
- ! la partecipazione a corse, gare o allenamenti di: baseball, rugby, hockey su ghiaccio e a rotelle, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle, calcio, ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, beach volley, sci e sci nautico, snowboard, bob, football americano, atletica pesante.



Dove vale la copertura?

- ✓ Per la sola garanzia Assistenza le prestazioni sono operanti esclusivamente in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.
- ✓ Per tutte le altre garanzie l'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

È fatto d'obbligo:

- al momento della sottoscrizione, di effettuare dichiarazioni veritiere, corrette e complete;
- in caso di Sinistro, di denunciarlo tempestivamente, inviando la documentazione necessaria per la sua definizione.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio possono compromettere il diritto a ricevere la prestazione.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del Premio è eseguito annualmente mediante addebito dell'importo stabilito sul conto corrente che il Contraente intrattiene con la Banca; è comunque data facoltà, per una rata di Premio lordo di importo non inferiore a € 10, di provvedere al pagamento del Premio con cadenza mensile.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del Premio.

La Polizza ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo a scadenza, salvo il caso di disdetta.

La copertura termina alla prima scadenza annua utile al verificarsi di una delle seguenti condizioni:

- il Contraente non è più Cliente della Banca;
- l'Assicurato ha compiuto 80 anni.

La copertura assicurativa termina con effetto immediato al verificarsi delle seguenti condizioni:

- il Contraente non ha più la propria residenza e il proprio domicilio (se persona fisica) o sede legale (se persona giuridica) in Italia;
- l'Assicurato non più residente e domiciliato in Italia;
- l'Assicurato soffre di diabete, alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, di sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere;
- l'Assicurato svolge una delle attività professionali riportate nella Tabella 2 – Elenco attività professionali, alla sezione PROFESSIONI NON ASSICURABILI.



Come posso disdire la polizza?

La disdetta deve essere comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza attraverso raccomandata A/R o posta elettronica certificata all'indirizzo di Banco BPM Assicurazioni S.p.A.

Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)



Prodotto: Polizza Infortuni

Il presente DIP Aggiuntivo Danni è stato realizzato in data 06/2025 ed è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

Società

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano.

Sito internet: www.bancobpmassicurazioni.it; E-mail: info@bancobpmassicurazioni.it

PEC: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. è una Società appartenente al Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia (iscritto all'Albo delle società capogruppo al n° 057) e soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.; Banco BPM Assicurazioni S.p.A. è iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00177 ed è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, l'ammontare del patrimonio netto è pari ad Euro 32.966 milioni ed il risultato economico di periodo è pari ad Euro 4.292 milioni. Con riferimento alla situazione di solvibilità, l'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 198,44%, come risultante dalla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa www.bancobpmassicurazioni.it.

Al Contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisa che l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente.

Per le garanzie Decesso a seguito di infortunio e Invalidità permanente totale a seguito di infortunio, la Polizza può essere stipulata per i seguenti importi: € 75.000, € 100.000, € 200.000, a cui corrispondono anche differenti piani di prestazioni per le altre garanzie contrattuali.

Questa Polizza prevede delle garanzie obbligatorie sempre operanti (Decesso a seguito di infortunio, Invalidità permanente a seguito di infortunio, Assistenza).

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.

Sono previste le seguenti opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo: Rimborso delle Spese di Cura a seguito di infortunio, Diaria Ospedaliera a seguito di infortunio, Diaria da immobilizzazione a seguito di infortunio, Inabilità Temporanea a seguito di infortunio.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni, si fa presente che la garanzia non opera:

- per infortuni preesistenti o conseguenze derivanti dagli stessi, menomazioni preesistenti e perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati;
- in caso di guida con tasso alcolemico superiore al limite previsto dalla normativa vigente oppure con abilitazione scaduta, laddove l'assicurato non fosse in possesso dei requisiti per il rinnovo al momento del sinistro;
- in caso di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, trombe d'aria e uragani, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, guerra (dichiarata e non), insurrezioni e contaminazioni chimiche e biologiche derivanti direttamente o indirettamente da atti terroristici, occupazioni militari;
- in caso di pratica di paracadutismo e sport aerei in genere, anche in qualità di passeggero, pratica di bungee jumping, partecipazione a gare o prove motoristiche o motonautiche, compresi i liberi accessi a circuiti;
- in caso di partecipazione a imprese di carattere eccezionale o atti di temerarietà;
- in caso di manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono comunque esclusi gli infarti e le ernie (ad eccezione delle ernie addominali determinate da eventi traumatici che prevedano il ricovero), le lesioni determinate da sforzo e da tendinopatie croniche.

Inoltre, specificamente alle garanzie di seguito riportate la copertura non opera:

- Diaria da immobilizzazione da infortunio: in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale.
- Rimborso spese di cura da infortunio: per le spese sostenute dopo il Ricovero per l'acquisto di farmaci e specialità medicinali e per la riparazione o sostituzione di protesi.

Franchigie e Scoperti

Per la garanzia Invalidità permanente da infortunio è prevista la percentuale di Franchigia assoluta applicabile in caso di Sinistro del 5%.

Rispetto alle coperture aggiuntive Adattamento autovettura, Adattamento abitazione e Perdita anno scolastico si precisa che sono previste delle franchigie assolute rispettivamente del 66%, 66% e 24% di invalidità permanente da infortunio.

Per la garanzia opzionale Rimborso delle Spese di Cura a seguito di infortunio è previsto uno scoperto del 20%, con un minimo di € 50.

Per la garanzia opzionale Inabilità Temporanea a seguito di infortunio è prevista la percentuale di Franchigia assoluta applicabile in caso di Sinistro di 10/9/8 giorni, a seconda dei massimali e delle somme assicurate scelte.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ai soggetti correntisti di Banco BPM S.p.A.:

- persone fisiche di età inferiore agli 80 anni con residenza e domicilio in Italia, interessate a tutelare sé stessi e i propri famigliari per i rischi di infortunio nell'attività professionale ed extra-professionale.
- persone giuridiche con sede legale in Italia, interessate a tutelare i propri dipendenti per i rischi di infortunio nell'attività professionale ed extra-professionale.



Quali costi devo sostenere?

- Costi intermediazione: la quota parte media percepita dagli intermediari per il prodotto Polizza Infortuni è pari al 20,00%. La percentuale provvigionale è calcolata sul totale dei premi lordi contabilizzati.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a: Banco BPM Assicurazioni S.P.A. – Ufficio Reclami – Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano, e-mail: reclamibbpma@jvcaa.com , pec: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it La Compagnia dovrà rispondere al reclamo entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98) (obbligatorio).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di divergenza sull'indennizzabilità del Sinistro o sulla misura degli indennizzi si potrà procedere, su accordo tra le parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità: - mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle parti; - mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto precedente, oppure in alternativa ad essa; Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Le imposte relative al presente contratto sono a carico del contraente e sono applicate sui premi imponibili secondo le norme in vigore alla data di incasso del premio. L'aliquota dell'imposta sulle assicurazioni in vigore al momento di pubblicazione del presente documento risulta pari al: - 2,50% per la garanzia infortuni; - 10,00% per la garanzia assistenza. La detraibilità dei premi avviene secondo la disciplina prevista dalla normativa vigente.
---	---

PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Presentazione

Il Prodotto è rivolto sia alle persone fisiche che a quelle giuridiche che siano interessate a tutelare sé stessi, i propri cari o i propri dipendenti dal rischio di Infortunio.

È una soluzione assicurativa multirischio che prevede una scelta di coperture e pacchetti personalizzabili come sotto riportato:

	GARANZIE	CARATTERISTICHE	PRESTAZIONI		
GARANZIE OBBLIGATORIE Non vendibili separatamente	Decesso da Infortunio	Capitale	€ 75.000	€ 100.000	€ 200.000
	Invalidità Permanente da Infortunio	Capitale	€ 75.000	€ 100.000	€ 200.000
		Franchigia	5%	5%	5%
	Assistenza	Combinazione di prestazioni (es. invio ambulanza) e servizi di Assistenza (es. consigli medici e farmaceutici 24h)			
GARANZIE OPZIONALI Abbinabili a scelta	Rimborso Spese di Cura da Infortunio	Prestazione	€ 5.000	€ 7.500	€ 10.000
	Diaria da Ricovero da Infortunio	Prestazione	€ 50/gg	€ 100/gg	€ 150/gg
		Massimale	200 gg	200 gg	200 gg
	Diaria da Immobilizzazione da Infortunio	Prestazione	€ 25/gg	€ 50/gg	€ 75/gg
		Massimale	25 gg	25 gg	25 gg
GARANZIA OPZIONALE In caso di acquisto di tutte le garanzie	Inabilità Temporanea da Infortunio Solo per Lavoratori autonomi	Prestazione	€ 25/gg	€ 50/gg	€ 75/gg
		Massimale	45 gg	50 gg	55 gg
		Franchigia	10 gg	9 gg	8 gg

AVVERTENZA: Leggere con attenzione le Condizioni di Assicurazione!

Questa pagina illustra in maniera sintetica le coperture assicurative previste da "Polizza Infortuni".

Per i dettagli, si veda quanto previsto per ogni singola Garanzia.

