

POLIZZA
a favore di A.N.S.P.I.
Associazione Nazionale San Paolo Italia



CONDIZIONI
DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione (MOD A.N.S.P.I. ED. 11/2022)
sono redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018.

CATTOLICA
ASSICURAZIONI
DAL 1896

SOMMARIO

GLOSSARIO	
TERMINI GENERALI E VOCI SPECIFICHE	3
CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO	
NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	14
INFORTUNI	
1. Cosa è assicurato	22
4. Condizioni di operatività	32
5. Cosa non è assicurato e limiti di copertura	33
MALATTIA	
Art. SM1 Diaria da ricovero	35
Cosa non è assicurato e limiti di copertura	36
Art SM2 Esclusioni	
RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE	
1. Cosa è assicurato	38
2. Garanzie complementari sempre operanti	39
3. Condizioni di operatività	44
4. Cosa non è assicurato e limiti di copertura	44
5. Tabella dei limiti di copertura	48
OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO "COSA FARE IN CASO DI..."	
1. Infortuni – che obblighi ho?	52
2. Malattia – che obblighi ho	54
3. Responsabilità Civile generale - che obblighi ho?	56

GLOSSARIO

GLOSSARIO

“Per scegliere, devo capire.”

È giusto: per iniziare, ecco la raccolta dei termini – generali e specifici – presenti in queste condizioni di polizza, spiegati con linguaggio il più possibile chiaro.

Ti guideranno nella comprensione di ciò che hai acquistato: per avere certezze e fugare ogni dubbio.

Nel Glossario sono riportati i significati delle parole più importanti e ricorrenti utilizzate nelle condizioni contrattuali. Alcune voci sono comuni a tutte le garanzie, altre riguardano Sezioni o garanzie specifiche.

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA

A

Aborto terapeutico

Interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Addetti

Prestatori di lavoro, borsisti, stagisti, tirocinanti, lavoratori socialmente utili.

Gli Addetti assicurati sono identificati come previsto dall'articolo CG18 "Identificazione degli Assicurati".

Arbitrato

L'Istituto con il quale le parti, di comune accordo, rinunciano ad adire l'Autorità giudiziaria ordinaria per la risoluzione di vertenze concernenti l'interpretazione o l'esecuzione del contratto

Assicurati

Sezione infortuni

Ogni persona cui l'**A.N.S.P.I.** ha conferito la qualità di tesserato associato agli Oratori Circoli **A.N.S.P.I.** (ai sensi dell'Art. 5 dello Statuto Nazionale) tramite consegna della tessera e l'incasso della quota associativa, comprensiva di quella per l'assicurazione.

Gli Associati sono identificati tramite le tessere e gli appositi elenchi ed archivi elettronici delle Segreterie Zonali, dove risulteranno i nominativi dei singoli tesserati associati e la data di iscrizione associativa ai fini della copertura assicurativa. Sono compresi i volontari del servizio civile alternativo a quello militare, quando si trovino in servizio o che collaborino alle attività dell' **A.N.S.P.I.** per gli infortuni accaduti durante la loro presenza nei comitati e/o circoli/oratori **A.N.S.P.I.** e/o durante la loro partecipazione alle iniziative promosse sempreché essi risultino negli appositi registri contenuti dal Contraente. Sono anche compresi gli studenti e i docenti del corso di Perfezionamento in Progettazione, Gestione e Coordinamento dell'Oratorio istituito presso l'Università degli Studi di Perugia, nelle ore delle attività didattiche programmate, sempreché essi risultino negli appositi registri contenuti dal Contraente

Sezione malattia

Ogni persona cui l'**A.N.S.P.I.** ha conferito la qualità di tesserato associato agli Oratori Circoli **A.N.S.P.I.** nella sua funzione di volontario.

Sezione Responsabilità Civile

- Ogni "persona fisica" cui l' **A.N.S.P.I.** ha conferito la qualità di Tesserato/Associato agli Oratori e Circoli (ai sensi dell'Art. 5 della Statuto nazionale) tramite consegna della tessera, l'incasso della quota associativa, comprensiva di quella per l'assicurazione e la regolarizzazione informatica della procedura di tesseramento;
- Ogni "Comitato" che sia struttura territoriale dell' **A.N.S.P.I.** , costituito come Associazione autonoma che riceve l'abilitazione al funzionamento secondo le modalità previste dal regolamento Nazionale agli art. 31 e 33, e che sia in regola con il pagamento dei contributi associativi.
- Oratorio e/o Circolo costituitosi in Associazione, che sia unità periferica o locale di base, riconosciuta tale dal Contraente attraverso l'affiliazione (ai sensi dell'art. 7 dello Statuto Nazionale), che svolge l'attività secondo le linee programmatiche ed istituzionali del Contraente stesso e che sia in regola col pagamento associativo, quale sia la denominazione sotto la cui egida si riconosce.

La qualifica di Assicurato viene attribuita altresì all'Ente Contraente, ai Suoi Enti di servizio, ai singoli Circoli ed Associati, ai preposti alle varie attività nei Circoli, ai singoli Associati, per le attività da loro svolte secondo le finalità istituzionali dell'Ente Contraente, sia come organizzatori che promotori di dette attività;

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Associati o Aderenti/Tesserati

Coloro che aderiscono all'Ente come iscritti, mediante il versamento della quota associativa.

Gli Associati o Aderenti assicurati sono coloro che sono identificati come previsto dall'articolo CG18 "Identificazione degli Assicurati".

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specifico diploma

Attività dichiarata

L'attività svolta dal Contraente e dichiarata nella scheda di polizza.

B

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata dal contraente a favore della quale deve essere eseguita la prestazione garantita dall'assicurazione in caso di morte dell'assicurato.

