

CARIGE DOMANI MUTUO LIGHT

**Contratto di Assicurazione multirischio (danni)
abbinato ai contratti di Mutuo della Banca Distributrice**

Il presente documento (Edizione 05/2023), contenente:

- Glossario
- Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato al Contraente / Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

AVVERTENZA: per effetto di quanto disposto dall'Art. 166, 2° comma del Codice delle Assicurazioni Private, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono evidenziate su sfondo grigio.

Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

BENEFICIARIO:

la persona fisica o giuridica, designata nella Scheda di adesione dall'Aderente, che riceve la prestazione prevista dalla Scheda.

BANCA DISTRIBUTTRICE:

Banca Carige – Banca del Monte di Lucca – Banca Cesare Ponti.

CARICAMENTI:

parte del Premio versato dal Contraente/Assicurato destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società di acquisizione e gestione del contratto

CONTRAENTE/ASSICURATO:

la persona fisica, richiedente il Mutuo concesso dalla Banca Distributtrice, che ha i requisiti di assicurabilità, che ha sottoscritto la Polizza ed ha accettato di corrispondere il Premio dovuto.

COPERTURA:

la garanzia assicurativa concessa ad un Assicurato dalla Società ai sensi del presente contratto di assicurazione ed in forza della quale la Società è obbligata al pagamento dell'Indennizzo a favore dell'Assicurato stesso al verificarsi di un Sinistro.

DATA DEL SINISTRO:

- Invalidità Permanente Totale da Infortunio: la data di accadimento dell'Infortunio;
- Invalidità Permanente Totale da Malattia: la data di presentazione della domanda di invalidità all'azienda sanitaria locale o altra autorità competente (ai fini del Periodo di Carenza, la Data del Sinistro è la data di diagnosi della Malattia);
- Ricovero Ospedaliero: la data di primo pernottamento a seguito di ricovero in un Istituto di Cura.

DATA PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO:

la data di pagamento del Premio con accettazione della Polizza da parte della Società.

DEBITO RESIDUO:

il debito residuo del Mutuo in linea capitale esistente alla data del Sinistro, calcolato in base al piano di ammortamento originale concordato al momento della stipula del Mutuo oppure, in caso di estinzione parziale del Mutuo con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro; sono esclusi dal calcolo gli interessi, nonché qualsiasi importo dovuto in base al Mutuo a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.). Qualora la somma assicurata risultante in polizza fosse inferiore rispetto all'importo del debito residuo del Mutuo sottostante alla data di sottoscrizione della polizza, il debito residuo in linea capitale esistente alla data del Sinistro sarà calcolato in misura proporzionale considerando il rapporto tra la somma assicurata e l'effettivo importo del debito residuo alla data di sottoscrizione della polizza.

DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE:

la data dalla quale si intendono valide ed efficaci le prestazioni descritte nella Polizza.

DURATA DELL'ASSICURAZIONE:

l'intervallo di tempo compreso fra la data di decorrenza dell'assicurazione e la sua scadenza, durante il quale sono operative le Coperture e ha validità l'assicurazione.

ESCLUSIONI:

rischi esclusi o limitazioni relative alla Copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole delle Condizioni di Assicurazione.

INDENNIZZO:

la somma dovuta dalla Società all'Assicurato a seguito del verificarsi delle condizioni che ne danno diritto.

INFORTUNIO:

l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento o il congelamento;

- 5) i colpi di sole o di calore;
- 6) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- 7) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

INTERMEDIARIO

La Banca Distributrice che incassa il premio in nome e per conto dei Contraenti/Assicurati.

INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE:

la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo. L'Invalidità Permanente Totale sarà riconosciuta, ai fini della presente Polizza Collettiva, quando il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60% (in caso di Infortunio, la percentuale sarà valutata sulla base della Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965 n° 1124 denominata "Tabella della valutazione del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA", di cui all'Allegato A).

ISTITUTO DI CURA

Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le strutture benessere, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, gli ospedali e le cliniche psichiatriche, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, gli istituti medico-pedagogici, le case di cura.