Per informazioni generali sulla Polizza telefonare:

Numero verde 800.055.177 (per l'Italia)

Linea Urbana +39 02. 30548801 (per l'Estero)

Contattabile telefonicamente dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00



Glossario

7



Condizioni di Assicurazione

Sezione 1 - Infortuni

Art. 1.1 Chi è assicurato	10
Art. 1.2 Contro quali danni posso assicurarmi	10
Art. 1.3 Decesso da Infortunio	10
Art. 1.4 Invalidità Permanente da Infortunio	11
Art. 1.5 Diaria da Ricovero da Infortunio	11
Art. 1.6 Diaria da Immobilizzazione da Infortunio	12
Art. 1.7 Rimborso Spese di Cura da Infortunio	12
Art. 1.8 Inabilità Temporanea da Infortunio (garanzia acquistabile dai soli Assicurati Lavoratori autonomi)	13
Art. 1.9 Estensione territoriale	13
Art. 1.10 Esclusioni	13
Art. 1.11 Limiti di Indennizzo, Franchigie e Scoperti	15

Sezione 2 - Assistenza

Art. 2.1 Estensione territoriale	16
Art. 2.2 Operatività della Polizza	16
Art. 2.3 Prestazioni garantite	16
Art. 2.4 Esclusioni	18
Art. 2.5 Limiti di Indennizzo, Franchigie e Scoperti	19

Sezione 3 - Contratto dalla A alla Z

Art. 3.1 Requisiti di assicurabilità	20
Art. 3.2 Pagamento del Premio	20
Art. 3.3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	20
Art. 3.4 Decorrenza e durata dell'Assicurazione	20
Art. 3.5 Firma Digitale	21
Art. 3.6 Diritto di recesso	21
Art. 3.7 Recesso per Sinistro	21
Art. 3.8 Altre assicurazioni	21
Art. 3.9 Limite massimo dell'Indennizzo	21
Art. 3.10 Variazione Attività professionale	21
Art. 3.11 Oneri fiscali	22
Art. 3.12 Forma delle comunicazioni	22
Art. 3.13 Legislazione applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente	22
Art. 3.14 Prescrizione	23
Art. 3.15 Sanzioni Internazionali	23

Sezione 4 - Denuncia ed obblighi in caso di Sinistro

Art. 4.1 Denuncia in caso di Sinistro	24
Art. 4.2 Obblighi in caso di Sinistro	24
Art. 4.3 Pagamento dell'Indennizzo	26
Art. 4.4 Liquidazione dell'Indennizzo	26

	TABELLA 1 - Tabella INAIL di valutazione del grado di percentuale di invalidità permanente	28
	TABELLA 2 - Elenco attività professionali	32
	Informativa sulla Protezione e sul Trattamento dei dati personali	35

I termini che nel Contratto sono indicati con la lettera iniziale maiuscola assumono il significato di seguito riportato, sia al singolare che al plurale:

ASSICURATO

La persona fisica il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

ASSICURAZIONE

Insieme delle garanzie previste in Polizza.

ASSISTENZA

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Attività, dichiarata nel Modulo di Polizza, svolta dall'Assicurato in modo continuativo e abituale con la quale produce un reddito o percepisce una retribuzione. Convenzionalmente si intende anche l'attività quotidiana svolta dagli Assicurati Non lavoratori.

BANCA

Banco BPM S.p.A. che svolge attività di distribuzione assicurativa dietro incarico della Compagnia, consistente nel presentare o proporre contratti assicurativi o nel prestare assistenza e consulenza finalizzate a tale attività e nella conclusione dei contratti ovvero nella collaborazione alla gestione o alla esecuzione dei contratti stipulati.

BENEFICIARI

I soggetti identificati in Polizza ai quali spettano le prestazioni previste nel Contratto.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il Ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CENTRALE OPERATIVA

La struttura organizzativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Carlo Pesenti 121 – 00156 – Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di Assistenza previste in Polizza.

COMPAGNIA

Banco BPM Assicurazioni S.p.A.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'Assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.

CONTRATTO

Il prodotto assicurativo Polizza Infortuni di Banco BPM Assicurazioni S.p.A. Danno Estetico La modificazione peggiorativa dell'aspetto esteriore della persona, suscettibile di valutazione medico-legale.

DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Ricovero senza pernottamento in un Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche o prestazioni chirurgiche eseguite da medici specialisti con redazione di Cartella clinica.

DIVERSAMENTE ABILI

Persone riconosciute con invalidità non inferiore al 66%.

DOMICILIO

Il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

FIRMA DIGITALE

Un particolare tipo di firma elettronica basata su un certificato qualificato (che assicura l'identificazione univoca del titolare e rilasciato da certificatori accreditati), realizzata mediante un dispositivo per la generazione della firma che soddisfa i requisiti di sicurezza richiesta dalla vigente normativa, tra i quali l'utilizzo di una OTP (One Time Password).

FRANCHIGIA

L'importo, espresso in valore assoluto o in percentuale sulla Somma assicurata, dedotto dall'importo indennizzabile, che l'Assicurato tiene a suo carico, perché non pagato né rimborsato da Banco BPM Assicurazioni S.p.A.

INABILITÀ TEMPORANEA

La perdita temporanea, dovuta a Infortunio, della capacità dell'Assicurato di svolgere in tutto (inabilità totale) o in parte (inabilità parziale) l'attività professionale dichiarata in Polizza. Si intende inabilità parziale l'inabilità di qualunque grado purché inferiore al 100%.

INDENNIZZO

La somma dovuta da Banco BPM Assicurazioni S.p.A. in caso di Sinistro.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita definitiva, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati.

Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle Imprese di assicurazioni. Istituito con decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.

LAVORATORE AUTONOMO

Per lavoratore autonomo si intende una persona fisica che debba presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente o nella quale i redditi da lavoro autonomo siano maggiori di quelli da lavoro dipendente e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

MASSIMALE

La somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Compagnia in caso di sinistro.

MEZZO DI CONTENZIONE

Ogni strumento di contenzione rigido, immobilizzante e prescritto da personale medico, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

MODULO DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del Contratto, le dichiarazioni e le scelte

del Contraente, i dati identificativi del rischio, il Premio e la sottoscrizione delle Parti.

NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

Temporanea impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere, senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:

- lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;
- nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
- muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
- vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.

NON LAVORATORI

Si intendono i soggetti indicati nella tabella 2 "Non lavoratori".

POLIZZA

Il documento che prova il Contratto di Assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente a Banco BPM Assicurazioni S.p.A. come corrispettivo dell'Assicurazione.

PRESTAZIONI SANITARIE

Accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure mediche, materiale e strumenti di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un intervento chirurgico; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici. Non sono compresi farmaci e specialità medicinali.

RESIDENZA

Il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

RICOVERO

Permanenza in Istituto di Cura con pernottamento o in Day Hospital/Day Surgery.

SCOPERTO

L'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno liquidato a termini di Polizza, che è dedotto dall'Indennizzo. Questo importo rimane a carico del Contraente.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

SOMMA ASSICURATA

L'importo contrattualmente stabilito che costituisce il limite entro il quale Banco BPM Assicurazioni S.p.A. è obbligata a rispondere nel caso in cui si verifichi un Sinistro che colpisca le coperture assicurate per le quali è prestata la garanzia.

TRATTAMENTI RIABILITATIVI

Insieme di trattamenti terapeutici manuali o strumentali, prescritti dal medico curante, volti al recupero della funzionalità ed eseguiti da personale autorizzato e riconosciuto dall'ordinamento vigente come appartenente alle professioni sanitarie.

VENDITA A DISTANZA

Perfezionamento del Contratto effettuato mediante tecniche di comunicazione a distanza secondo le modalità previste dalla Banca.

Condizioni di Assicurazione

Le garanzie che seguono sono valide solo se indicate in polizza.

Sezione 1 – Infortuni

Art. 1.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata in Polizza. È possibile assicurare un solo soggetto per Polizza.

Art. 1.2 Contro quali danni posso assicurarmi

L'Assicurazione opera per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle mansioni relative all'Attività professionale ed extra-professionale.

L'Attività professionale deve essere dichiarata dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Contratto. **L'Assicurato deve dichiarare l'attività relativa alla classe di rischio più alta (secondo la classificazione riportata nella Tabella 2 – Elenco attività professionali), se svolge più attività professionali.**

La definizione di infortuni comprende inoltre:

- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione;
- le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'asfissia non dipendente da malattia;
- le conseguenze, obiettivamente constatabili di morsi o punture di vegetali e di insetti, esclusa comunque la malaria;
- le ernie addominali determinate in via diretta ed esclusiva da eventi traumatici che comportano il Ricovero;
- lo stato di maleore o incoscienza;
- gli atti di terrorismo o tumulti popolari purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- lo stato di guerra (dichiarata o di fatto), se l'Assicurato è sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. **La garanzia opera per 14 giorni dall'inizio delle ostilità.**

Art. 1.3 Decesso da Infortunio

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. riconosce ai Beneficiari la **Somma assicurata, indicata nel Modulo di Polizza**, per il decesso dell'Assicurato dovuto a Infortunio.

L'Indennizzo non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente.

Se il pagamento dell'Indennizzo per Invalidità Permanente è già avvenuto e l'Assicurato muore nei 2 anni successivi per le conseguenze del medesimo evento, la Compagnia corrisponde ai Beneficiari la differenza tra la Somma assicurata per il caso Morte e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato.

I 2 anni decorrono dal giorno dell'Infortunio.

Se il corpo dell'Assicurato non è ritrovato, Banco BPM Assicurazioni S.p.A. liquida ai Beneficiari la Somma assicurata dopo 6 mesi dalla presentazione della dichiarazione di morte presunta, come previsto dagli artt. 58, 60 e 62 del Codice Civile.

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. ha diritto alla restituzione, da parte dei Beneficiari, della somma eventualmente loro pagata se l'Assicurato risulti vivo.

