

CONVENZIONE CARTE DI PAGAMENTO
N° 540/53/100007 E N° 540/25/100121
(USO FRAUDOLENTO DI CARTE DI PAGAMENTO + GARANZIA INFORTUNI TITOLARI CARTE DI PAGAMENTO)
SOTTOSCRITTA TRA ASSIMOCO S.p.A. e CASSA CENTRALE BANCA – CREDITO COOPERATIVO
ITALIANO S.p.A.

ESTRATTO DELLE GARANZIE
(operatività 31/03/2020-31/03/2021)

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato/i:

- con riferimento alle Sezioni I (Furto e rapina del denaro), II (Furto e rapina dei beni acquistati) e III (Frode di terzi): Il Titolare del Conto sul quale è appoggiata la Carta ovvero il Titolare della Carta Prepagata;
- con riferimento alla Sezione IV (Insolvenza): l'Istituto aderente alla presente Convenzione che eroga i servizi relativi alle Carte;
- con riferimento alla Sezione V (Infortuni): il Titolare del Conto sul quale è appoggiata la Carta, il Titolare della Carta di credito o Carta di debito o Carta in Cooperazione ovvero il Titolare della Carta Prepagata.

Sono inoltre considerati Assicurati:

- i "familiari conviventi", i "conviventi more uxorio" e i "familiari non conviventi ma entro il 3° grado di parentela" dei soggetti sopra indicati;
- altre persone regolarmente autorizzate all'utilizzo delle Carte assicurate come da documentazione depositata presso l'Istituto aderente;

Assicurazione:

il presente contratto di assicurazione;

Beneficiario:

gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte;

Beni:

qualsiasi tipo di beni o servizi acquistati con l'uso della Carta;

Carta/e:

ciascuna e congiuntamente, l'insieme delle Carte di credito, delle Carte di debito, Carte in Cooperazione, Carte Prepagate emesse da Cassa Centrale Banca o dall'Istituto aderente. L'inserimento di nuove tipologie di Carte avverrà dopo averne fatta comunicazione ed aver ricevuto benestare dalla Compagnia che s'impegna a fornire riscontro entro 15 gg dal ricevimento di tutta la documentazione eventualmente richiesta;

Carte di credito:

strumenti di pagamento emessi da CartaSi, American Express o Diners sulla base di accordi con Cassa Centrale Banca o con l'Istituto aderente. Consistono in tessere ("plastiche") che abilitano il Titolare della Carta, in base ad un contratto con l'Emittente, ad effettuare acquisti di beni o servizi oppure prelievi di contante a valere sul Circuito o sui Circuiti presenti sulla Carta. Gli importi spesi o prelevati vengono addebitati in un momento concordato con l'Emittente, successivo rispetto a quello della transazione;