C

Carenza

Il periodo di tempo, riferibile alla sola prima annualità assicurativa e immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

Cartella clinica

Documento ufficiale, avente natura di atto pubblico o altra documentazione medica equivalente, redatta durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Centro medico

Struttura dotata di direzione sanitaria, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e rieducativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata a trattamenti di natura estetica

Circostanza

Qualsiasi rilievo o contestazione, oppure qualsiasi atto o fatto, che siano scritti, o espressi, direttamente verso l'Assicurato, riguardanti la sua condotta, da cui possa trarne origine una Richiesta di risarcimento in relazione ad un Evento assicurato non noto all'Assicurato alla data di stipulazione della Polizza.

Compagnia o Società

Si intende per definizione e in qualunque circostanza Cattolica Assicurazioni S.p.A.

Comunicazioni (alla Società)

Si intendono le comunicazioni scritte effettuate alla Società per lettera raccomandata, alla quale sono parificati telex, telefax e telegrammi, E-mail e qualsiasi altro mezzo scritto avente indicazione di una data certa.

Contraente

A.N.S.P.I.- Associazione Nazionale San Paolo Italia.

Contratto (assicurativo)

Il documento contrattuale di assicurazione (detto anche Polizza).

Covid 19

La malattia causata da Corona Virus denominato SARS-CoV-2.

D

Danni Patrimoniali

Qualsiasi pregiudizio economico per il quale gli Assicurati siano ritenuti responsabili a titolo di risarcimento da una sentenza giudiziale, un giudizio arbitrale o una transazione stipulata con avallo dell'assicuratore, in seguito ad un sinistro.

Danno

Il danno determinato in base alle condizioni tutte di polizza senza tener conto di eventuali scoperti e franchigie o di limiti e sottolimiti massimi di indennizzo / risarcimento ove previsti.

Danno liquidabile

Danno il cui ammontare viene determinato sulla base delle condizioni di assicurazione e applicando limiti e sottolimiti massimi di indennizzo / risarcimento, ma senza tenere conto di Franchigie e Scoperti eventualmente previsti.

Day hospital

La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

Day surgery

La permanenza diurna in un istituto di cura (senza pernottamento) comportante intervento chirurgico, documentata da Cartella Clinica, completa di S.D.O. (scheda dimissione ospedaliera).

Difetto fisico

La mancanza di un organo o l'imperfezione di un organo o di un apparato per condizioni morbose o traumatiche acquisite, anche se non note o non diagnosticate alla stipula della Polizza.

Dipendente

Per dipendente si intende:

- qualsiasi persona fisica impiegata a tempo pieno o parziale, per una stagione o temporaneamente, che lavora in base a un contratto di lavoro subordinato o parasubordinato, che il Contraente ha diritto di dirigere e supervisionare nell'adempimento delle sue prestazioni lavorative e che il Contraente remunera attraverso salari, stipendi e/o commissioni;

Documentazione Sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Documenti

Documenti, atti, elenchi, registri contabili e fiscali e registri in genere, materiale d'archivio, disegni, stampati, progetti, e in genere qualsiasi altra pratica, il tutto attinente l'attività esercitata nei locali del Fabbricato Assicurato, anche di proprietà di altri soggetti terzi.

Durata

Periodo di validità della Polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla Scheda di Polizza.

E

Emergenza

Una situazione patologica insorta improvvisamente, per malattia o infortunio che richieda, nello stesso luogo in cui si è manifestata, una assistenza medica o chirurgica non differibile con ricorso a un Pronto Soccorso ospedaliero, seguito o meno da ospedalizzazione.

F

Fatto illecito

L'azione o l'omissione contraria all'ordinamento giuridico in quanto violazione di un dovere o di un obbligo imposti da una norma di legge.

Franchigia

La parte di danno liquidabile a termini di polizza, espressa in misura fissa, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro.

Frattura scheletrica (ossea)

Interruzione traumatica dell'integrità parziale o totale di un osso (tecnicamente, la soluzione di continuo di una struttura ossea per sollecitazioni traumatiche eccedenti il suo limite di resistenza), che sia strumentalmente accertata attraverso idonea indagine radiografica: raggi standard e/o RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e/o TAC (Tomografia Assiale Computerizzata). L'accertamento diagnostico strumentale deve essere, inoltre, corredato da un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di uno specialista ortopedico.

Non sono da considerare fratture le lesioni a strutture cartilaginee nonché le infrazioni.

G**Grande intervento chirurgico**

Interventi chirurgici elencati alla tabella "Grandi interventi chirurgici".

I**Imaging (esami di)**

Generico processo attraverso il quale è possibile osservare un'area di un organismo non visibile dall'esterno; sono tecniche di imaging, ad esempio, ecografia, radiografia, angiografia, mammografia e scintigrafia.

Immobilizzo

Ogni mezzo di contenzione rigido costituito da gesso o altro apparecchio immobilizzante prescritto dal medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento di fratture radiologicamente accertate.

Inabilità temporanea

La perdita, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie assicurate.

Indennizzo/Risarcimento

La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di sinistro. liquidabile a termini di polizza.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.

Insorgenza

L'epoca in cui si manifestano clinicamente, ossia con sintomi oggettivi, le prime alterazioni dello stato di salute, indipendentemente dalla diagnosi di malattia.

Intervento Chirurgico

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante – mediante cruentazione dei tessuti avvenuta con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:

- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo;
- le iniezioni;
- i punti di sutura;
- le biopsie.

Intramoenia

Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale della Repubblica Italiana, l'attività cosiddetta "intramoenia" si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa.

Invalidità permanente

La perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione svolta.