La Somma assicurata è maggiorata del 50%:

- se l'evento che porta al decesso dell'Assicurato causa anche la morte del coniuge (o convivente more uxorio), ancorché non assicurato, e
- se tra i Beneficiari sono presenti figli minori o figli Diversamente abili.

Art. 1.4 Invalidità Permanente da Infortunio

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. riconosce un Indennizzo per le conseguenze di un Infortunio che comporti un'Invalidità Permanente all'Assicurato, se questa si verifica **entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio**.

L'Indennizzo è calcolato sulla **Somma assicurata indicata sul Modulo di Polizza** in proporzione al grado di Invalidità Permanente accertata, al netto della Franchigia assoluta.

Un'Invalidità Permanente accertata pari o superiore al 60% comporta la liquidazione dell'intera Somma assicurata.

Il grado di invalidità è valutato dalla Compagnia con riferimento ai criteri indicati nella tabella 1 "INAIL" (allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965 N.1124) delle presenti Condizioni di Assicurazione.



ESEMPIO DEL FUNZIONAMENTO DELLA FRANCHIGIA

N° ESEMPIO	SOMMA ASSICURATA	INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA	FRANCHIGIA ASSOLUTA	VALUTAZIONE DEL SINISTRO
1	€ 100.000	15%	5%	Il grado di invalidità è superiore al 5%, ma inferiore al 60%, è perciò liquidato un Indennizzo pari a € 10.000 (15%-5%=10%, da applicare alla Somma assicurata pari a € 100.000)
2	€ 100.000	60%	0%	Il grado di invalidità è pari al 60%, è perciò liquidato un Indennizzo pari all'intera Somma assicurata, ovvero € 100.000

Art. 1.4.1 Coperture aggiuntive della garanzia Invalidità Permanente da Infortunio

Le prestazioni di seguito indicate sono sempre comprese all'interno della Garanzia, non è perciò dovuto un Premio aggiuntivo.

- **ADATTAMENTO AUTOVETTURA (la prestazione è riconosciuta solo in caso di un Infortunio che causi una Invalidità Permanente accerta pari o superiore al 66%):** Banco BPM Assicurazioni S.p.A. rimborsa, nei limiti della Somma assicurata indicata all'Art. 1.11, le spese sostenute dall'Assicurato per l'adattamento alla guida dell'autovettura a lui in uso.
- **ADATTAMENTO ABITAZIONE (la prestazione è riconosciuta solo in caso di solo in caso di un Infortunio che causi una Invalidità Permanente accerta pari o superiore al 66%):** Banco BPM Assicurazioni S.p.A. rimborsa, nei limiti della Somma assicurata indicata all'Art. 1.11, le spese sostenute dall'Assicurato per i lavori di adattabilità dell'abitazione in cui risiede (con esclusione delle parti comuni).
- **PERDITA ANNO SCOLASTICO (la prestazione è riconosciuta solo in caso di un Infortunio che causi una Invalidità Permanente accerta pari o superiore al 24% e per gli assicurati che svolgono la professione di Studente):** Banco BPM Assicurazioni S.p.A. corrisponde l'indennizzo previsto all'Art. 1.11 se l'Assicurato è impossibilitato a frequentare le lezioni per un periodo tale da causare la perdita dell'anno scolastico.

Art. 1.5 Diaria da Ricovero da Infortunio

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. riconosce l'indennità giornaliera indicata nel **Modulo di Polizza**, per infortuni che rendono necessario il Ricovero in un Istituto di Cura.

L'indennità è corrisposta per il giorno di degenza in Day Hospital/Day Surgery o per ogni giorno di pernottamento, **con il massimo di 200 giorni per Sinistro (il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno)**.



ESEMPIO DI CALCOLO DELLE INDENNITÀ PER LA DIARIA DA RICOVERO

N° ESEMPIO	PRESTAZIONE	MASSIMALE	GIORNI DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	VALUTAZIONE DEL SINISTRO
1	€ 50/giorno	200 giorni	100 giorni	È corrisposta un'indennità pari a € 5.000 così calcolata: 100 gg x € 50
2	€ 50/giorno	200 giorni	250 giorni	È corrisposta un'indennità pari a € 10.000 così calcolata: 200 gg (numero massimo di giorni indennizzabili) x € 50

Art. 1.6 Diaria da Immobilizzazione da Infortunio

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. riconosce l'**indennità giornaliera indicata nel Modulo di Polizza**, per gli Infortuni che comportano l'applicazione di un Mezzo di contenzione, a causa di fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose articolari degli arti diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico. L'indennità è riconosciuta a partire dal giorno successivo a quello dell'Infortunio **per un massimo di 25 giorni per ogni Sinistro**.

La Compagnia riconosce un Indennizzo forfettario, pari a 10 volte la diaria assicurata, nel caso in cui un Infortunio ha come conseguenza una **lesione distorsiva articolare senza interessamento dei legamenti certificata da Ente Ospedaliero Pubblico** che comporti l'applicazione di Mezzo di contenzione **non rimovibile per almeno 20 giorni consecutivi**.



ESEMPIO DI CALCOLO DELLE INDENNITÀ PER LA DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE

N° ESEMPIO	PRESTAZIONE	MASSIMALE	GIORNI DI IMMOBILIZZAZIONE	VALUTAZIONE DEL SINISTRO
1	€ 25/giorno	25 giorni	15 giorni	È corrisposta un'indennità pari a € 375 così calcolata: 15 gg x € 25
2	€ 25/giorno	25 giorni	45 giorni	È corrisposta un'indennità pari a € 625 così calcolata: 25 (numero massimo di giorni indennizzabili) gg x € 25

Art. 1.7 Rimborso Spese di Cura da Infortunio

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. rimborsa, **per la Somma assicurata indicato in Polizza**, le seguenti spese sostenute dall'Assicurato per la cura delle lesioni conseguenti all'Infortunio indennizzabile:

• **In caso di Ricovero:**

- Le spese, **sostenute durante il Ricovero**, per le Prestazioni sanitarie, i Trattamenti riabilitativi, i diritti di sala operatoria, le rette di degenza, i farmaci e le specialità medicinali, le cure e le protesi dentarie;
- Le spese, **sostenute dopo il Ricovero**, per le Prestazioni sanitarie, i Trattamenti riabilitativi, le cure e le protesi dentarie rese necessarie dall'Infortunio, le protesi anatomiche rese necessarie dall'Infortunio, il noleggio o l'acquisto di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.

• **In assenza di Ricovero:**

- Le spese sostenute per le Prestazioni sanitarie, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure e le protesi dentarie rese necessarie dall'Infortunio, l'acquisto di protesi anatomiche rese necessarie dall'Infortunio, il noleggio o l'acquisto di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.

Le spese indicate nell'articolo sono rimborsate **previa applicazione dello Scoperto come indicato nell'Art. 1.11 Limiti di Indennizzo, Franchigie e Scoperti**.

Se le spese di cura sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale, Banco BPM Assicurazioni S.p.A. rimborsa all'Assicurato il costo del relativo ticket, **senza applicazione di alcuno Scoperto**.



ESEMPIO DI CALCOLO DEL RIMBORSO PER LE SPESE DI CURA

N° ESEMPIO	PRESTAZIONE ASSICURATA	SCOPERTO	RIMBORSO RICHiesto	VALUTAZIONE DEL SINISTRO
1	€ 5.000	20% con minimo di € 50	€ 1.500	È erogato un Indennizzo pari a € 1.200 così ottenuto: € 1.500 – € 300 di Scoperto (20% di € 1.500)
2	€ 5.000	20% con minimo € 50	€ 70	È erogato un Indennizzo pari a € 20 così ottenuto: € 70 – € 50 (è applicato il minimo di Scoperto in quanto lo Scoperto pari a € 14 è inferiore al minimo di € 50)

Art. 1.8 Inabilità Temporanea da Infortunio (garanzia acquistabile dai soli Assicurati Lavoratori autonomi)

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. riconosce l'**indennità giornaliera indicata nel Modulo di Polizza**, per gli Infortuni che hanno come conseguenza un'**Inabilità Temporanea** accertata, secondo le seguenti modalità:

- Inabilità Temporanea totale: 100% della Somma indicata nel Modulo di Polizza;
- Inabilità Temporanea parziale: 50% della Somma indicata nel Modulo di Polizza.

L'indennità è riconosciuta, per **ciascun Sinistro e per anno assicurativo**, previa applicazione della Franchigia e **per un periodo massimo indicato all'Art 1.11 – Limiti di Indennizzo, Franchigie e Scoperti**.

La Franchigia ed il Massimale, espressi in giorni, sono scelti dal Contraente tra quelli disponibili, in fase di sottoscrizione.