Carte di debito	strumenti di pagamento emessi da Cassa Centrale Banca ovvero dall'Istituto aderente – tessere (“plastiche”) – che abilitano il Titolare della carta, in base ad un contratto con l’Emittente, ad effettuare prelievi di denaro contante oppure acquisti di beni o servizi – mediante POS (Point Of Sale) della banca emittente o di altre Banche (Bancomat, Pagobancomat, Fastpay, Cirrus, Eurocheque, Maestro) – a valere sul Circuito o sui Circuiti (sia nazionale che internazionale) presenti sulla carta. Gli importi spesi o prelevati vengono addebitati sul conto contestualmente all’operazione. L’addebito avviene subito in occasione di ogni singolo pagamento o prelievo;
Carte in Cooperazione:	tessere (“plastiche”) emesse da “Famiglie Cooperative” che supportano la funzione di Carta di debito abbinando alla stessa una serie di servizi legati alle cooperative aderenti al progetto;
Carte prepagate:	strumenti di pagamento emessi da Cassa Centrale Banca con un credito a scalare, rilasciati a fronte di un versamento anticipato di fondi effettuato all’Emittente, il cui valore diminuisce ogni volta che viene utilizzato per effettuare pagamenti o prelievi. Le Carte Prepagate possono essere ricaricate più volte, anche a distanza e da terze persone e non sono vincolate ad un conto corrente d’appoggio;
Cash trapping:	truffa perpetrata ai danni del Titolare della Carta assicurata effettuata tramite “forchetta” posta nell’erogatore dell’ATM al fine di trattenere il denaro già erogato dall’ATM stesso a fronte di una transazione correttamente eseguita/conclusa;
Contact-less:	nuova tecnologia che permette di effettuare operazioni di pagamento anche mediante semplice avvicinamento della Carta ai lettori POS abilitati a rilevarne i dati a distanza, che può essere applicata a tutte le Carte ECCETTO le Carte in Cooperazione;
Cassa Centrale Banca:	Cassa Centrale Banca – Credito Cooperativo Italiano S.p.A.;
Clonazione:	riproduzione fraudolenta della Carta effettuata all’insaputa del titolare;
Contraente:	- della Convenzione: la CASSA CENTRALE BANCA – CREDITO COOPERATIVO ITALIANO S.p.A.;
	- dei Certificati di Assicurazione: l’Istituto aderente alla presente Convenzione;
Contraffazione:	alterazione delle caratteristiche fisiche della Carta modificandone i dati riportati in rilievo;
Emittente:	soggetto abilitato/autorizzato ad emettere Carte o altro strumento di pagamento;
Franchigia:	la somma che per ogni sinistro, liquidabile a termini di Polizza, rimane a carico dell’Assicurato o del Contraente, secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
Furto:	sottrazione di cose mobili altrui al fine di trarne profitto per sé o per gli altri;
Furto con destrezza:	sottrazione di cose con speciale abilità personale in modo da eludere l’attenzione del derubato o di altre persone presenti; tale speciale abilità può esercitarsi con agilità e sveltezza di mano su cose che siano indosso od a portata di mano del derubato, eludendo l’attenzione di lui presente e normalmente vigilante;
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Infortunio:	l’evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente;

Invalidità permanente:	l'incapacità fisica definitiva ed irrimediabile dell'Assicurato a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata;
Istituto aderente:	Banca che, in qualità di emittente ovvero di collocatore delle Carte, aderisce alla presente Convenzione al fine di assicurare i propri clienti contro gli eventi previsti in Convenzione, nei limiti e alle condizioni in essa previsti;
Istituto di Cura:	Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura: le case di cura per convalescenza, lungo degenza, soggiorno per anziani, le strutture aventi prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche, gli stabilimenti termali;
Parti:	Il Contraente e la Società;
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
Rapina:	sottrazione di cose mediante violenza alla persona o minaccia;
Ricovero:	la degenza in un istituto di cura che comporti pernottamento;
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
Scippo:	il furto strappando la cosa dalla mano o di dosso alla persona che la detiene;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Smarrimento:	perdita accidentale;
Società:	Assimoco S.p.A.;
Stabilimenti:	sedi, succursali, delegazioni, filiali, agenzie e subagenzie ed in genere qualsiasi recapito anche se costituito dalla sola cassaforte adibita a servizio di cassa continua, dispensatore di denaro o similare, o sportello, ovunque ubicato, anche occasionalmente o presso terzi, attraverso i quali il Contraente esercita la propria attività;
Terzi:	coloro che non siano: a) il coniuge, i genitori, i figli del Titolare nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente, se il Titolare è persona fisica; b) il legale rappresentante, il socio a responsabilità limitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui al punto a), se il Titolare non è una persona fisica; c) le persone che sono in rapporto, anche occasionale, di dipendenza con il Titolare, eventuali subappaltatori e loro dipendenti, nonché tutti coloro che indipendentemente dall'esistenza di un qualsiasi rapporto con il Titolare, partecipino manualmente all'attività dichiarata in Polizza; d) le società le quali rispetto al Titolare, che non sia persona fisica, siano qualificabili come controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 del codice civile, nel testo di cui alla legge 7 giugno 1974 n.216, nonché gli amministratori delle medesime;

Titolare del conto: il soggetto cui è intestato il conto corrente sul quale è appoggiata la Carta di credito, la Carta di debito, o la Carta in Cooperazione;

Titolare della Carta: il soggetto cui è intestata la Carta di credito, la Carta di debito, la Carta in Cooperazione o la Carta Prepagata.