Isolamento fiduciario

riguarda i casi accertati di Covid-19, che devono separarsi dalla comunità ed evitare in tutti i modi la trasmissione dell'infezione

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati.

Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza finalizzata alla riabilitazione in seguito ad un ricovero e/o intervento, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche

Italia

Il territorio della Repubblica Italiana comprensivo di Repubblica di San Marino e Città del Vaticano

IVASS (ex ISVAP)

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore.

L'ente ha lo scopo di vigilare sull'operato delle imprese e dei soggetti, agenti e mediatori, che rientrano nel settore assicurativo privato italiano. Svolge la sua attività di controllo basandosi sulle direttive che il Governo

ha disposto in materia di politica assicurativa e che sono riunite nel Codice delle Assicurazioni (DL 7 settembre 2005 n.209).

Istituito con la Legge n° 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del D.L. n° 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42 della Legge n° 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

L

Limite di indennizzo

La somma massima dovuta dalla Società in base al presente contratto.

M

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento della decorrenza dell'assicurazione e che comunque non sia una manifestazione, se pur improvvisa, di una malattia preesistente nota all'Assicurato.

Manifestazione

Sintomatologia oggettiva della malattia.

Massimale

La somma massima liquidabile a termini di polizza dalla Società in caso di sinistro.

Qualsiasi sottolimito di massimale eventualmente indicato in polizza costituirà parte del massimale e non sarà in aggiunta ad esso.

Massimale per anno

La somma massima liquidabile dalla Società per tutti i sinistri insorti nello stesso anno assicurativo, anche se denunciati in momenti diversi, limitatamente agli oneri previsti dalla polizza.

Mediazione

L'istituto giuridico introdotto con il D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010, per la composizione dei conflitti tra soggetti privati relativi a diritti disponibili.

Mondo

Tutti i Paesi del mondo, salvo quanto eventualmente specificatamente escluso e normato nelle sezioni specifiche.

N

Non autosufficiente

La persona invalida che necessita di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'ASL di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (legge 104/92).

O

Organismo di mediazione

Organismi pubblici e privati iscritti in un apposito Registro presso il Ministero della giustizia preposti alla gestione della procedura di mediazione.

P

Parti

Il Contraente e la Società.

Perdita patrimoniale

Qualsiasi pregiudizio economico, non conseguente a morte, lesioni a persone o a danneggiamenti a cose, per il quale l'Assicurato sia ritenuto responsabile a titolo di risarcimento da una sentenza giudiziale, un giudizio arbitrale o una transazione stipulata con avallo della Società, in seguito ad un sinistro risarcibile.

Perito

L'esperto incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio) per svolgere un accertamento tecnico (perizia).

Polizza

Il documento che prova il contratto di assicurazione.

Postuma (Responsabilità civile)

Si intende la garanzia con la quale la Società si impegna ad accettare la richiesta di risarcimento anche dopo la scadenza della polizza, a patto che il reclamo faccia riferimento a danni che abbiano avuto origine nel periodo di vigenza della polizza stessa e/o nell'eventuale periodo antecedente risultante dalle Condizioni di Assicurazione.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società.

Prescrizione

L'estinzione di un diritto che avviene quando il suo titolare non lo esercita entro il periodo di tempo indicato dalla legge.

Quarantena

restrizione dei movimenti di persone sane per la durata del periodo di incubazione, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi.

R

Recupero del carico

A seguito di un evento traumatico, si intende la fase che intercorre tra il divieto di concedere il carico, cioè l'appoggio del peso del corpo sull'arto lesa (l'appoggio dell'arto a terra con conseguente stimolo gravitazionale), a prescindere dalla presenza o meno di un apparecchio immobilizzante, a una seconda fase di carico in cui si può appoggiare a terra l'arto, per facilitare la formazione del callo osseo.

Retta di Degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Registro/Libro degli Associati o Aderenti

Registro nel quale devono essere iscritti gli Associati o Aderenti all'Ente contraente previsto all'art. 15, comma 1, lett. A) del Decreto legislativo 3.7.2017 n. 117 (e successive modifiche).

Richiesta di risarcimento

Qualsiasi richiesta di risarcimento danni, anche derivante dall'avvio di un procedimento civile o amministrativo, pervenuta da parte di un terzo danneggiato nei confronti dell'Assicurato.

Ricovero

La permanenza in un istituto di cura (quest'ultima deve prevedere almeno un pernottamento) o il day hospital o il day surgery. **Rischio**

Rimborso

Somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Rischio

La possibilità che si verifichi il sinistro.

S

Scoperto

La parte di danno liquidabile (in base alle norme di polizza), espressa in misura percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

Sforzo

L'evento straordinario e improvviso in cui, per vincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di un'energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata l'assicurazione.

Nella garanzia **Responsabilità Civile**, l'insieme di tutti i danni derivanti da una stessa causa e/o da cause tra loro connesse, anche se manifestatisi in tempi diversi viene considerato un unico sinistro (danno in serie) anche nel caso di una pluralità di danneggiati e anche in presenza di un'azione risarcitoria collettiva intentata nei confronti dell'Assicurato.

Società o Compagnia

Si intende per definizione e in qualunque circostanza Cattolica Assicurazioni S.p.A.

Spese arbitrali

Le spese sostenute per attivare la procedura arbitrale e per gli onorari dell'arbitro prescelto

Sport professionistico

L'attività sportiva svolta da atleti a favore di una società sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline che hanno riconosciuto il professionismo e regolamentate dal CONI in base alla Legge n° 91 del 1981 (e successive eventuali modifiche) e/o attività sportiva che comporti remunerazione diretta (compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti di uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una società o di un ente sportivo). Si precisa che non è considerato sport professionistico quello con remunerazione indiretta (compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito sottoforma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti e/o con premi monetari in base alla classifica di una gara/competizione).