ESEMPIO DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO PER L'INABILITÀ TEMPORANEA

N° ESEMPIO	PRESTAZIONE ASSICURATA	MASSIMALE	FRANCHIGIA	N° GIORNI DI INABILITÀ	TIPO DI INABILITÀ	VALUTAZIONE DEL SINISTRO
1	€ 25/giorno	45 giorni	10 giorni	53 giorni	totale	È erogato un Indennizzo pari a € 1.075 così ottenuto: 53 gg - 10 gg (Franchigia) = 43 gg x € 25 (importo erogato al 100%)
2	€ 25/giorno	45 giorni	10 giorni	53 giorni	parziale	È erogato un Indennizzo pari a € 537,5 così ottenuto: 53 gg - 10 gg (Franchigia) = 43 gg x € 25 : 2 (importo erogato al 50% per via dell'Inabilità parziale)

Art. 1.9 Estensione territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 1.10 Esclusioni

ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE DELLA SEZIONE

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. non indennizza gli infortuni derivanti da:

- a. Infortuni preesistenti o conseguenze derivanti dagli stessi;
- b. menomazioni preesistenti, di qualsiasi ordine e tipologia; in questo caso sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior danno derivante dalle menomazioni preesistenti;
- c. perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali di cui alla Tabella 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- d. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore al limite previsto dalla normativa vigente;
- e. in caso di guida con abilitazione scaduta, l'Assicurazione è operante solo se l'Assicurato, al momento del Sinistro, era in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- f. alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogene o psicofarmaci;
- g. delitti ed atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o dai Beneficiari, atti di autolesionismo, suicidio, tentato suicidio;
- h. movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, trombe d'aria e uragani;
- i. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- j. guerra (dichiarata e non) – fatta eccezione per quanto previsto all'Art.1.2 – Contro quali danni posso assicurarmi
– insurrezioni e contaminazioni chimiche e biologiche derivanti, direttamente o indirettamente da atti terroristici, occupazioni militari;
- k. guida di mezzi subacquei;

- l. viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;**
- m. viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio;**
- n. pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sportive sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;**
- o. pratica di paracadutismo e sport aerei in genere, anche in qualità di passeggero (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili);**
- p. pratica di bungee jumping;**
- q. partecipazione a gare o prove motoristiche o motonautiche, compresi i liberi accessi a circuiti;**
- r. partecipazione a imprese di carattere eccezionale (per esempio: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);**
- s. la pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: lotta e arti marziali nelle loro forme, immersione con autorespiratore, pugilato, kitesurf, snowkite, rafting, canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide, speleologia, salto dal trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, idrosci, bobslettino-skeleton praticati su pista, bobsleigh (guidoslitta), alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciaio di difficoltà superiore al 3° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo. Per alpinismo/free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia o ghiaccio senza essere affiancato da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche;**
- t. la partecipazione, in qualità di tesserato e sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive o di associazioni ad esse equiparabili, nonché degli Enti di Promozione Sportiva, a corse, gare o allenamenti di: baseball, rugby, hockey su ghiaccio e a rotelle, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, beach volley, sci e sci nautico, snowboard, bob, football americano, atletica pesante;**
- u. manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.**

Sono comunque esclusi gli infarti e le ernie, le lesioni determinate da sforzo e da tendinopatie croniche (per esempio: strappi muscolari, lesioni alla cuffia dei rotatori, lesioni al tendine calcaneare), fatta eccezione per quanto previsto all'Art.

1.2 Contro quali danni posso assicurarmi.

ESCLUSIONE SPECIFICHE PER LA GARANZIA DI CUI ALL'ART. 1.6 – DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO

- v. la garanzia non opera in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale.**

ESCLUSIONE SPECIFICHE PER LA GARANZIA DI CUI ALL'ART. 1.7 – RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

- w. spese sostenute dopo il Ricovero per l'acquisto di farmaci e specialità medicinali;**
- x. spese per la riparazione o sostituzione di protesi.**

Art. 1.11 Limiti di Indennizzo, Franchigie e Scoperti

	EVEN TO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
1.3	DECESSO DA INFORTUNIO	Nei limiti della Somma assicurata indicata in Polizza (€ 75.000/ € 100.000/ € 200.000)	Non previsti
1.4	INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	Nei limiti della Somma assicurata indicata in Polizza	Franchigia assoluta del 5%
1.4.1 lettera a)	ADATTAMENTO AUTOVETTURA	Nei limiti della Somma assicurata pari a € 5.000	Franchigia assoluta del 66%
1.4.1 lettera b)	ADATTAMENTO ABITAZIONE	Nei limiti della Somma assicurata pari a € 10.000	Franchigia assoluta del 66%
1.4.1 lettera c)	PERDITA ANNO SCOLASTICO	Somma assicurata € 5.000	Franchigia assoluta del 24%
1.5	DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO	Somma assicurata indicata in Polizza per Sinistro (€ 50-gg/ € 10-gg/ € 150-gg) (massimo 200 giorni)	Non previsti
1.6	DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO	Somma assicurata indicata in Polizza per Sinistro (€ 25-gg/ € 50-gg/ € 75-gg) (massimo 25 giorni)	Non previsti
1.7	RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO	Nei limiti della Somma assicurata indicata in Polizza per Sinistro (€ 5.000/€ 7.500/€ 10.000) € 1.500 per trattamenti fisioterapici € 1.500 per acquisto o noleggio di apparecchiature terapeutiche o ortopediche € 5.000 in caso di Danno estetico da violenza fisica	Scoperto 20% con il minimo di € 50
1.8	INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO	Nei limiti della Somma assicurata indicata in Polizza per Sinistro e per anno (€ 25-gg/ € 50-gg/ € 75-gg) (massimo 45/50/55 giorni)	Franchigia assoluta: 10/9/8 giorni

Sezione 2 – Assistenza

Art. 2.1 Estensione territoriale

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste, le prestazioni sono operanti per i Sinistri avvenuti nella Repubblica Italiana, compresi la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

Art. 2.2 Operatività della Polizza

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- con costi a carico della Compagnia **entro il limite di 3 (tre) Sinistri** per Assicurato, durante ciascun anno di validità della copertura;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo Sinistro;
- entro il limite del Massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, **qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.**

Art. 2.3 Prestazioni garantite

A. Consulti medici e farmaceutici telefonici

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a Infortunio. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

B. Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Compagnia.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Compagnia organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo Domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza **la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.**

C. Trasferimento medico programmato

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Centrale Operativa e d'intesa con il medico curante dell'Assicurato, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di infortunio, sia necessario:

- il suo trasferimento presso l'istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
- il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione.

La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato con costi a carico della Compagnia e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;

- autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa possono essere curate sul posto;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;

D. Reperimento e consegna farmaci

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di temporanea inabilità presso la propria Residenza/Domicilio, a seguito di Infortunio, **che comporti una permanenza a letto per almeno 3 giorni, certificata da prescrizione medica** – la Centrale Operativa – **per le 3 settimane successive al Sinistro** – provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita. La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il Domicilio dell'Assicurato la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti **entro le 24 (ventiquattro) ore successive**. Rimane in carico all'Assicurato il costo dei farmaci che deve essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

La prestazione è fornita con un preavviso di almeno 48 (quarantotto) ore.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della consegna.

E. Invio spesa a casa

Qualora l'Assicurato si trovi in uno stato di temporanea inabilità presso la propria Residenza/Domicilio, a seguito di Infortunio **che comporti una permanenza a letto per almeno 5 giorni certificati da prescrizione medica** – la Centrale Operativa provvede a garantire, **per i 30 giorni successivi al Sinistro**, la consegna di generi alimentari o di prima necessità.

L'Assicurato per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito. La consegna è stabilita – con esclusione delle fasce orarie notturne, in accordo con l'Assicurato. L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Compagnia. **A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che deve essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.**

La prestazione è prevista con un preavviso di almeno 24 ore.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei generi alimentari resta a carico dell'Assicurato.

F. Reperimento di presidi medico-chirurgici

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da un Istituto di Cura in cui sia stato ricoverato a seguito di Infortunio richieda, in quanto certificato nella Cartella clinica di dimissione, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle,
- sedia a rotelle,
- letto ortopedico,
- materasso antidecubito

la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, **sino ad un massimo di 90 giorni per Sinistro**, tenendo il costo a carico della Compagnia. Se per cause indipendenti dalla Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire o fornire tali attrezzature, la Compagnia provvede a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di € 300 per Sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'Assicurato.

Il Massimale si intende comprensivo delle eventuali spese di consegna e ritiro presso il Residenza/Domicilio dell'Assicurato.

G. Consegna documenti

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di temporanea inabilità presso la propria residenza/domicilio, a seguito di Infortunio, **che comporti una permanenza a letto di almeno 3 giorni – certificati da prescrizione medica** – ed abbia la necessità di recapitare, spedire o ricevere certificati, ricevute di pagamento e documenti **che rivestano un oggettivo carattere di urgenza, la Centrale Operativa per 3 settimane successive al Sinistro**, provvede a garantire la consegna dei Documenti.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa fornendo l'elenco dei documenti ed indicando il luogo presso cui recapitarli o prenderli in consegna.

La consegna potrà avvenire – nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne – **una volta la settimana**, in accordo con l'Assicurato e tenendo conto degli orari d'apertura e chiusura degli uffici. L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Compagnia.

H. Invio collaboratrice domestica

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato venga a trovarsi presso la propria Residenza/Domicilio, **in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto di almeno 5 giorni certificata da prescrizione medica**, la Centrale Operativa – **compatibilmente con le disponibilità locali** – provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico della Compagnia fino a un massimo di 12 ore per Sinistro.

Art. 2.4 Esclusioni

Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:

- a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni; fatta eccezione per l'Assicurato che risulti sorpreso da tali eventi mentre si trova in un paese in pace al momento della sua partenza per i 14 giorni successivi a partire dall'inizio delle ostilità;
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- d) dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- e) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- f) infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- g) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
- h) ogni evento derivante da infortuni preesistenti o conseguenze derivanti dagli stessi;
- i) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- j) viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.

La Compagnia non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, fatta eccezione i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Compagnia. La Compagnia non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.

Le prestazioni non sono fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori dove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.