Premesso che l'Istituto aderente può distribuire ai propri clienti le seguenti tipologie di Carte, tutte con possibilità di essere dotate di funzione "contact-less" con la sola ECCEZIONE delle Carte in Cooperazione, contrassegnate o con il proprio codice ABI o con il codice ABI 03599 di Cassa Centrale Banca:

CARTE DI DEBITO (abiliate ad operare sui circuiti domestici ed internazionali);

CARTE IN COOPERAZIONE (Circuito Privativo);

CARTE PREPAGATE;

CARTE DI CREDITO (che possono essere emesse da CartaSi, American Express o Diners sulla base di accordi con Cassa Centrale Banca o con l'Istituto aderente).

La Società, alle condizioni che seguono, assicura il risarcimento dei danni materiali e diretti subiti dall'Assicurato, in conseguenza degli eventi previsti nelle seguenti SEZIONI:

SEZIONE I - FURTO E RAPINA DEL DENARO

SEZIONE II - FURTO E RAPINA DEI BENI ACQUISTATI

SEZIONE III - FRODE DI TERZI

SEZIONE IV - INSOLVENZA DEL TITOLARE

SEZIONE V - INFORTUNI

Per tutte le SEZIONI della polizza la somma complessivamente assicurata è quella sotto indicata e rappresenta il massimo indennizzo che la Società potrà essere tenuta a pagare qualunque sia il numero e l'ammontare dei sinistri che colpissero le Carte nel corso dell'annualità assicurativa in una o più delle sue SEZIONI.

4

La presente assicurazione è prestata senza applicazione della regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Codice Civile.

Per tutte le SEZIONI della polizza la somma complessivamente assicurata è quella sotto indicata e rappresenta il massimo indennizzo che la Società potrà essere tenuta a pagare qualunque sia il numero e l'ammontare dei sinistri che colpissero le Carte nel corso dell'annualità assicurativa in una o più delle sue SEZIONI.

La presente assicurazione è prestata senza applicazione della regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Codice Civile.

AVVERTENZA

Per l'esatta individuazione della tipologia di Carte assicurate l'Assicurato deve rivolgersi al proprio Istituto di Credito

SOMMA ASSICURATA SEZIONI I-II-III-IV

Per il complesso degli Istituti aderenti alla Convenzione

1) € 100.000,00 relativamente a tutti i sinistri di Cash-Trapping.

Per l'Istituto aderente

- 1) € 200.000,00 (duecentomila/00) fino a 7.500 Carte assicurate;
- 2) € 300.000,00 (trecentomila/00) oltre 7.500 Carte assicurate;
- 3) € 10.000,00 (diecimila/00) per il complesso dei sinistri di Cash-Trapping.

Per ogni Assicurato € 31.000,00 (trentunomila/00) con i seguenti sottolimiti per garanzia:

SEZIONE I - Furto e Rapina del Denaro € 2.500,00 con i limiti di:

- 1) € 500,00 per evento, per la rapina e lo scippo per il prelievo di denaro contante effettuato in Italia;
- 2) € 250,00 per evento, per la rapina e lo scippo per il prelievo di denaro contante effettuato all'Estero;
- 3) € 1.550,00 per evento, per la rapina e lo scippo per il prelievo del denaro contante tramite "bancomat aziendale";

SEZIONE II - Furto e Rapina dei beni acquistati € 600,00 per evento;

SEZIONE III - Frode di terzi € 21.000,00 con i limiti di:

- 1) € 21.000,00 per Assicurato e anno assicurativo per l'uso fraudolento di terzi a seguito di smarrimento o sottrazione;
- 2) € 5.000,00 per sinistro e anno assicurativo per l'uso fraudolento a seguito di duplicazione e clonazione.
- 3) € 1.000,00 per Carta, per sinistro e per anno per Cash-Trapping.
- 4) € 500,00 giornaliero per l'uso fraudolento di terzi di Carte in Cooperazione a seguito di smarrimento o sottrazione, duplicazione o clonazione, per operazioni CON inserimento del codice PIN;
- 5) € 80,00 giornaliero per l'uso fraudolento di terzi di Carte in Cooperazione a seguito di smarrimento o sottrazione, duplicazione o clonazione, per operazioni SENZA inserimento del codice PIN;
- 6) € 125,00 per sinistro, per Carta, per anno, a seguito smarrimento o sottrazione Carta ed utilizzo tramite tecnologia contact-less (comprovata da Cassa Centrale Banca) senza digitazione del codice PIN.