T

Terapia intensiva

Si intende il reparto ospedaliero dove vengono garantite cure intense a pazienti con particolari stati di salute di media o alta gravità per i quali si rende necessario un supporto per mantenere l'equilibrio delle funzioni vitali.

Terzi

In diritto il terzo è un soggetto diverso da coloro che sono legati da un rapporto giuridico oppure da un contratto, ovvero dalle Parti; in ambito processuale, il terzo è un soggetto estraneo alle parti coinvolte.

Si intendono quindi coloro che risultano essere tali secondo i termini della legge e/o secondo le specifiche definizioni/clause della Responsabilità Civile.

Transazione

L'accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono.

Trattamenti fisioterapici

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equipollente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

U

Ubriachezza

Si considera in stato di ubriachezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.

Urgenza

Situazione improvvisa conseguente a infortunio o malattia che comporta un ricovero o un intervento di Pronto Soccorso ospedaliero immediato e non differibile.

V

Vertenza

il conflitto di pretese tra assicurato e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale

specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Non sono inoltre considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

Volontario

Colui che, per sua libera scelta, svolge attività in modo non occasionale in favore della comunità e del bene comune, mettendo a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per promuovere risposte ai bisogni delle persone e delle comunità beneficiarie della sua azione, in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro, neanche indiretti, ed esclusivamente per fini di solidarietà.

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

**TANTE
SCELTE,
DA DOVE
INIZIO?**

Una polizza per la protezione degli Enti che operano nel Terzo Settore e dei loro volontari, dipendenti e associati deve avere fondamenta chiare. Questa prima parte è di fatto la base di norme e punti fermi comuni a tutte le sezioni, formule e garanzie proposte. Se le basi sono chiare, la costruzione sarà più libera.

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

ART. CG1 DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto è stipulato per la durata di 8 anni dalle ore 24.00 del 31/12/2022 alle ore 24.00 del 31/12/2030, e si rinnoverà di anno in anno, salvo disdetta da inviarsi con lettera raccomandata da una delle parti contraenti.

ART. CG2 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

DA QUANDO HA EFFETTO L'ASSICURAZIONE?

L'assicurazione ha effetto:

- dalle ore 24 del giorno di effetto della presente polizza o dalle 24 del giorno di pagamento della rata iniziale di premio per gli associati che a tale data risultino iscritti all' A.N.S.P.I. in ogni anno di validità della presente convenzione. Per coloro che si associano successivamente, l'assicurazione decorrerà dalle ore 24 del giorno di iscrizione e/o tesseramento;
Fa fede la data di richiesta tessera generata dal sistema informatico A.N.S.P.I.
- dal 30° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto; per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza;
- dal 30° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per la Malattia COVID 19 insorta dopo la sottoscrizione del contratto; in caso di iscrizione all'associazione successiva al pagamento della polizza, la copertura decorre dal 30° giorno successivo a quello del tesseramento;

- dal 180° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le conseguenze di malattie non conosciute dall'Assicurato, ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla sottoscrizione del contratto;
- per la garanzia "Invalidità permanente per malattia" (IPM) sono sempre escluse le conseguenze relative a infortuni, malattie, malformazioni o stati patologici insorti anteriormente all'effetto del contratto, anche se non noti;
- per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante dal 30° giorno dal pagamento effettivo e solo se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- dal 300° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per il parto e l'aborto terapeutico.

Se il contratto viene emesso in sostituzione di altra Polizza, senza soluzione di continuità, i termini sopraindicati decorrono esclusivamente per eventuali nuovi Assicurati e/o nuove prestazioni.

Il premio è normalmente determinato per un periodo di assicurazione di un anno. In caso sia prevista una durata del contratto inferiore o superiore, il premio dovuto coincide comunque con quello indicato in Polizza.

ART. CG3 PREMIO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio annuo è interamente dovuto per gli ingressi avvenuti nel periodo dal 01 gennaio al 15 settembre mentre per gli ingressi avvenuti dopo il 15 settembre di ogni anno il Contraente corrisponderà un premio convenuto per la copertura di ciascun nuovo tesserato fino al 31 dicembre dell'anno d' ingresso.

Qualora sia richiamata in polizza la presente clausola, il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo.

Entro 30 giorni dalla fine di ogni **semestre** solare ed assicurativo il Contraente è tenuto a comunicare alla Società tutte le indicazioni relative al numero di Associati che hanno aderito all'assicurazione e che hanno versato, al Contraente stesso, la quota associativa comprendente il premio assicurativo. Con riferimento alla comunicazione del Contraente, si effettuerà il conteggio di regolazione in base al rateo **semestrale** del premio anticipato ed al numero degli Associati risultanti al termine del **semestre**. La differenza (che non potrà mai comportare un rimborso a favore del Contraente, intendendosi il premio di prima rata anche quale premio annuo) risultante dalla regolazione, deve essere pagata entro 30 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Le differenze attive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate dalla Contraente nei trenta giorni successivi all'emissione della relativa appendice.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli circa le suddette variazioni per le quali il Contraente e l'Associato sono tenuti a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, dietro richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti.

Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente il premio risultasse calcolato su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare la differenza dovuta entro 15 giorni dalla comunicazione della Società.

Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza insoluta e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento del premio scaduto ai sensi dell'Art. 1901 c.c.



COME EFFETTUA I PAGAMENTI?

Il pagamento del premio può essere effettuato scegliendo fra:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società, o altri metodi di pagamento elettronico;
- contante, presso l'agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società alle scadenze pattuite.