Le prestazioni non sono fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri) assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art. 2.5 Limiti di Indennizzo, Franchigie e Scoperti

PRESTAZIONI	LIMITI DI INDENNIZZO	MASSIMALE	FRANCHIGIA/SCOPERTO
A – CONSULTI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI	Non previsti	Non previsto	Non previsti
B – INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA IN CASO DI URGENZA	Non previsti	Non previsto	
C – TRASFERIMENTO MEDICO PROGRAMMATO	Non previsti	Non previsto	
D – REPERIMENTO E CONSEGNA FARMACI	Massimo 3 settimane	Non previsto	
E – INVIO SPESA A CASA	Massimo 30 giorni	Non previsto	
F – REPERIMENTO DI PRESIDI MEDICO-CHIRURGICI	Massimo 90 giorni	€ 300	
G – CONSEGNA DOCUMENTI	Massimo 3 settimane	Non previsto	
H – INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA	Massimo 12 ore	Non previsto	

Sezione 3 – Contratto dalla A alla Z

Art. 3.1 Requisiti di assicurabilità

È possibile stipulare l'Assicurazione se sono soddisfatti tutti i seguenti requisiti:

1. Il Contraente è Cliente della Banca;
2. Il Contraente ha la propria residenza e il proprio domicilio (se persona fisica) o sede legale (se persona giuridica) in Italia;
3. L'Assicurato è residente e domiciliato in Italia;
4. L'Assicurato non ha ancora compiuto 80 anni;
5. L'Assicurato non soffre di diabete, alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere;
6. L'Assicurato non svolge una delle attività professionali riportate nella Tabella 2 – Elenco attività professionali, alla sezione **PROFESSIONI NON ASSICURABILI**.

Al verificarsi di una delle condizioni indicate ai punti 1 e 4 in corso di Contratto, la copertura assicurativa termina alla prima scadenza annua utile.

In tutti gli altri casi, il venir meno di uno dei requisiti indicati in corso di Contratto, determina la cessazione della copertura con effetto immediato. I premi incassati in seguito saranno restituiti al Contraente e non costituiranno deroga alle condizioni di cui sopra.

Art. 3.2 Pagamento del Premio

Il pagamento del Premio avviene, a seguito di autorizzazione del Contraente, mediante addebito dell'importo sul conto corrente bancario intrattenuto presso una delle filiali della Banca. L'attestazione dell'avvenuto pagamento costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza ed è condizione essenziale per l'efficacia del Contratto e dei successivi rinnovi.

Il Premio è addebitato annualmente in un'unica soluzione anticipata; il Contraente può optare per il frazionamento mensile del Premio, per una rata di Premio non inferiore a € 10.

In caso di estinzione del rapporto bancario intrattenuto dal Contraente presso la Banca, la copertura termina alla prima scadenza anniversaria utile, senza necessità di comunicare la disdetta.

Il Contratto si risolve anche se il Contraente non comunica le eventuali variazioni del conto corrente di addebito intrattenuto presso una filiale della Banca.

Se il Contraente ha optato per il pagamento del Premio con frazionamento mensile, al momento della chiusura del conto dove corrispondere in un'unica soluzione le rate di Premio residue relative all'annualità in corso.

Art. 3.3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione come previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Tali conseguenze si verificano quando le dichiarazioni inesatte o le reticenze siano relative a circostanze tali, per le quali la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del Contratto di Assicurazione, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose (per esempio: fornire risposte false o inesatte alle domande poste da Banco BPM Assicurazioni S.p.A. in merito all'attività lavorativa svolta dell'Assicurato oppure tacerla).

Art. 3.4 Decorrenza e durata dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio è stato pagato. In caso di mancato pagamento del Premio, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dello stesso, anche in caso di Vendita a distanza.

In caso di mancato pagamento del Premio o della rata del Premio alla scadenza convenuta, anche se l'addebito non può essere effettuato per insufficienza di fondi sul conto corrente, la copertura opera sino alle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza convenuta e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio.

Il Contratto è risolto di diritto se, nei 6 mesi successivi alla scadenza, il Contraente non provvede a corrispondere il Premio dovuto (art. 1901 del Codice Civile).

Eventuali Sinistri avvenuti nel periodo di sospensione dell'Assicurazione non saranno indennizzabili.

La Polizza ha durata annuale.

In mancanza di disdetta, da comunicarsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione è prorogata per 1 ulteriore anno e così di seguito.

Per esercitare tale diritto, il Contraente deve inviare a Banco BPM Assicurazioni S.p.A. disdetta con le modalità previste all'Art. 3.12.

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. può inviare disdetta al Contraente nel termine di 30 giorni prima rispetto alla scadenza annuale tramite raccomandata A/R all'indirizzo del Contraente.

Eventuali proposte di modifica di premio o delle Condizioni di Assicurazioni verranno comunicate da Banco BPM Assicurazioni S.p.A. almeno 60 giorni prima della scadenza pattuita.

Art. 3.5 Firma Digitale

In caso di Vendita a distanza, la sottoscrizione può avvenire mediante Firma Digitale, come disciplinato dal D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione digitale) e relative norme di attuazione. In questo caso, la Polizza è emessa sotto forma di documento informatico tale da soddisfare i requisiti della forma scritta nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

Art. 3.6 Diritto di recesso

In caso di Vendita a distanza e se non ci sono sinistri denunciati, entro 14 giorni dalla decorrenza, il Contraente ha il diritto di recedere dal Contratto con le modalità previste all'Art. 3.12.

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. rimborsa al Contraente il Premio pagato e non goduto, al netto delle imposte.

Art. 3.7 Recesso per Sinistro

Dopo ciascun Sinistro denunciato e fino al 60° giorno dal pagamento o dalla comunicazione di rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente o Banco BPM Assicurazioni S.p.A. possono recedere dal Contratto con preavviso di 30 giorni con le modalità previste all'Art. 3.12. Qualora tale facoltà sia esercitata dalla Compagnia, è rimborsata al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di Premio non goduta, al netto delle imposte.

Art. 3.8 Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di dichiarare l'esistenza di altre polizze.

In caso di Sinistro il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo Contratto autonomamente considerato (art. 1910 del Codice Civile).

Art. 3.9 Limite massimo dell'Indennizzo

Fatta eccezione per quanto previsto dalle singole garanzie, nonché dall'art. 1914 del Codice Civile, a nessun titolo Banco BPM Assicurazioni S.p.A. è tenuta a pagare una somma maggiore di quella assicurata ed indicata nella Polizza.

Art. 3.10 Variazione Attività professionale

Il Contraente ha l'obbligo di avvisare subito per iscritto Banco BPM Assicurazioni S.p.A. di ogni variazione che modifichi il rischio assicurato aumentando la probabilità che l'evento dannoso si verifichi, con particolare riferimento dell'Attività professionale dichiarata in Polizza.

Se non rispetta questo obbligo, previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, può perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo spettante a termini di Polizza. In particolare:

- l'Indennizzo è corrisposto in misura integrale, se all'Attività professionale svolta al momento del Sinistro corrisponde una classe uguale o inferiore a quella dichiarata;
- l'Indennizzo è corrisposto nella percentuale indicata nella tabella sottostante, se all'Attività professionale svolta al momento del Sinistro corrisponde una classe professionale più elevata.

		ATTIVITÀ PROFESSIONALE INDICATA NEL MODULO DI POLIZZA		
		Classe I	Classe II	Classe III
Attività professionale al momento del Sinistro	Classe I	100%	100%	100%
	Classe II	85%	100%	100%
	Classe III	65%	75%	100%
	Attività non assicurabile	0	0	0

Se inoltre l'Attività professionale dell'Assicurato, al momento del Sinistro, rientra tra le attività di cui alla Tabella 2, alla sezione PREFESIONI NON ASSICURABILI, la copertura termina con effetto immediato.

Art. 3.11 Oneri fiscali

Le imposte, i contributi, le tasse e tutti gli oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al Premio ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente.

Art. 3.12 Forma delle comunicazioni

Per quanto non diversamente regolato, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto debbono farsi per iscritto mediante invio di lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata all'attenzione di:

Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano MI
Posta Elettronica Certificata: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it

oppure alla filiale della Banca al quale è assegnato il Contratto di Assicurazione.

Art. 3.13 Legislazione applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente

Al Contratto si applica la Legge italiana.

Per quanto non regolato dalle Condizioni di Assicurazione valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a:

Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 MILANO
Indirizzo e-mail: reclamibbpma@jvcaa.com
PEC: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it

La Compagnia risponde al reclamo entro 45 giorni.

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a:

IVASS
Via del Quirinale 21 – 00187 Roma
Fax 06.42.13.32.06
PEC: ivass@pec.ivass.it
Info su: www.ivass.it

Qualunque controversia relativa al Contratto, secondo quanto previsto dal D. Lgs. del 4 marzo 2010 n. 28 e sue successive modifiche, deve essere prima sottoposta a un tentativo di mediazione, da effettuarsi innanzi a uno degli organismi di mediazione iscritti nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia.

La richiesta di mediazione deve essere inviata a:

Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 MILANO
PEC: comunicazioni@pec.bancobpmassicurazioni.it

Il tentativo di mediazione è OBBLIGATORIO e costituisce condizione di procedibilità della causa civile.

Se la mediazione non ha successo, il foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal Contratto.

Art. 3.14 Prescrizione

I diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in **2 anni da quando si è verificato il fatto** su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile).

Art. 3.15 Sanzioni internazionali

La Compagnia, in qualità di entità soggetta a controllo e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A., facente parte del Gruppo Crédit Agricole S.A. (C.A.S.A.), si impegna a rispettare le norme legislative e le regole previste dal regime delle Sanzioni Internazionali definito da misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica o finanziaria (incluse le sanzioni o misure relative ad Embargo o Asset Freeze) volte a contrastare l'attività di Stati, individui o organizzazioni che minacciano la pace e la sicurezza internazionale. Tali misure sono emesse, amministrate o rafforzate dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite, dall'Unione Europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluso in particolare l'Office of Foreign Assets (OFAC) e il Dipartimento di Stato) o da altre Autorità competenti.