ISVAP/IVASS:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

È l'Autorità cui è affidata la vigilanza sul settore assicurativo con riguardo alla sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e di riassicurazione e alla trasparenza e correttezza dei comportamenti delle imprese, degli intermediari e degli altri operatori del settore. L'IVASS svolge anche compiti di tutela del consumatore, con particolare riguardo alla trasparenza nei rapporti tra imprese e assicurati e all'informazione al consumatore. Istituito con la Legge n. 135/2012, a decorrere dal 1.1.2013, l'IVASS è succeduto in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

MALATTIA:

l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

MUTUO:

Il contratto di Mutuo stipulato tra l'Assicurato e la Banca Distributrice, di **durata non superiore ai 30 anni, avente un capitale erogato non superiore ad € 200.000,00.**

PERIODO DI CARENZA:

il periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di decorrenza, durante il quale la Copertura non ha effetto.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE:

il periodo di tempo che deve intercorrere tra un Sinistro per Ricovero Ospedaliero ed un Sinistro successivo per Ricovero Ospedaliero, affinché quest'ultimo Sinistro sia indennizzabile in base al contratto.

POLIZZA

Il contratto di assicurazione danni stipulato dal Contraente/Assicurato con la Società.

PREMIO:

importo che il Contraente/Assicurato, per il tramite dell'Intermediario, si impegna a corrispondere alla Società.

PREMIO IMPONIBILE:

premio versato al netto delle imposte.

PREMIO PURO:

premio imponibile versato al netto dei caricamenti.

QUESTIONARIO MEDICO:

modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

RICOVERO OSPEDALIERO:

La degenza ininterrotta, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.

SINISTRO:

il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è concessa la Copertura.

SOCIETÀ:

HDI ASSICURAZIONI S.p.A.

Condizioni di assicurazione

CONDIZIONI GENERALI APPLICABILI A TUTTE LE COPERTURE

Art. 1 – OGGETTO DEL CONTRATTO

1. La Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere un Indennizzo all'Assicurato, in base alla specifica Copertura, qualora si verifichi un Sinistro.

2. I rischi assicurati sono i seguenti:

- **L'INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA dell'Assicurato** (Sezione A delle Condizioni Particolari);
- **IL RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA dell'Assicurato** (Sezione B delle Condizioni Particolari)

3. **Carige Domani Mutuo Light** è un prodotto acquistabile indipendentemente dalla specifica attività lavorativa svolta dell'Assicurato al momento dell'adesione.

Le Coperture previste sono indicate nella tabella seguente:

PRODOTTO ASSICURATIVO	COPERTURA A	COPERTURA B
Codice prodotto 50907 CARIGE DOMANI MUTUO LIGHT	INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA

4. In caso di Sinistro, la Società si obbliga a corrispondere un Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo (per la garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia) o un Indennizzo pari ad un importo giornaliero (per la garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia), come previsto dalle Condizioni Particolari applicabili a ciascuna Copertura (Artt. 22 e ss.).

Art. 2 – PERSONE ASSICURABILI

1. È assicurabile la persona fisica che, alla data di sottoscrizione della Polizza:

- abbia stipulato il Mutuo con l'Intermediario; e
- abbia risposto "NO" a tutte le domande indicate nel Questionario Medico, e sottoscritto anche le altre "Dichiarazioni ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1892, 1893, 1894 e 1910 del Codice Civile" riportate nella Scheda di adesione che forma parte integrante del contratto di assicurazione; e
- sia di età non inferiore a 18 anni compiuti e di età tale per cui, alla data di scadenza del Mutuo, non avrà compiuto i 75 anni.

2. Nel caso in cui il Mutuo sia sottoscritto congiuntamente da 2 o più mutuatari, si considera Assicurato la persona indicata nella Polizza, sempre che, rispetto alla stessa, ricorrano le condizioni di assicurabilità di cui ai punti precedenti.

Art. 3 – MODALITÀ DI ADESIONE ALLA POLIZZA – DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLA COPERTURA

1. Fermo restando il Periodo di Carenza (indicato nelle Condizioni Particolari di ciascuna Copertura), la Copertura produce i suoi effetti dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione della Polizza da parte del Contraente (che coincide sempre con l'Assicurato) o, se successivo, dalle ore 24.00 della data di erogazione del Mutuo, a condizione che il Premio sia stato regolarmente pagato. Con il pagamento del Premio il contratto di assicurazione viene perfezionato.

2. Si precisa che le Coperture Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia hanno una durata pari alla durata del Mutuo (massimo 30 anni).