ART. CG4 PROROGA DEL CONTRATTO – DISDETTA DEL CONTRATTO POLIENNALE

SCADENZA DEL CONTRATTO, TACITO RINNOVO E DISDETTA

Salvo quanto diversamente pattuito in polizza il contratto è stipulato con clausola di tacito rinnovo.

Con il tacito rinnovo, alla scadenza il contratto viene rinnovato automaticamente per un altro anno, a prescindere dalla durata originaria del contratto.

Il Contraente o la Società possono manifestare la propria volontà di non rinnovare il contratto inviando all'altra parte una comunicazione di disdetta come sottoindicato.



Se non viene pattuito il tacito rinnovo, il contratto perde efficacia alla sua scadenza naturale, senza bisogno di alcuna formalità.

RECESSO DAL CONTRATTO POLIENNALE

Se il contratto è stato stipulato per una durata superiore a cinque (5) anni (più eventuale rateo), ed è stato applicato lo sconto così come previsto dall'Art. 1899 c.c., il Contraente può recedere dal contratto trascorso il quinquennio purché siano state pagate almeno 5 annualità di premio.

Il recesso sarà valido a partire dalla fine dell'annualità in cui è stato esercitato.

LA DISDETTA E IL RECESSO DEVONO ESSERE COMUNICATI ALL'ALTRA PARTE:

- mediante raccomandata A.R.
- inviata almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto (per la disdetta) e della scadenza dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. (per il recesso dal contratto pluriennale).

ART. CG5 LIMITI DI ETÀ'

Ciascun Assicurato può rimanere in copertura fino alla scadenza annuale successiva al **compimento del 90° anno di età**.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, nel momento in cui uno di essi dovesse superare il limite di età previsto, le garanzie di Polizza per questo Assicurato cessano di efficacia a partire dalla prima successiva scadenza annuale di contratto; la Società provvede ad emettere un'Appendice di Variazione contrattuale che escluda l'Assicurato dalla copertura e ricalcoli il nuovo premio per gli Assicurati che mantengono le prestazioni previste dal contratto.

ART. CG6 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Poiché il Contraente non è considerato consumatore ai sensi dell'Art. 3 del D.lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del consumo), dopo ogni denuncia di sinistro la Società può recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato al Contraente con raccomandata A.R. e ha effetto dal 60° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In caso di recesso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di cessazione degli effetti del contratto, la parte di premio imponibile versata e non goduta, calcolata sulla base di quanto previsto all'Art. CG6 "Premio pagato e non goduto".

ART. CG7 PREMIO PAGATO E NON GODUTO

COME SI CALCOLA LA RESTITUZIONE?

Se è previsto dal contratto, la Società potrebbe dover restituire al Contraente o all'Assicurato una parte del premio, se questo risulta pagato ma non goduto per la durata totale della copertura. L'importo da rimborsare verrà determinato secondo la formula:

$$R = P \cdot GR / D$$

Dove:

R = premio da rimborsare.

GR = giorni residui di copertura.

P = premio imponibile (al netto delle imposte).

D = durata totale (in giorni) della copertura.

ESEMPIO

Polizza stipulata con durata annuale e tacito rinnovo con decorrenza dalle ore 24 del 31 dicembre 2020.

Scadenza della prossima rata di premio alle ore 24 del 31 dicembre 2021.

Premio finito pagato al momento della sottoscrizione della polizza: 2.445 €.

Aliquota di imposta applicata: 22,25%.

A seguito di recesso per sinistro da parte del Contraente la Società annulla il contratto a decorrere dalle ore 24 del 31 luglio 2021.

Al contraente verrà rimborsata la parte del premio pagato e non goduto di 838,36 € così calcolato:

$P = \text{Premio finito} / 1,2225 = 2.445 \text{ €} / 1,2225 = 2.000 \text{ €}.$

$GR = \text{Numero di giorni dalle ore 24 del 1° agosto 2021 alle ore 24 del 31 dicembre 2021} = 153.$

$D = 365 \text{ giorni}.$

$R = P \cdot GR / D = 2.000 \text{ €} \cdot 153 / 365 = 838,36 \text{ €}.$

ART. CG8 ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO

QUANDO SI PERDE IL DIRITTO ALL'INDENNIZZO?

Il Contraente/Assicurato perde il diritto all'indennizzo se:

- **augmenta** dolosamente l'ammontare del danno;
- **dichiara** come asportati o distrutti beni non esistenti al momento del sinistro;
- **adopera a giustificazione** mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti;
- **sottrae, occulta o manomette** i beni rimasti dopo il sinistro;

- **modifica o altera** le tracce o i residui del sinistro o facilita il progresso di questo;
- **aggrava e/o altera** gli indizi del reato.



La Società si riserva inoltre ogni azione in qualsiasi sede nei confronti dell'Assicurato.

ART. CG9 DICHIARAZIONI RESE IN BUONA FEDE

QUANDO SI MANTIENE IL DIRITTO ALL'INDENNIZZO?



Le **dichiarazioni inesatte o incomplete** rese dal Contraente all'atto della stipulazione della polizza, così come la **mancata comunicazione di mutamenti aggravanti** il rischio, non compromettono il diritto di indennizzo o risarcimento, né comportano la sua riduzione, sempreché tali inesattezze od omissioni non investano le caratteristiche essenziali e durevoli del rischio e l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave.

La Società ha comunque il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio, a decorrere dal momento in cui la circostanza (il mutamento/aggravamento) si è verificata.

ATTENZIONE: QUANDO SI PERDE IL DIRITTO ALL'INDENNIZZO?