In osservanza alle direttive di C.A.S.A., nessun pagamento può essere effettuato nell'esecuzione del presente Contratto assicurativo se tale pagamento viola queste misure.

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere informazioni e documentazione per verificare la conformità alle Sanzioni Internazionali. Fino a quando non sarà fornita prova soddisfacente dell'assenza di violazioni, la Compagnia potrà sospendere operazioni, rifiutare pagamenti o bloccare fondi, senza responsabilità, penalità o indennizzo per eventuali ritardi o sospensioni.

Dichiarazioni e Obblighi del Cliente

Il Cliente dichiara e garantisce che, per tutta la durata del contratto, né esso né, per quanto di sua conoscenza, alcuna delle sue controllate, amministratori, dirigenti, dipendenti, agenti o rappresentanti:

- siano una Persona Sanzionata;
- siano posseduti o controllati da una Persona Sanzionata;
- siano situati, residenti ovvero con sede legale in un Paese Sanzionato;
- siano coinvolti in attività con una Persona Sanzionata o con soggetti situati in un Paese Sanzionato.
- abbiano ricevuto fondi o altri beni da una Persona Sanzionata.

Il Cliente si impegna a notificare tempestivamente la Compagnia di qualsiasi circostanza che possa rendere inaccurata o non veritiera la suddetta dichiarazione. Inoltre, garantisce che non utilizzerà, direttamente o indirettamente, alcun provento derivante dal Contratto per finanziare, agevolare o sostenere attività con Persone Sanzionate o soggetti situati in Paesi Sanzionati, né effettuerà pagamenti con fondi di provenienza non conforme alle Sanzioni Internazionali.

Sezione 4 – Denuncia ed obblighi in caso di Sinistro

Art. 4.1 Denuncia in caso di Sinistro

• **Relativamente alle garanzie della Sezione 1 – Infortuni**, i Sinistri devono essere tempestivamente denunciati dal Contraente, dall'Assicurato (o i suoi aventi causa) oppure dalla Banca a Banco BPM Assicurazioni S.p.A., **entro 10 giorni** dalla data del Sinistro stesso, componendo i seguenti numeri di telefono:

**Numero Verde 800.767.888 (per Italia),
Linea Urbana +39 02.30548800 (per l'Estero),**

contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 17:30.

Successivamente, seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore, il Contraente/l'Assicurato (o i suoi aventi causa) **deve inviare, con lettera raccomandata A/R, il Modulo di Denuncia Sinistro**, al seguente indirizzo:

**Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
Corso di Porta Vigentina n. 9
20122 – MILANO
Posta Elettronica Certificata: sinistriBBPMA@legalmail.it
E-MAIL: sinistri@jvcaa.com**

• **Relativamente ai Sinistri del ramo Assistenza**, la gestione è affidata alla Società INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia. Per ottenere l'Assistenza il Contraente/l'Assicurato deve telefonare sempre e preventivamente alla Centrale Operativa, componendo i numeri di telefono:

**Numero per l'Italia 800.767.888 (per Italia)
Linea Urbana +39 02.30548800 (per l'Estero)**

entro 3 giorni dal verificarsi del Sinistro.

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per raccogliere le richieste.

L'Assicurato deve comunicare:

- cognome e nome;
- luogo dal quale chiama e recapito telefonico al quale essere contattato;
- prestazione richiesta.

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

La Compagnia declina ogni responsabilità per eventuali richieste di assistenza non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa.

A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona fisica o giuridica, titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il Sinistro entro i termini previsti (3 giorni dal verificarsi del Sinistro) potrà farlo non appena ne sarà in grado.

Art. 4.2 Obblighi in caso di Sinistro

Relativamente alla garanzia DECESSO DA INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'Infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento.

I Beneficiari dovranno presentare:

- Copia del Verbale delle Autorità eventualmente intervenute;
- Copia del referto autoptico o del riscontro diagnostico, se eseguiti;
- Documentazione medica, con particolare riguardo alla Cartella clinica nel caso vi sia stato Ricovero;
- Certificato di morte rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- Certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- Atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- Decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri Banco BPM Assicurazioni S.p.A. circa il reimpiego della

- quota spettante al minorenne, **qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire tra i Beneficiari**;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del Sinistro e per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Relativamente alla Garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'Infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento; **essa deve essere corredata dalla copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di Invalidità Permanente o notifica emessa dagli enti preposti. Successivamente l'Assicurato deve inviare i certificati medici sul decorso delle lesioni.**

L'Assicurato deve inoltre presentare:

- Copia del referto del Pronto Soccorso;
- **Documentazione medica**, con particolare riguardo alla **Cartella clinica**, nel caso vi sia stato Ricovero, relativa all'Infortunio che ha determinato l'Invalidità Permanente;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del Sinistro.

L'accertamento di eventuali postumi di Invalidità Permanente da Infortunio è effettuato in Italia.

Per ottenere il riconoscimento delle coperture aggiuntive di cui agli Art. 1.4.1 è necessario presentare anche:

Per ADATTAMENTO AUTOVETTURA:

- fatture relative ai lavori eseguiti per l'adattamento dell'autovettura.

Per ADATTAMENTO ABITAZIONE:

- fatture relative ai lavori eseguiti per l'adattamento dell'abitazione.

Per PERDITA ANNO SCOLASTICO:

- certificazione rilasciata dalla segreteria scolastica o dal Provveditorato agli Studi dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenza dalle lezioni e della certificazione medica che attesti che tali assenze sono conseguenza diretta ed esclusiva dell'Infortunio.

Relativamente alla Garanzia RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'Infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento.

Per ottenere il rimborso delle spese di cura l'Assicurato deve presentare

- **I documenti di spesa in originale;**
- **Documentazione medica**, con particolare riguardo alla **Cartella clinica** nel caso vi sia stato Ricovero e i relativi giustificativi.

La liquidazione è effettuata a cura ultimata.

Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione o ente, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale o delle spese rimborsate dall'assicuratore o dall'ente.

Per ottenere il rimborso delle spese relative a cure e protesi dentarie in assenza di Ricovero di cui all'Art. 1.7, "Rimborso delle Spese di Cura a seguito di Infortunio", l'Assicurato deve presentare, oltre ai documenti di spesa in originale e alla documentazione medica, anche il referto del Pronto Soccorso pubblico.

Relativamente alle garanzie DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'Infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento **allegando:**

- **La documentazione medica**, con particolare riguardo alla **Cartella clinica**;
- **Copia del referto del Pronto Soccorso.**

I certificati medici comprovanti la prosecuzione del periodo di Ricovero dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'Indennizzo è fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, fatta eccezione per il fatto che Banco BPM Assicurazioni S.p.A. possa stabilire una data anteriore.

Relativamente alle garanzie DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'Infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento **allegando:**

- **La documentazione medica**, con particolare riguardo alla **Cartella clinica** nel caso vi sia stato Ricovero;
- **Copia del referto del Pronto Soccorso.**

Per ottenere il rimborso l'Assicurato deve:

- Sottoporsi, anche in fase di Ricovero, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Banco BPM Assicurazioni S.p.A. o dai suoi incaricati;
- Fornire alla stessa ogni informazione.

La natura della lesione, la relativa immobilizzazione e la sua durata (applicazione e rimozione) devono essere provati da Cartella clinica o da documento equivalente rilasciato dall'Istituto di Cura o dal medico che ha effettuato l'operazione di immobilizzazione (applicazione o rimozione); la permanenza continuativa a letto a seguito di frattura e le lesioni distorsive articolari senza interessamento dei legamenti devono essere certificate da Ente Ospedaliero Pubblico.

I certificati medici comprovanti la prosecuzione dell'immobilizzazione dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'Indennizzo è fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, fatta eccezione per il fatto che Banco BPM Assicurazioni S.p.A. possa stabilire una data anteriore.

Se l'Infortunio comporta sia il Ricovero che l'applicazione di un Mezzo di contenzione, la Diaria da Immobilizzazione è corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

Relativamente alle garanzie INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'Infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento **allegando**:

- La **documentazione medica**, con particolare riguardo alla Cartella clinica nel caso vi sia stato Ricovero;
- **Copia del referto del Pronto Soccorso.**

Per ottenere il rimborso l'Assicurato deve:

- sottoporsi, anche in fase di Ricovero, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Banco BPM Assicurazioni S.p.A. o dai suoi incaricati;
- fornire alla stessa ogni informazione.

L'Inabilità deve risultare da certificazione medica attestante l'Infortunio e la relativa prognosi;

l'Assicurato deve pertanto fornire un certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa dell'attività lavorativa ed eventuale certificato di Ricovero in Istituto di Cura.

Dopo il primo certificato, se alla sua scadenza l'Inabilità permane, la certificazione del medico deve essere rinnovata; in mancanza, la liquidazione dell'Indennizzo è fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, fatta eccezione per il fatto che Banco BPM Assicurazioni S.p.A. possa stabilire una data anteriore, come verificato a seguito di accertamenti.

L'Indennizzo per "Inabilità Temporanea da Infortunio" non è cumulabile con quello per "Diaria da Immobilizzazione da Infortunio". La Compagnia liquida solo la prestazione più a favore per l'Assicurato.