5

SEZIONE IV (OMISSIS).

SOMMA ASSICURATA SEZIONE V

Ciascuna persona si intende assicurata per:

- 1) € 26.000,00 caso Morte;
- 2) € 26.000,00 caso Invalidità Permanente;
- 3) € 550,00 Rimborso spese mediche.

DETERMINAZIONE, CALCOLO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

I premi annui lordi per ciascuna Carta sono stabiliti in:

a) Garanzie obbligatorie

OMISSIS

b) Garanzie facoltative

OMISSIS

SEZIONE I – FURTO E RAPINA DEL DENARO

La Società si obbliga a indennizzare il Titolare del Conto o il Titolare della Carta Prepagata dei danni derivanti dalla perdita del denaro, purché tale perdita sia conseguente a furto in seguito ad infortunio od improvviso malore dell'Assicurato stesso, a furto commesso con destrezza limitatamente al caso in cui l'Assicurato ha indosso od a portata di mano il denaro medesimo, scippo e rapina.

La garanzia vale dal momento del prelievo da qualsiasi dispensatore automatico e termina 24 ore dopo il prelievo stesso.

SEZIONE II- FURTO E RAPINA DEI BENI ACQUISTATI

La Società si obbliga a indennizzare l'Assicurato dei danni materiali e diretti riguardanti beni acquistati con l'utilizzo della carta assicurata a Lui derivanti a seguito di furto, rapina e scippo avvenuto dopo l'acquisto dei beni stessi.

La garanzia inizia al momento del pagamento dei beni acquistati e termina 24 ore dopo l'acquisto stesso.

Il furto dei beni lasciati incustoditi a bordo di veicoli a motore è compreso nell'assicurazione solo se avvenuto congiuntamente al furto dei veicoli stessi.

SEZIONE III- FRODE DI TERZI

La Società si obbliga a indennizzare, anche per il tramite dell'Istituto aderente, i danni materiali e diretti derivanti al Titolare del Conto o al Titolare della Carta Prepagata in conseguenza dell'uso fraudolento della carta da parte di Terzi a seguito di furto, rapina, scippo e smarrimento nonché clonazione, contraffazione; sono comprese anche le spese addebitate al cliente a seguito di prelievi effettuati fraudolentemente da terzi su ATM/Bancomat non appartenenti al circuito del Credito Cooperativo, rimanendo comunque esclusi i danni e le perdite consistenti in lucri mancanti, interessi e qualunque altro danno indiretto.

Si precisa che si intende compresa la clonazione a seguito di utilizzo fraudolento dei dati della carta ottenuti attraverso reti informatiche (internet) utilizzate per l'acquisto di beni e/o servizi attraverso tali reti. La Società si obbliga inoltre a indennizzare i danni materiali e diretti derivanti al Titolare del Conto o al Titolare della Carta Prepagata in conseguenza di Cash Trapping. Al fine della validità della garanzia l'erogazione del denaro deve essere documentata.

LIMITI TEMPORALI DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia della presente Sezione decorre dal momento dell'evento (furto, smarrimento o duplicazione/clonazione) e termina il 120° giorno successivo.

La garanzia viene inoltre a cessare, anche prima del 120° giorno, dal momento in cui in base al regolamento della singola Carta, cessano di far carico al singolo titolare le conseguenze pregiudizievoli connesse con l'uso fraudolento della Carta smarrita, sottratta o duplicata/clonata.

Ove fosse previsto dai singoli contratti e dalle eventuali successive variazioni che l'Assicurato sia responsabile anche dopo la denuncia all'Istituto aderente, la garanzia della presente polizza si intenderà operante sempre e comunque nell'ambito dei 120 giorni dall'evento. Se detta data non fosse nota, il primo giorno di garanzia verrà fissato il giorno in cui si è verificato l'evento dannoso.

SCOPERTO E FRANCHIGIE

In caso di sinistro che interessi la Sezione III la Società corrisponderà all'Assicurato la somma liquidata a termini di polizza, sotto deduzione di una franchigia assoluta pari ad € 50,00.