3. Tutte le Coperture si estinguono anticipatamente rispetto alla data di naturale scadenza, alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- morte dell'Assicurato;
- liquidazione dell'Indennizzo previsto per il caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia;
- esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato;
- estinzione anticipata totale del Mutuo da parte dell'Assicurato, a meno che lo stesso richieda il mantenimento delle Coperture assicurative.

Art. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO

1. L'Assicurato è tenuto a pagare il Premio in un'unica soluzione per tutta la durata delle Coperture. Il pagamento avviene con addebito sul conto corrente intestato all'Assicurato presso la Banca Distributrice.

Non è contemplata altra modalità di pagamento del premio unico poiché il prodotto è riservato ai singoli clienti mutuatari della Banca Distributrice.

L'estratto conto bancario costituisce a tutti gli effetti la ricevuta che certifica l'avvenuto pagamento del premio (quietanza).

- La Società ha conferito all'Intermediario mandato per l'incasso dei premi. Al riguardo, le parti prendono atto che di tale mandato è fatta menzione nel Regolamento Distributivo. Inoltre, in conseguenza del suddetto mandato, il pagamento del Premio effettuato dall'Assicurato all'Intermediario è come se fosse effettuato direttamente a favore della Società, anche ai fini dell'attivazione della Copertura.
- L'Intermediario, incassato il Premio, dovrà provvedere a versare lo stesso ad **HDI ASSICURAZIONI S.P.A.**

Art. 5 – MODALITA' DI DENUNCIA DEI SINISTRI

1. In caso di Sinistro, è necessario dare avviso alla Società entro 3 giorni da quando se ne è avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c.. Le denunce di Sinistro vanno inviate ad AXA France IARD, incaricata della gestione dei sinistri per conto della Società, con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a/r)	HDI Assicurazioni S.p.A. c/o AXA France IARD (Ufficio Sinistri) – Corso Como n. 17 – 20154 Milano
Via Fax	02-23331247
Via e-mail	clp.it.sinistri@partners.axa

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 c.c.

- La denuncia di Sinistro può essere effettuata anche utilizzando un apposito modulo di denuncia Sinistro messo a disposizione dalla Società, reperibile ai recapiti sopra indicati.
- Ai fini della liquidazione dell'Indennizzo, alla denuncia di Sinistro dovrà essere allegata tutta la documentazione richiesta, elencata, per ogni specifica Copertura, nelle relative sezioni delle Condizioni Particolari.

Art. 6 – DIRITTO DI RECESSO PER L'ASSICURATO

- L'Assicurato può recedere dal rapporto contrattuale entro **sessanta** giorni dalla sottoscrizione della Polizza.
- Al fine di esercitare il diritto di recesso l'Assicurato deve inviare, entro il suddetto termine, una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata A.R., fax o P.E.C. della Società (hdi.assicurazioni@pec.hdia.it), contenente gli elementi identificativi del contratto, con la quale dichiara di voler recedere dal contratto di assicurazione, indirizzata al seguente recapito:

HDI Assicurazioni S.p.A. – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma

- Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.
- Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato (previa consegna dell'originale della Polizza), sul conto corrente bancario a lui intestato, il Premio versato al netto di Euro 10,00 a titolo di spese amministrative.
- L'Assicurato può altresì recedere annualmente dall'assicurazione, con un preavviso di 30 (trenta) giorni dalla data di scadenza annuale, con diritto alla restituzione delle annualità di Premio imponibile pagato e non goduto al netto di Euro 10,00 a titolo di spese amministrative. Il recesso deve essere effettuato con le modalità di cui sopra. Il rimborso del Premio imponibile, mediante versamento sul conto corrente intestato all'Assicurato, avverrà in proporzione degli anni mancanti alla scadenza delle coperture assicurative, applicando la procedura di cui al successivo Art. 17.

Nel caso in cui la polizza sia stata sottoscritta con modalità di vendita a distanza, così come previsto dal Codice del Consumo, entro 14 giorni dalla stipula del contratto, il Contraente può recedere dallo stesso e in tal caso ha diritto di ricevere in restituzione il **premio pagato e non goduto al netto dell'imposta**. Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società la sua decisione di recedere dal contratto, via P.E.C. della Società (hdi.assicurazioni@pec.hdia.it), fax o raccomandata con avviso di ricevimento.