Relativamente alla Garanzia ASSISTENZA, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa i seguenti dati:

- a) le proprie generalità e l'eventuale suo indirizzo o recapito temporaneo (località, via, telefono ecc.);
- b) numero di Polizza;
- c) tipologia del Sinistro e luogo di accadimento;
- d) tipo di intervento richiesto.

Art. 4.3 Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, Banco BPM Assicurazioni S.p.A. provvede al pagamento dell'Indennizzo entro 30 giorni. L'Indennizzo è corrisposto in Italia.

Art. 4.4 Liquidazione dell'Indennizzo

DECESSO DA INFORTUNIO

In caso di decesso dell'Assicurato per Infortunio liquidabile a termini di Polizza prima dell'accertamento dello stato di Invalidità Permanente, è erogata a favore dei Beneficiari la prestazione prevista per il caso di decesso.

In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'Infortunio prima che l'Indennizzo per Invalidità Permanente sia stato pagato, Banco BPM Assicurazioni S.p.A., previa produzione del certificato di morte, **liquida agli eredi**:

- l'importo già concordato, oppure, in mancanza;
- l'importo offerto, oppure, se non vi è stata ancora l'offerta;
- l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia sulla base della documentazione fornita.

In ogni caso, a Banco BPM Assicurazioni S.p.A. deve esser consegnata la documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la Cartella clinica, qualora ci sia stato un Ricovero.

Nel caso in cui i Beneficiari designati risultino di numero superiore ad uno, l'ammontare della liquidazione è suddiviso in parti uguali fra tutti i Beneficiari, fatta eccezione per l'espressa indicazione di percentuali diverse da parte del Contraente, non trovando applicazione la disciplina successoria.

Nell'ipotesi di designazione a Beneficiari degli eredi (sia legittimi sia testamentari), ai fini del Contratto e agli effetti della relativa liquidazione, si intenderanno quali Beneficiari i soggetti che rivestano, al momento della morte dell'Assicurato la qualità di chiamati all'eredità di costui, risultando irrilevanti, al fine, la successiva rinuncia o accettazione dell'eredità da parte degli stessi. Qualora, per qualsiasi ragione, risulti mancante la designazione dei Beneficiari per il caso di decesso da Infortunio, si intenderanno come tali l'erede o gli eredi testamentari (in parti uguali), ovvero, in mancanza, gli eredi legittimi in parti tra loro uguali.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

In caso di decesso dell'Assicurato per Infortunio liquidabile a termini di Polizza prima dell'accertamento dello stato di Invalidità Permanente, sarà erogata a favore dei Beneficiari la prestazione prevista per il caso di decesso.

DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO

In caso di Ricovero non in Day Hospital/Day Surgery, per il pagamento della diaria si tiene conto del numero dei pernottamenti. L'Indennizzo per "Diaria da Ricovero da Infortunio" non è cumulabile con la garanzia per "Inabilità Temporanea da Infortunio"; nel caso in cui l'Infortunio comporti l'intervento di queste garanzie, Banco BPM Assicurazioni S.p.A. liquida per prima la garanzia "Diaria da Ricovero da Infortunio" e dopo il Ricovero quella per "Inabilità Temporanea da Infortunio".

DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO

L'Indennizzo per "Diaria da Immobilizzazione da Infortunio" non è cumulabile con quello per "Inabilità Temporanea a seguito di Infortunio". Banco BPM Assicurazioni S.p.A. liquiderà solo la prestazione più a favore per l'Assicurato.

RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avviene applicando il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A. Il rimborso è effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese sostenute dall'Assicurato per certificati o per visite medico legali non richieste da Banco BPM Assicurazioni S.p.A. ai fini della liquidazione del Sinistro.

INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

L'Indennizzo per "Inabilità Temporanea da Infortunio" non è cumulabile con quello per Diaria da Immobilizzazione da Infortunio". Banco BPM Assicurazioni S.p.A. liquida solo la prestazione più a favore per l'Assicurato.

L'Indennizzo per "Inabilità Temporanea da Infortunio" non è cumulabile con la garanzia "Diaria da Ricovero da Infortunio"; nel caso in cui l'Infortunio comporti l'intervento di queste garanzie, la Compagnia liquida per prima la garanzia "Diaria da Ricovero da Infortunio" e dopo il Ricovero quella per "Inabilità Temporanea da Infortunio".

Banco BPM Assicurazioni S.p.A. restituisce gli originali dei documenti giustificativi delle spese, insieme all'indicazione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Se l'Assicurato ha presentato a terzi l'originale delle notule, delle distinte, delle ricevute e delle fatture per ottenerne il rimborso, la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del Contratto, previa presentazione di copia del documento giustificativo a dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.



TABELLA 1 - Tabella INAIL di valutazione del grado di percentuale di invalidità permanente

DESCRIZIONE	PERCENTUALE	
	DX	SX
Sordità completa di un orecchio		15%
Sordità completa bilaterale		60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%

Altre menomazioni della facoltà visiva vedasi la tabella seguente:

VISUS PERDUTO	VISUS RESIDUO	ACUTEZZA DELL'OCCHIO CON ACUTEZZA VISIVA MINORE (OCCHIO PEGGIORE)	ACUTEZZA DELL'OCCHIO CON ACUTEZZA VISIVA MAGGIORE (OCCHIO MIGLIORE)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

Note:

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio;
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata;
in caso di diversa valutazione è riferita al visus naturale;
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato

secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di rifrazione;

4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo;

5. In caso di afachia monolaterale:

- con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
- con visus corretto di 7/10 18%
- con visus corretto di 6/10 21%
- con visus corretto di 5/10 24%
- con visus corretto di 4/10 28%
- con visus corretto di 3/10 32%
- con visus corretto inferiore a 3/10 35%

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

DESCRIZIONE	PERCENTUALE	
	DX	SX
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria		
a) Con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) Senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	-	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio		
a) Per disarticolazione scapolo-omeroale	85%	75%
b) Per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita di una mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%

TABELLA 1 – TABELLA INAIL DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° – 75°		
a) In semi pronazione	30%	25%
b) In pronazione	35%	30%
c) In supinazione	45%	40%
d) Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) In semi pronazione	40%	35%
b) In pronazione	45%	40%
c) In supinazione	55%	50%
d) Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di prono supinazione		
a) In semi pronazione	22%	18%
b) In pronazione	25%	22%
c) In supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	

TABELLA 1 – TABELLA INAIL DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%
Perdita totale del solo alluce	7%
Per la perdita di ogni altro dito del piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i 5 centimetri	11%

Inoltre, in aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzata con il 30% della Somma assicurata per Invalidità Permanente; la perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun Indennizzo. È inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto sinistro e viceversa.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei criteri e dei valori sopra indicati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella tabella di cui sopra, la stessa viene determinata con riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.



TABELLA 2 - Elenco attività professionali

LAVORATORI AUTONOMI		
COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
A001	Commercianti – Negozianti con sola attività di vendita	1
A002	Commercianti – Negozianti con attività di vendita ed attività manuali correlate (ad es. Carico e scarico colli, Parrucchiere, Fotografo) → NO Macellai e Negozianti ittici	2
A003	Libero professionista con sola attività in studio (es. Musicista, Insegnanti, Pittori)	1
A004	Libero professionista con anche missioni esterne e/o lavoro manuale e/o accesso a cantieri (compresi Investigatori privati e Istruttori scuola guida)	3
A005	Medico, Paramedico (Operatore Socio-Sanitario), Personale infermieristico, Volontari ambulanze senza guida, Massaggiatori	2
A006	Giornalista	2
A007	Agricoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, struzzi e animali domestici), Boscaioli, Pescatori	3
A008	Imprenditore o Artigiano settore edilizia, Decoratore	3
A009	Imprenditore o Artigiano settore lavorazione vetro, legno, montaggio mobili	3
A010	Imprenditore o Artigiano settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), Marinai, Bagnini, settore ittico	3
A011	Imprenditore o Artigiano settore agricolo (agricoltura, allevamenti) e Alimentare (compresi Macellai e Disossatori)	3
A012	Imprenditore o Artigiano settore tessile, chimico, meccanico, metalmeccanico, metallurgico	3
A013	Imprenditore o Artigiano con accesso ad ambienti con sostanze tossiche, Carrozziere, Verniciatore, Pulizie con macchinari industriali	3
A014	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti, Tecnico Luci, Cameraman, Fabbri	3
A015	Autotrasportatori, Pony express, Corrieri, Autisti, Auto funebri, Tassisti, Trasporto rifiuti, Spurghi e rottami	3
A016	Distributori di carburanti	3
A017	Imprenditori o Artigiani altri settori (rispetto alle voci precedenti) (es. Cuoco, Panettiere, Pulizie domestiche, Personal trainer)	2
A018	Rappresentanti, Consulenti, Agenti di commercio, Promotori, Organizzatori di eventi	2