Si ricorda che al di fuori dei casi indicati, **le dichiarazioni inesatte o incomplete e la mancata comunicazione di mutamenti aggravanti** il rischio portano alla perdita del diritto di indennizzo o risarcimento o alla sua riduzione.

ART. CG10 TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Le azioni, le ragioni e i diritti nascenti dalla polizza possono essere esercitati solo dal Contraente/Assicurato e dalla Società.

L'accertamento e la liquidazione dei danni concordati **sono vincolanti per l'Assicurato e per eventuali terzi proprietari o comproprietari, restando esclusa ogni loro possibilità di impugnativa.**

L'indennizzo può tuttavia essere pagato solo nei confronti o col consenso dell'Assicurato.

ART. CG11 DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

In caso di diminuzione del rischio, la Società ridurrà il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, come da Art. 1897 c.c., con rinuncia alla possibilità di recedere dal contratto.

ART. CG12 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto devono essere provate per iscritto.

ART. CG13 ALTRE ASSICURAZIONI

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO



Il Contraente / l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio assicurato con il presente contratto.

L'omissione dolosa di tale comunicazione alla Società determina la perdita del diritto all'indennizzo.



COSA FARE IN CASO DI:

In caso di sinistro, il Contraente:

1. deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi degli Art. 1910 e 1913 c.c.;
2. ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

In caso la somma di tali indennizzi - escluso da tale conteggio l'indennizzo dovuto dall'Assicuratore insolvente - superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri Assicuratori.



CASI SPECIFICI: Esonero denuncia di altre assicurazioni da parte dei singoli assicurati per la sezione "Infortuni e malattia".

L'eventuale coesistenza di altre polizze stipulate personalmente dai singoli assicurati con altre Compagnie per la copertura degli stessi rischi, anche nel caso in cui gli interessati non ne abbiano dato notizia alla Società, non pregiudica la garanzia prestata con la presente polizza e, pertanto, il pagamento della relativa indennità verrà effettuato in ogni caso nella misura dovuta.

ART. CG14 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia derivante dall'applicazione del presente contratto è competente il foro ove il Contraente ha la sede oppure la residenza o il domicilio elettivo.

ART. CG15 ISPEZIONE ALLE COSE ASSICURATE

La Società ha sempre il diritto di ispezionare le cose assicurate e il Contraente e/o Assicurato ha obbligo di fornire le indicazioni e le informazioni richieste.

ART. CG16 ONERI FISCALI

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al premio, al contratto e agli atti da esso dipendenti, restano a carico del Contraente.

ART. CG17 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Per le prestazioni conseguenti a malattia e/o infortunio, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del Codice civile

ART. CG18 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quello che non è regolato dal contratto valgono le norme di legge.

ART. CG19 IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

IDENTIFICAZIONE DI ASSOCIATI

Il Contraente, al fine di consentire alla Compagnia di identificare gli assicurati si **impegna a fornire in sede di emissione del Contratto i dati anagrafici** (nome, cognome e codice fiscale) degli **associati/tesserati**;

In caso di variazioni del numero delle persone assicurate, verificatesi nel corso del periodo di validità della polizza, le generalità delle nuove persone assicurate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente all'Agenzia cui è assegnato il contratto con comunicazione avente data certa.

L'estensione di copertura ai nuovi assicurati avrà efficacia a decorrere dalla data del ricevimento della comunicazione da parte della Società (o data successiva risultante dalla documentazione di polizza), sempreché gli eventuali nuovi soggetti a cui è estesa la copertura assicurativa siano assicurabili a norma di polizza.

Resta fermo l'obbligo del Contraente di corrispondere l'eventuale maggior premio entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione della variazione con l'applicazione, in difetto, l'assicurazione relativa ai nuovi assicurati resta sospesa fino alle ore 24 del giorno del pagamento del maggior premio.

In caso di incongruenza fra i dati degli iscritti nei registri tenuti dal Contraente e i dati, o il numero, degli assicurati identificati in polizza sarà considerato quanto dichiarato in fase di emissione del contratto, e successive variazioni sul numero e generalità degli assicurati facenti parte integrante del contratto.



Qualora il Contraente ritenga di non potere fornire al momento della stipula del contratto, i dati anagrafici (nome, cognome e codice fiscale) degli Associati aventi diritto alla copertura assicurativa, lo stesso:

- si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli, la documentazione (registri tenuti secondo quanto previsto dalla normativa in corso o, in mancanza di obbligo normativo, elenchi di iscrizione o altra documentazione tenuti a cura del Contraente) comprovante l'effettiva qualifica ed identificazione degli Assicurati, compresa la data certa dell'attività prestata a favore del Contraente;
- si impegna a fornire, in caso di sinistro, la prova dell'effettiva qualifica di Assicurato attraverso la produzione dei registri tenuti secondo quanto previsto dalla normativa in corso o, in mancanza di obbligo normativo, degli elenchi di iscrizione o altra documentazione comprovante la data certa dell'effettiva partecipazione all'attività assicurata, tenuti a cura del Contraente;
- esonera la Società da ogni eventuale responsabilità nella mancata raccolta delle teste nei casi obbligatoriamente previsti dal Regolamento ISVAP n. 27 del 14 ottobre 2008 ed eventuali successive modifiche.

Si precisa che è condizione essenziale, ai fini della validità della garanzia, che il Contraente tenga quotidianamente aggiornata la documentazione di cui sopra.