Art. 7 – ONERI FISCALI

Le imposte e le tasse relative o discendenti dal presente contratto di assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 8 – MODIFICHE AL CONTRATTO

Le eventuali modifiche alla presente polizza o a ciascuna delle coperture devono essere provate per iscritto e avranno effetto solo per le coperture aventi data iniziale successiva alla data delle modifiche.

Art. 9 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 10 – LIMITI TERRITORIALI

Ai fini della presente polizza, la Copertura per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia si estende ai Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Per il Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia, in caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico che esercita la professione in Italia.

Art. 11 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITA'

1. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione delle Coperture, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

2. Se la Società, in occasione di un Sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto, può rifiutarsi di pagare l'Indennizzo e comunicare il recesso dal contratto (ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 c.c.). A seguito di ciò, entro 30 giorni dalla ricezione delle coordinate IBAN, la Società procederà alla restituzione all'Assicurato, della parte di Premio imponibile già pagata e non goduta (che si riferisce al periodo intercorrente tra la data in cui la Società è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza e quella di scadenza naturale del contratto). Il premio imponibile che la Società dovrà restituire sarà calcolato con gli stessi criteri utilizzati in caso di estinzione anticipata o trasferimento del Mutuo, riportati in dettaglio nell'Art. 17.

3. Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.

Art. 12 – ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la Copertura può cumularsi con altre coperture assicurative senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

Art. 13 – DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia al diritto di surroga ex Art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

Art. 14 – COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni fra il Contraente/Assicurato e la Società, con riferimento alla presente polizza ed alle coperture, dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R., telegramma, telefax o P.E.C. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

Art. 15 – CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla Copertura di cui alla presente polizza.

Art. 16 – PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalle coperture si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere, ai sensi dell'Art. 2952 c.c.

Art. 17 – ESTINZIONE ANTICIPATA (TOTALE O PARZIALE), RINEGOZIAZIONE O TRASFERIMENTO DEL MUTUO E RIMBORSO RATEI DI PREMIO NON GODUTI

1. In caso di *estinzione anticipata totale* o di rinegoziazione o di trasferimento del Mutuo (per qualunque causa), le Coperture assicurative cessano alle h. 24.00 del giorno di perfezionamento dell'estinzione o di rinegoziazione o di trasferimento del Mutuo. L'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di Premio imponibile pagato (pro-rata temporis), per il periodo per il quale il rischio è cessato, che è il periodo residuo tra la data di estinzione o trasferimento del Mutuo e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione ridotta del costo amministrativo di € 10,00. Non si procederà a rimborso qualora l'importo dello stesso fosse inferiore al costo amministrativo di € 10,00. La Società provvede alla quantificazione della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di assicurazione che non verrà goduto, cioè intercorrente tra la data di effettiva estinzione e la data della scadenza delle Coperture che verrà rimborsata all'Assicurato.

2. In caso di *estinzione anticipata parziale* del Mutuo, la Società ridurrà proporzionalmente le prestazioni assicurate (ovvero gli Indennizzi di Debito Residuo o giornaliero a seconda delle specifiche Coperture) della misura corrispondente alla percentuale di estinzione del Debito Residuo. L'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di premio imponibile pagato relativo al periodo per il quale il rischio diminuisce per effetto dell'estinzione parziale, definito come il periodo residuo intercorrente tra la data di estinzione anticipata parziale del Mutuo e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione, ridotta del costo amministrativo di € 10,00. Non si procederà a rimborso qualora l'importo dello stesso fosse inferiore al costo amministrativo di € 10,00.

3. In caso di estinzione anticipata parziale o totale o di rinegoziazione o di trasferimento del Mutuo (per qualunque causa), in alternativa a quanto sopra indicato, l'Assicurato ha la facoltà di richiedere il mantenimento delle Coperture alle condizioni originarie senza alcuna restituzione di premio o quota di premio. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto alla Società da parte dell'Assicurato contestualmente all'operazione di estinzione anticipata totale, o parziale, o di rinegoziazione o di trasferimento del Mutuo.

Art. 18 – LIMITE DI INDENNIZZO

Qualora su uno stesso Mutuo venissero emesse più polizze Carige Domani Mutuo (anche con soggetti Assicurati diversi), in nessun caso la Società:

- a) corrisponderà un capitale superiore all'ammontare complessivo del Debito Residuo risultante dal piano di ammortamento del contratto di assicurazione;
- b) corrisponderà un importo superiore all'Indennizzo previsto per la Copertura Ricovero Ospedaliero (comprensivo di capitali e interessi) dovuto dall'Assicurato all'Intermediario secondo il piano di ammortamento del Mutuo al momento del Sinistro.