LAVORATORI NON AUTONOMI		
COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
B001	Commessi con sola attività di vendita, Receptionist	1
B002	Commessi con attività di vendita ed attività manuali correlate (ad es. Carico e scarico colli, Cameriere, Farmacista, Parrucchiere, Fotografo) → NO Macellai e Addetti reparto ittico	2
B003	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti con sola attività amministrativa (compreso Addetto call center)	1
B004	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti con anche missioni esterne e/o lavoro manuale e/o accesso a cantieri (compresi Investigatori privati e Istruttori scuola guida)	3
B005	Medico, Paramedico, Personale infermieristico, Volontari ambulanze senza guida, Massaggiatore	2
B006	Giornalista	2
B007	Agricoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, struzzi e animali domestici), Boscaioli, Pescatori	3
B008	Operai imprese settore edilizia, Decoratore	3
B009	Operai imprese settore lavorazione vetro, legno, montaggio mobili	3
B010	Operai imprese settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), marinai, bagnini, Addetto pescheria	3
B011	Operai imprese settore agricolo (agricoltura, allevamenti,) e Alimentare (compresi Macellai e disossatori)	3
B012	Operai imprese settore meccanico, tessile, chimico, metalmeccanico, metallurgico	3
B013	Dipendenti con accesso ad ambienti con sostanze tossiche, Carrozziere, Verniciatore, Addetto pulizie con uso macchinari industriali, Addetto impresa che produce plastica/gomma, Disinfestatori, Addetti conserie	3
B014	Idraulici, Elettricisti, Ascensoristi, Antennisti, Tecnico luci, Cameraman, Fabbri	3
B015	Operai imprese settore trasporti (Autisti, Corrieri, Pony Express, Postini, Macchinisti, Tassista, Auto funebri, Operatore logistica, Magazziniere, Trasporto rifiuti, Spurghi e rottami...)	3
B016	Distributori di carburante	3
B017	Addetti altri settori, Autolavaggio, Impiegato Addetto pulizie senza uso macchinari industriali, Custode, Cuoco, Panettiere, Dipendente mensa, Bidello	2
B018	Insegnanti (compreso i musicisti), Attori, Organizzatori di eventi	1
B019	Appartenenti al settore ecclesiastico non missionario	1
B020	Lavoratori domestici, badanti	2
B021	Lavoratori in cooperative	2
B022	Assistenti sociali	2

TABELLA 2 – ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI

NON LAVORATORI		
COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
C001	Studenti, bambini in età prescolare	2
C002	Casalinghe	2
C003	Pensionati	1
C004	Disoccupati	2
C005	Benestanti	2
PROFESSIONI NON ASSICURABILI		
Missionario		
Guardia giurata, Guardia campestre, Guardia forestale		
Custode notturno armato		
Portavalori		
Vigili del fuoco, Forze Armate e Forze dell'Ordine		
Armaiolo		
Minatore, Speleologo, Archeologo, Palombaro, Sommozzatore		
Insegnante di alpinismo, Guida alpina		
Sportivo professionista		
Ballerino professionista		
Fantino		
Stuntman		
Attività circense, Acrobata, Giostraio		
Allevatore non ricompresi nell'elenco delle attività assicurabili per lavoratori autonomi e lavoratori non autonomi		
Attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico		



Informativa sulla Protezione e sul Trattamento dei dati personali

(ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016)

Gentile Cliente, desideriamo informarLa che la Compagnia Banco BPM Assicurazioni S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, (di seguito, la "Compagnia" o il "titolare") - 07122890960 con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9, 20122 Milano - per l'instaurazione e l'esecuzione del rapporto assicurativo dovrà raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Nel rispetto della vigente normativa, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 ("GDPR"), Le rilasciamo pertanto le seguenti informazioni:

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è Banco BPM Assicurazioni S.p.A., Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano.

2. Natura dei dati trattati e finalità del trattamento

A. Finalità connesse alla gestione del rapporto assicurativo/contrattuale (c.d. Finalità Assicurativa)

I Suoi dati personali (anagrafici, fiscali, di natura economica, eventualmente anche relativi alla Sua salute, biometrici, genetici, giudiziari) comunicati direttamente da Lei o reperiti dalla Compagnia da fonti pubbliche, siti web o da soggetti terzi, quali società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali, saranno raccolti e trattati dalla Compagnia per le finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, quali, a titolo esemplificativo:

- attività preliminari (quali la stesura di preventivi);
- stipula di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti, raccolta dei premi, gestione del rapporto assicurativo;
- liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni;
- la riassicurazione, la coassicurazione o l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali;

Base giuridica: Esecuzione del contratto assicurativo

Per il trattamento di eventuali dati inerenti la salute, la Compagnia deve obbligatoriamente ottenere il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati. Il mancato conferimento da parte Sua comporta l'impossibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

B. Finalità connesse ad attività promozionali e/o di marketing e rilevamento della qualità del servizio

La Compagnia può chiedere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali al fine conoscere il gradimento in ordine alla qualità dei servizi offerti, rilevare i Suoi fabbisogni assicurativi e tenerLa aggiornato sulle nuove proposte commerciali e/o attività promozionali promosse dalla Compagnia o da società del gruppo di appartenenza della stessa, anche tramite questionari, posta ordinaria, telefono, messaggi del tipo sms o di altro tipo.

Tali finalità sono connesse, ma non indispensabili, alle finalità di cui alla lettera A della presente informativa.

Base giuridica: Consenso per le finalità di marketing e di profilatura della clientela. Effettuare attività per rilevare il grado di soddisfazione della clientela.

Il consenso ai trattamenti in questione è facoltativo e il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la possibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

C. Finalità per adempimento a prescrizioni normative nazionali e comunitarie

Il trattamento dei Suoi Dati Personali per adempiere a prescrizioni normative è obbligatorio e non è richiesto il Suo consenso.

Il trattamento è obbligatorio, ad esempio, quando è prescritto dalla normativa antiriciclaggio, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi o per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di vigilanza e controllo (quali ad esempio la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea n. 2016/97 sulla distribuzione assicurativa).

Base giuridica: Rispetto di obblighi di legge

3. Modalità di trattamento dei dati personali

I Suoi dati saranno trattati in base ai principi di correttezza, liceità e trasparenza secondo logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate al conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa, attraverso idonee modalità e procedure che comportano anche l'utilizzo di strumenti informatici e telematici o comunque automatizzati nonché con l'impiego di algoritmi dedicati.

All'interno della Compagnia i dati saranno trattati da personale dipendente e/o collaboratore appositamente designato e formato, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute, così da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

Per talune attività la Compagnia potrà utilizzare soggetti terzi che svolgeranno compiti di natura tecnica e organizzativa e tratteranno i dati in veste di titolari autonomi, responsabili o contitolari del trattamento, sempre secondo le istruzioni impartite e nel rispetto delle misure di sicurezza previste.

I Suoi dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario, nel rispetto dei termini prescrizionali o nei diversi tempi eventualmente stabiliti dalla normativa legale e regolamentare di riferimento e comunque per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per perseguire le finalità sopra indicate. La Compagnia in ogni caso provvederà alla conservazione per il tempo strettamente necessario dei dati da Lei forniti nel caso di richiesta di preventivo cui non sia seguita la conclusione del contratto di assicurazione definitivo.

4. Comunicazione dei dati a soggetti terzi

I Suoi dati potranno essere comunicati, per quanto di loro rispettiva e specifica competenza a soggetti terzi pubblici o privati, appartenenti al settore assicurativo o ad esso correlati che concorrono nella costituzione della c.d. "catena assicurativa".

L'elenco aggiornato dei soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa" potrà essere da Lei richiesto contattando il Responsabile della Protezione dei Dati, ai recapiti indicati al punto 6 della presente informativa.

I Suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per finalità amministrative e contabili a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c..

5. Trasferimento dei dati a Paesi extra UE

Nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, Le comunichiamo che i Suoi dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi membri dell'Unione Europea.

Per le finalità sopra descritte, i Suoi dati potrebbero essere comunicati e trasferiti anche a destinatari che operano fuori dallo Spazio Economico Europeo. In ogni caso, il Titolare assicura sin d'ora che l'eventuale trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea che l'eventuale comunicazione dei Suoi dati personali a Destinatari fuori dallo Spazio Economico Europeo avverrà nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 44 - 49 del GDPR.

La gestione e la conservazione dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, avviene su archivi cartacei e su server del Titolare e/o di società terze nominate dallo stesso quali Responsabili esterni del trattamento.

I server sui quali sono archiviati i Dati di cui sopra sono ubicati in Italia e all'interno dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione degli archivi e dei server dall'Italia e/o dall'Unione Europea in Paesi extra-UE.

6. Diritti dell'interessato, modalità di esercizio dei diritti e reclamo al garante privacy

In qualsiasi momento, l'Interessato avrà il diritto di chiedere:

- la conferma dell'esistenza o meno di un trattamento di dati personali che Lo riguardano e la loro natura;
- l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione in caso di inesattezza;
- in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, la logica applicata al trattamento;
- la cancellazione ("diritto all'oblio"), la limitazione del trattamento dei dati,
- la portabilità dei dati trattati, ossia ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile i dati personali forniti.

Sarà Suo diritto, inoltre, revocare in qualsiasi momento il conferimento del consenso al trattamento dei Suoi dati, nel rispetto degli obblighi di legge e secondo le modalità previste dal GDPR.

Fermo restando il diritto a esporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, per esercitare i Suoi diritti e richiedere maggiori informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati personali, ai soggetti e alle categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati nonché ai Responsabili del trattamento, potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente recapito: Banco BPM Assicurazioni S.p.A. – Responsabile della Protezione dei Dati, Corso di Porta Vigentina 9 20122 Milano – e-mail: DPOBBPMAssicurazioni@legalmail.it.

Il termine per la risposta all'Interessato è di 30 giorni, prorogabile di altri due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all'interessato entro il termine di trenta giorni.

BANCO BPM Assicurazioni S.p.A.

Capitale Sociale € 22.000.000 interamente versato.

Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale 07122890960 e Partita I.V.A.

02886700349 Gruppo IVA Crédit Agricole Assurances in Italia, REA n. 1937392. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00177. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provv. ISVAP n°2860 del 22.10.2010, n°2964 del 22.02.2012 e n°3023 del 19.11.2012. Società appartenente al "Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia", iscritto all'Albo delle società capogruppo al n°057.