La Società ha diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

ART. CG20 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni, comprese le denunce di sinistro, che l'Assicurato e/o il Contraente è tenuto a fare debbono essere trasmesse in forma scritta ed indirizzata a:
Società CATTOLICA Assicurazione - Ag. Generale di Modena Centro e Sassuolo Piazza Fabbrica Rubbiani,
51 – 41049 Sassuolo (MO) e-mail: assicurazione@anspi.it

ART. CG21 INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI INTERNAZIONALI

La Società non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare un sinistro o a fornire una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare il sinistro o fornire la prestazione espone la Società a sanzioni, anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia

SEZIONE INFORTUNI

SCEGLI LA TUA RICETTA

Nessuno sceglie di farsi male: ma può capitare anche quando aiutiamo gli altri. Possiamo quindi scegliere di sentirci almeno un po' sicuri, sapendo di esserci cautelati anche contro questi eventi, grazie alle garanzie presenti in questa sezione.

1 – COSA È ASSICURATO

ART. INF1 OGGETTO DELLA GARANZIA

L'assicurazione è prestata per le conseguenze dirette ed esclusive degli infortuni che dovesse subire ogni singolo Tesserato/Associato A.N.S.P.I. come definito al punto "Assicurati" del glossario, durante le attività svolte sotto l'egida dell'Ente Contraente, sia al chiuso che all'aperto.

Le garanzie, prestate, meglio descritte nei corrispondenti articoli, sono:

INFORTUNI

- | | |
|--|-------------------|
| • morte per infortunio | €52.000,00 |
| • invalidità permanente per infortunio; | €52.000,00 |
| • rimborso spese di cura per infortunio; | €2.500,00 |
| • diaria da ricovero per infortunio; | €20,00 |

ART. INF2 DECORRENZA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul contratto se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo.

Per coloro che si associano successivamente, l'assicurazione decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di iscrizione e/o tesseramento.

Fa fede la data di richiesta della tessera generata dal sistema informatico A.N.S.P.I.

Se il contratto viene emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza con gli stessi Assicurati, i termini sopraindicati decorrono:

- dalla data di decorrenza della polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;

- dalla data di decorrenza del presente contratto, limitatamente alle diverse prestazioni e ai maggiori massimali da essa previsti.

La norma vale anche per le variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

ART. INF3 CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato dagli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili riconosciuti come conseguenza dell'infortunio e indipendenti da patologie preesistenti.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

NOTA BENE:

Per gli Assicurati con disabilità si farà comunque riferimento a quanto indicato all'art.INF5 "Persone con disabilità".

ART. INF4 RISCHI COMPRESI

Sono compresi i rischi causati da:

- asfissia di origine non morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- colpi di sole o di calore;
- patologie conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, **esclusa la malaria**;
- infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'Art. 1900 C.C.);
- infortuni causati da tumulti popolari **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva** (in deroga all'Art. 1912 C.C.);
- infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, **non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene**;
- lesioni da sforzo, con **esclusione degli infarti e delle ernie**;

ERNIE ADDOMINALI DA SFORZO

Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di invalidità permanente, se prevista dal contratto.

Ernia addominale non operabile	Indennità non superiore al 10% della somma assicurata con la garanzia "Invalidità permanente per infortunio" (IPI)
--------------------------------	--

ROTTURE SOTTOCUNATEE

L'assicurazione infortuni comprende inoltre gli esiti conseguenti di traumi indennizzabili a termini di polizza diretti di rottura sottocutanea totale, di seguito indicati:

- tendine di Achille;
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;
- cuffia dei rotatori.

Indennità corrisposta se acquistata la garanzia "Invalidità permanente da infortunio"

all'1% sulla somma assicurata fino a euro 250.000, senza applicazione della franchigia prevista all'articolo.

NOTA BENE:

Per queste lesioni non verranno corrisposti altri indennizzi per le altre garanzie eventualmente previste in polizza, con esclusione della garanzia "Assistenza".

Nel corso del contratto, considerando anche eventuali contratti sostituiti, non potrà essere indennizzato, per ogni distretto, più di un sinistro relativo a ciascuna delle lesioni sopra indicate.

ART. INF5 PERSONE CON DISABILITÀ

Le garanzie sono estese ai Volontari e ai fruitori con disabilità e precisamente:

- ai soggetti con invalidità sensoriale, intellettiva o relazionale
- ai soggetti con invalidità motoria.

A parziale modifica delle norme che regolano l'assicurazione, si intende abrogato la lettera a) dell'Art.INF17 "Criteri particolari di indennizzabilità".

La Società pertanto corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali da riconoscere in base al contratto, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

Qualora l'evento indennizzabile a termini di polizza comporti il ricovero in un Istituto di Cura e/o l'utilizzo delle prestazioni previste nella garanzia "Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere a seguito di infortunio", anche se l'assicurato è portatore di disabilità con invalidità preesistente del 100%, verrà riconosciuto l'indennizzo senza alcuna esclusione o limitazione. Lo stesso principio verrà applicato anche per il caso morte.

Per quanto concerne l'Invalidità Permanente da Infortunio, la Società corrisponde l'indennizzo nelle seguenti modalità:

- per gli Assicurati diversamente abili con invalidità sensoriale (es. i non vedenti), la Società corrisponde l'indennizzo con esclusione degli organi già lesi e/o non funzionanti al momento della stipula dell'assicurazione;
- per gli Assicurati diversamente abili con invalidità motoria (es. i paraplegici e i tetraplegici), valgono i seguenti criteri:
 - per gli Assicurati paraplegici che mantengono inalterate le funzionalità degli arti superiori e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo in base alle percentuali previste contrattualmente;
 - per gli Assicurati tetraplegici che mantengono una funzionalità parziale degli arti e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali previste contrattualmente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Ai fini della validità della garanzia "Invalidità permanente da infortunio", deve essere presentato in occasione di sinistro la certificazione medica legale rilasciata dalla Commissione Sanitaria di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile come prevista dalla normativa vigente redatta dalle strutture sanitarie (ASL o ULSS) con allegata tabella attestante tutte le invalidità preesistenti.