Art. 19 – ASSICURAZIONE PARZIALE

Qualora la somma assicurata, risultante in polizza, fosse inferiore all'importo totale del Mutuo, l'Indennizzo sarà ridotto in misura proporzionale al rapporto fra la somma assicurata e l'effettivo importo del Mutuo.

Art. 20 – LEGGE APPLICABILE

Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

Art. 21 – FORO COMPETENTE

Per qualsiasi controversia che dovesse sorgere tra, da una parte, la Società, dall'altra parte, l'Assicurato/Contraente, ivi comprese quelle relative alla loro interpretazione, esecuzione, validità e risoluzione, sarà competente in via esclusiva il foro di residenza o domicilio dell'Assicurato.

CONDIZIONI PARTICOLARI APPLICABILI A CIASCUNA COPERTURA**SEZIONE A****INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O DA MALATTIA****Art. 22 – OGGETTO DELLA COPERTURA**

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia si intende la perdita totale, definita ed irrimediabile da parte dell'Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili. L'Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione a condizione che:

- I. il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia **pari o superiore al 60%** (in caso di Infortunio, secondo quanto previsto dalla tabella INAIL del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA" – Allegato 1), e così come accertato dalla commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente;
- II. **la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.**

ART. 23 – PERIODO DI CARENZA

La Copertura Invalidità Permanente Totale (solo se da Malattia) è soggetta ad un Periodo di Carenza di 30 giorni.

Art. 24 – INDENNIZZO E MASSIMALE

1. L'Indennizzo in caso di Sinistro consiste in un importo pari al Debito Residuo del Mutuo esistente alla Data del Sinistro, nel caso in cui il capitale assicurato coincida con l'importo del debito residuo del Mutuo sottostante alla data di sottoscrizione della polizza oppure, in caso di estinzione parziale del Mutuo con avvenuto rimborso di Premio, vigente alla data del Sinistro. Qualora il capitale assicurato relativo alla polizza in oggetto sia inferiore all'importo del debito residuo del Mutuo sottostante alla data di sottoscrizione della polizza, l'indennizzo in caso di sinistro sarà ridotto in misura proporzionale al rapporto fra il capitale assicurato e l'importo del debito residuo del Mutuo sottostante alla data di sottoscrizione della polizza.

2. L'Indennizzo sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, con il massimale di Euro 200.000,00. Tale massimale si applica cumulativamente a tutte le assicurazioni CARIGE DOMANI MUTUO stipulate da uno stesso Assicurato con la Società a protezione dei Mutui stipulati con il Gruppo Banca CARIGE, pendenti alla Data del Sinistro. Pertanto, anche in caso di pluralità di assicurazioni CARIGE DOMANI MUTUO, l'importo massimo versato dalla Società in caso di Sinistro non potrà eccedere il predetto massimale.

Art. 25 – ESCLUSIONI

1. È esclusa la liquidazione di Sinistri relativi a Malattie pre-esistenti la data di sottoscrizione della Polizza, qualora tali patologie siano incluse nel Questionario Medico (in quanto oggetto di falsa o reticente dichiarazione ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.).

2. Inoltre, sono esclusi dall'oggetto della Copertura i Sinistri causati da:

- a) Infortuni verificatisi prima della sottoscrizione della Polizza;
- b) atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- c) dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Beneficiario;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- e) Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali quali gli atti autolesivi (in particolare le conseguenze di un tentato suicidio), la mutilazione volontaria;
- f) abuso di alcol, etilismo, stato di ebbrezza/ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- g) partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- h) interventi chirurgici di angioplastica e terapia laser, e trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali;
- i) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- j) pratica dei seguenti sport estremi o attività sportive e relative prove, esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football Americano, deltaplano, immersioni subacquee, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto dal trampolino, bob, sci o idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X); contaminazione nucleare o chimica;
- l) guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di Guerra o meno);
- m) partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di Guerra.