Relativamente alla garanzia clonazione si precisa che la stessa è prestata senza scoperto/franchigia.

Gli importi di franchigia suddetti resteranno sempre a carico esclusivo dell'Assicurato stesso o dell'Istituto aderente secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Per le operazioni effettuate con tecnologia Contact-less NON si applicherà alcuna franchigia sempreché le stesse, effettuate senza digitazione del Codice PIN, siano di importo inferiore ad € 125,00.

SEZIONE IV – (OMISSIS)

OMISSIS

LIMITI TEMPORALI DELL'ASSICURAZIONE

OMISSIS

SEZIONE V - INFORTUNI

L'assicurazione è automaticamente prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati in conseguenza degli eventi descritti alle Sezioni I e Sezione II.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLE SEZIONI I, II, III E IV

ART. 1 ESCLUSIONI

Sono esclusi i danni e le perdite causati in tutto od in parte da azioni od omissioni dolose dell'Assicurato.

Sono altresì esclusi i danni e le perdite verificatesi in occasione di:

- a) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare, invasione atti di terrorismo o sabotaggio, purché il sinistro sia in rapporto con tali eventi;
- b) reazioni nucleari, radiazioni o contaminazioni radioattive, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, od altri sconvolgimenti della natura, purché il sinistro sia in rapporto con tali eventi; che siano conseguenza diretta o indiretta di:
- c) mal funzionamento di software (applicativo di base) ed hardware;
- d) contraffazione e clonazione delle Carte salvo per i casi contemplati dalla Sez. III.

Sono inoltre esclusi i danni e le perdite:

- e) consistenti in lucri mancanti, interessi e qualunque altro danno indiretto;
- f) a seguito di cessione della Carta a terzi diversi da coloro che rientrano nella definizione di Assicurato (vedasi definizione di Assicurato a pagina 1).

ART. 2 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Istituto aderente deve trasmettere tempestivamente alla Società, anche per il tramite di Assicura Broker S.r.l., la denuncia di sinistro pervenutagli dall'Assicurato, specificando la circostanza dell'evento e producendo a corredo della medesima la documentazione relativa alle operazioni effettuate mediante la Carta.

L'inadempimento del predetto obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

ART. 3 OBBLIGO DI TENERE REGISTRAZIONI

Il Contraente è tenuto a predisporre delle registrazioni dalle quali risulti:

- 1) Il nominativo del titolare della Carta;
- 2) La data di decorrenza e di scadenza della Carta;
- 3) Il codice Banca (Abi), il codice agenzia (Cab) ed il numero del conto corrente utilizzato per l'addebito delle operazioni effettuate mediante Carta.

Il Contraente deve mettere a disposizione della Società tutte le registrazioni di cui sopra che potessero essere richieste.

ART. 4 ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO

L'Assicurato che esagera dolosamente l'ammontare del danno, dichiara distrutte o rubate cose che non esistevano al momento del sinistro, occulta, sottrae o manomette cose salvate o non rubate, adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, altera dolosamente le tracce ed i residui del sinistro o facilita il progresso di questo, perde il diritto all'indennizzo.

ART. 5 PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO

L'ammontare del danno è concordato con le seguenti modalità:

- a) Direttamente dalla Società o persona da questa incaricata con l'Istituto Aderente o persona da lui designata; oppure a richiesta di una delle Parti,
- b) Fra due periti nominati uno dalla Società ed uno dall'Istituto aderente con apposito atto unico.

I due periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro ed anche prima su richiesta di uno di essi. Il Terzo perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza.

Ciascun perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza avere alcun voto deliberativo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio perito o se i periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle Parti, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio perito; quelle del terzo perito sono ripartite a metà.

ART. 6 MANDATO DEI PERITI

I Periti devono:

- a) indagare su circostanze di tempo e di luogo, sulla natura, sulla causa e sulle modalità del sinistro;
- b) verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del sinistro esistevano circostanze che avessero mutato il rischio e non fossero state comunicate;
- c) verificare se il Contraente/Assicurato ha adempiuto agli obblighi di cui all'Art. 2;
- d) procedere alla stima ed alla liquidazione del danno.

Nel caso di procedura per la valutazione del danno effettuata ai sensi dell'Art. 5) lettera b), i risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, con allegate le stime

Dettagliate, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

I risultati delle valutazioni di cui alla lettera d) sono obbligatori per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errori, violenza o di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente all'indennizzabilità del danno.

La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia.

I Periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria

ART. 7 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Alla fine di ogni mese l'Istituto aderente trasmetterà alla Società, anche per il tramite di Assicura Broker S.r.l.:

- le denunce di sinistro all'Istituto aderente pervenute dagli Assicurati;
- copia della documentazione attestante l'avvenuto rimborso all'Assicurato qualora l'Istituto aderente abbia già rimborsato allo stesso un pagamento non autorizzato.

L'Istituto aderente mette inoltre a disposizione della Società l'elenco delle carte emesse e fornirà altresì la documentazione necessaria per la determinazione delle indennità.

La liquidazione delle indennità avviene direttamente all'Istituto aderente, entro trenta giorni dalla data di sottoscrizione dell'atto di liquidazione, sempre che lo stesso abbia già provveduto a rimborsare all'Assicurato l'importo dell'operazione di pagamento non autorizzata. L'indennizzo corrisposto all'Istituto aderente non potrà essere superiore all'importo che quest'ultimo ha rimborsato all'Assicurato.

ART. 8 RECUPERI

In caso di recupero dei beni assicurati la cui perdita sia stata risarcita a termini della presente polizza, l'importo recuperato al netto delle spese sostenute a tale fine sarà ripartito come segue:

- a) in primo luogo per rimborsare l'Assicurato di quella parte di danno che, eccedendo l'ammontare del risarcimento corrisposto dalla Società, fosse rimasta a suo carico;
- b) in secondo luogo per ridurre il danno liquidabile a termini di polizza oppure per rimborsare la Società per il risarcimento della stessa corrisposto all'Assicurato.
- c) da ultimo per rimborsare l'Assicurato per quella parte di danno, che per effetto della franchigia o di altre detrazioni previste dalla sezione interessata, fosse rimasta a suo carico.

ART. 9 DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società che ha pagato l'indennizzo è surrogata, fino alla concorrenza dell'ammontare dell'indennizzo stesso, nei diritti dell'Istituto aderente verso il titolare della Carta di credito e/o di debito.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA SEZIONE V

Art. 10 RISCHIO ASSICURATO

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente.

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che il Titolare di Carte di Pagamento subisca a seguito di furto, furto commesso con destrezza, (limitatamente al caso in cui l'Assicurato ha indosso od a portata di mano il denaro medesimo) scippo e rapina.

ART. 11 MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o in difetto, di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 12 MORTE PRESUNTA

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e, in applicazione all'Art. 60 comma 3) CC o dell'Art. 211 del Codice della navigazione, l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato questi e i beneficiari sono tenuti in solido alla restituzione dell'indennizzo.

ART. 13 INVALIDITA' PERMANENTE

- A) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.
- B) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro (%)	Sinistro (%)
• un arto superiore	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• una falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
• anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono supinazione libera	20%	15%
• anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono supinazione libera	10%	8%
• paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
• paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
amputazione di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia		70%
• al di sotto della metà delle coscia, ma al di sopra del ginocchio		60%
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio della gamba		50%
• un piede		40%
• ambedue i piedi		100%
• un alluce		5%
• un altro dito del piede		1%
• una falange ungueale dell'alluce		2,5%

• anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
• anchilosi del ginocchio in estensione	25%
• anchilosi tibio tarsica ad angolo retto con anchilosi sotto astragalica	15%
• paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%
• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%
• sordità completa di un orecchio	10%
• sordità completa di ambedue gli orecchi	40%
• stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
• stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
• esiti di frattura scomposta in una costa	1%
• esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di: una vertebra cervicale	12%
una vertebra dorsale	5%
12a dorsale	10%
una vertebra lombare	10%
• esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
• esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
• postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
• perdita anatomica di un rene	15%
• perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

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

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per lato sinistro e viceversa.