Art. 26 – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare alla denuncia di Sinistro la seguente documentazione:

- a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
- b) al fine di permettere alla Società l'esatta quantificazione dell'Indennizzo: piano di ammortamento del Mutuo alla data di stipula del Mutuo (reperibile anche presso l'Intermediario), con evidenza del Debito Residuo al momento del Sinistro;
- c) relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti);

Inoltre, solo in caso di invalidità da malattia

- d) cartella clinica dell'ultimo ricovero dell'Assicurato, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzi la data di insorgenza della malattia che ha causato l'invalidità;

Inoltre, solo in caso di invalidità da infortunio / incidente stradale

- e) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione); in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del Sinistro.

Art. 27 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia, oppure sul grado di Invalidità Permanente Totale, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità Permanente Totale ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE B

ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O DA MALATTIA

Art. 28 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La degenza ininterrotta, corrispondente al numero di pernottamenti in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in strutture ambulatoriali.

La Società corrisponde all'Assicurato un Indennizzo giornaliero per il numero di giorni di degenza contabilizzati dall'Istituto di Cura con il massimo di **30 giorni** per ogni singolo caso di ricovero e per un massimo di **3 sinistri** che potranno essere pagati dalla Compagnia, per tutta la durata della Polizza. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Art. 29 – PERIODO DI CARENZA

La Copertura è soggetta ad un Periodo di Carenza di **30 giorni**.

Art. 30 – INDENNIZZO

L'Indennizzo è pari a **30 euro al giorno per un massimo di 30 giorni per ogni singolo caso di ricovero e per un massimo di 3 sinistri che potranno essere pagati dalla Società per tutta la durata della Polizza. A ciascun sinistro sarà applicata una franchigia di 3 giorni di Ricovero Ospedaliero.**

Art. 31 – PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Dopo la liquidazione di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero, nessun Indennizzo verrà corrisposto per i successivi Sinistri se non sia trascorso un Periodo di Riqualificazione di **90 giorni consecutivi che decorre da:**

- in caso di Sinistro precedentemente **liquidato**: dal termine del Sinistro precedente (inteso, a seconda delle coperture, come ultimo giorno di ricovero in cui è dovuta l'indennità;
- in caso di Sinistro precedentemente **non liquidato** (in quanto occorso durante il Periodo di Carenza): dalla Data del Sinistro precedente.

Art. 32 – ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera nei seguenti casi:

- ricovero come diretta conseguenza di: intervento chirurgico; tentativo di suicidio; trattamenti cosmetici o di chirurgia plastica, di ringiovanimento, di dimagrimento; malattie mentali; infortunio auto-inflitto o risultante da atto volontario dell'Assicurato;
- incapacità di intendere e di volere dovuta all'utilizzo da parte dell'Assicurato di bevande alcoliche che registrano un tasso alcolemico pari o al di sopra del previsto dalle norme di legge;
- uso di farmaci non prescritti da un medico;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);
- partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- ricovero a causa di Infortuni occorsi durante la pratica di uno sport professionistico;
- sport aerei relativi a gare, manifestazioni, acrobazie, incursioni, tentativi di record, volo su prototipi, prove di volo, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi.

Art. 33 - DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN CASO DI SINISTRO

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare alla denuncia di Sinistro la seguente documentazione:

- documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità
- cartella clinica relativa al ricovero per il quale si sta denunciando il sinistro

Inoltre, solo in caso di ricovero ospedaliero da malattia

- cartella clinica, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzia l'origine e la data di insorgenza e di diagnosi della malattia che ha causato il ricovero

Inoltre, solo in caso di ricovero ospedaliero da infortunio (compreso incidente stradale)

- verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.) e/o dal Pronto Soccorso (118), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro

Art. 34 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i

termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità Permanente Totale ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

ALLEGATO A)

Tabella INAIL delle valutazioni del grado di percentuale di Invalidità Permanente
(D.P.R. 30/06/65 n. 1124)

DESCRIZIONE	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi	100	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
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	
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
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio	5	
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 della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
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 ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi:		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25	20

DESCRIZIONE	Percentuali	
	Destro	Sinistro
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 semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e posizione favorevole	45	
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 o amputazione di essa al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
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 di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta 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 cinque centimetri	11	

In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto Sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti il grado di invalidità viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino ad un limite massimo del **100%**. La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce e per quella di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, il grado di invalidità è stabilito con riferimento alle percentuali previste alla suesposta tabella, tenendo conto della misura nella quale è diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla attività svolta dall'Assicurato.

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