In caso l'infornuto determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

ART. 14 INDENNIZZO PER INVALIDITA' PERMANENTE

Nel caso di invalidità permanente inferiore al 50% della totale non sarà liquidato alcun indennizzo. Nel caso di invalidità permanente pari o superiore al 50% della totale, l'indennizzo sarà liquidato in base a quanto previsto al precedente Art. "Invalidità Permanente".

ART. 15 RIMBORSO SPESE MEDICHE

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza la Società, entro il limite di €. 550,00, rimborsa le spese sostenute per rette di degenza, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami; le

spese per interventi chirurgici, e precisamente onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento; le spese di trasporto in ambulanza all'istituto di cura o ambulatorio.

ART. 16 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indennizzabili ai sensi di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

ART. 17 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO - PERIZIA COLLEGIALE

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sulla natura delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dai "Criteri di Indennizzabilità" debbono essere demandate, per iscritto, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune, sede dell'ordine dei Medici nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'ordine dei medici suddetto.

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

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna della Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ART. 18 DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGO DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro nove giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

ART. 19 ASSICURAZIONI DI GRUPPO

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 CC..

ART. 20 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché l'annullamento della polizza di assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 2 ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato o il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il rischio descritto in polizza; in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. (Art. 1910 del Codice Civile).

ART. 3 OPERATIVITA' DELLA GARANZIA

Fermo restando l'effetto e la scadenza della presente polizza, la garanzia è operante nei confronti di ogni Assicurato dalle ore 24,00 del giorno di rilascio della "Carta" da parte dell'Istituto aderente e cessa, salvo quanto previsto alle singole Sezioni, alla scadenza del periodo di validità della "Carta" stessa.

Tutte le Carte emesse durante il periodo di validità della polizza sono considerate automaticamente in copertura ed il relativo premio verrà regolato secondo modalità di cui al punto **DETERMINAZIONE, CALCOLO E REGOLAZIONE DEL PREMIO** di cui sopra.

ART. 4 PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELLA GARANZIA E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

OMISSIS

ART. 5 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato o il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio, non noti o non accettati dalla Società, possono comportare la perdita, totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 del Codice Civile).

ART. 6 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente (art. 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 7 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 8 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. La Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 9 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 10 FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie relative al presente contratto che dovessero insorgere tra la Società e l'Istituto aderente, le Parti dichiarano competente in via esclusiva il Foro di Trento.

Per le eventuali controversie che dovessero insorgere tra la Società e il singolo Assicurato sarà competente il Foro in cui l'Assicurato ha la propria residenza o domicilio.

ART. 11 DISPOSIZIONI VARIE

- a) Sono a carico del Contraente tutte le imposte e gli altri oneri presenti o futuri, stabiliti in relazione del contratto;
- b) Fermo il disposto dell'Articolo 1916 del Codice Civile, il Contraente si obbliga, a richiesta della Società, a conferirle formale mandato ad agire verso i terzi anche prima del pagamento dell'indennità.
- c) La Società non perde il diritto di far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni anche se abbia effettuato la liquidazione ed il pagamento dell'indennità.

ART. 12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 13 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per le operazioni effettuate, oltre che in Italia, anche in tutti i Paesi dove le Carte sono riconosciute.

ART. 14 TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla Polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società. Spetta all'Assicurato compiere gli atti necessari per consentire l'accertamento e la liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati, sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di Polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti o col consenso del Titolare dell'interesse assicurato.

ART. 15 ALTRE COPERTURE

In caso di sinistro, se esistono altre coperture, assicurazioni e non, per i medesimi rischi garantiti dalla presente polizza, la Società sarà tenuta a pagare (nei limiti della somma assicurata) solo la parte del danno eccedente la somma già coperta, dalla quale parte di danno verrà dedotta la relativa franchigia o scoperto previsto.

ART. 16 CLAUSOLA BROKER

OMISSIS

ART. 17 - SANZIONI INTERNAZIONALI – INEFFICACIA DEL CONTRATTO

In nessun caso Assimoco S.p.A. sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possa esporla a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

ASSIMOCO S.p.A.

13

Il presente documento è compilato esclusivamente sul fronte e volutamente lasciato in bianco sia sul retro che nello spazio sottostante. Pertanto qualsiasi dichiarazione ivi riportata è da intendersi nulla e senza effetto.