Resta inteso che tutti gli indennizzi verranno decurtati della franchigia prevista in polizza.

ART. INF6 - RISCHI SPORTIVI INCLUSI

La garanzia vale durante:

- la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti;
 - la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti, anche organizzati dagli enti di promozione dello sport, dei seguenti sport: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;
 - Alpinismo su roccia fino al 5° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), purché non avvenga in solitaria e con esclusione comunque del free climbing.
- pratica sportiva del **TOUCH RUGBY**

ART. INF7 - RISCHI SPORTIVI ESCLUSI

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore;
- pratica di sport pericolosi, come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, sci d'alpinismo e/o fuoripista, guidoslitta, motonautica, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, snowboard, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), canyoning, bungee jumping;
- partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive ad eccezione di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;
- guida e pratica di sport che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili).

ART. INF8 RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato, come passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi gestiti da Società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è pubblicato su "Flight Guide Worldwide" - OAG), a condizione che non siano gestiti da Società e/o aziende di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclub.

L'assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo fino al momento in cui ne scende. Sono considerati infortuni anche quelli occorsi per imprudenza o negligenza grave dell'Assicurato in qualità di passeggero.

ART. INF9 RISCHIO GUERRA

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1912 del Codice civile, sono **ESCLUSI** i danni verificatisi in occasione di atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione e simili **con l'eccezione** degli infortuni avvenuti all'estero per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, **se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trovava all'estero.**

Si precisa che se il sinistro non è relativo ad atti di guerra verrà comunque considerato in copertura anche se verificatosi in un paese considerato a rischio guerra.

GARANZIE PRINCIPALI

a) MORTE PER INFORTUNIO

ART. INF10 MORTE PER INFORTUNIO

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio la Società corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali.

ART. INF11 MORTE PRESUNTA

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, la Società liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla pronuncia della sentenza di dichiarazione di morte presunta, come previsto dagli Artt. 60 e 62 del Codice Civile.

NOTA BENE:

Se dopo il pagamento dell'indennizzo risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

ART. INF12 CUMULO DELL'INDENNITÀ

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

Tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per Invalidità permanente, e in conseguenza dell'infortunio, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo già pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

ART. INF13 COMMORIENZA DEL CONIUGE

Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'Assicurato e quello del coniuge o convivente more uxorio, il capitale corrisposto si intende erogato a favore di uno o più figli minori che risultino fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge (o del convivente more uxorio) deceduti, con le seguenti modalità

Indennizzo	Capitale con maggiorazione del 10%
Limite massimo maggiorazione	400.000 euro

NOTA BENE:

Nel caso in cui la stessa maggiorazione sia prevista da un contratto infortuni della Società in cui risulti Assicurato anche il coniuge (o il convivente more uxorio), il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti non potrà comunque superare l'importo di **400.000 euro**.

b) INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

ART. INF14 INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Società corrisponde un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale.

ART. INF15 TABELLA DI ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITA' PERMANENTE



COME SI CALCOLA L'INDENNIZZO

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente, **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, con questi criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale**, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale**, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento alla tabella "Invalidità permanente per infortunio".

ART. INF16 CRITERI SPECIFICI DI INDENNIZZABILITÀ



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

ART. INF17 CRITERI PARTICOLARI DI INDENNIZZABILITÀ



COME SI CALCOLA L'INDENNIZZO: CASI NON PREVISTI DALLA TABELLA

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista nella tabella prescelta di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente, si fa riferimento a questi criteri:

- a. **se la lesione comporta una minorazione**, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- b. **se l'infortunio determina menomazioni** di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- c. **nei casi di invalidità permanente non specificati** nella tabella e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- d. **per la valutazione delle menomazioni visive e uditive**, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

ART. INF18 MASSIMO INDENNIZZO PER LESIONI PLURIME

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità:

- pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione,
- fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

ART. INF19 FRANCHIGIA SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE

Le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

Per gli assicurati fino agli 80 anni d'età non si applica alcuna franchigia.

In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 50% della totale, non si applicano le suddette franchigie e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Per gli assicurati che superano gli 80 anni d'età, le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- se l'invalidità permanente definitiva è di **grado inferiore o pari al 5%** della totale non si fa luogo a indennizzo;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

ART. INF20 CUMULO DELL'INDENNITÀ

Se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e **in conseguenza** della stessa l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, nel caso questa sia superiore, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

ART. INF21 DECESSO INDIPENDENTE DA INFORTUNIO

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni **subite prima** che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, la Società corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima del decesso.

Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/ aventi causa possono dimostrare il diritto all'indennizzo consegnando la documentazione idonea.

ART. INF22 TABELLA "INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO"

Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio

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 del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
perdita anatomica di un rene	15%	
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue le orecchie	40%	
perdita totale della voce	30%	
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di una frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
una vertebra cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
dodicesima 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%	
Anchilosi:		
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono supinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con prono supinazione libera	10%	8%
dell'anca in posizione favorevole	35%	

del ginocchio in estensione	25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto artralgica	15%	
Paralisi completa:		
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
dello sciatico popliteo esterno	15%	
Amputazione o perdita funzionale di un arto inferiore:		
sopra la metà della coscia	70%	
sotto la metà della coscia ma sopra il ginocchio	60%	
sotto del ginocchio, ma sopra il terzo medio di gamba	50%	
Amputazione o perdita funzionale di:		
un piede	40%	
ambidue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	1%	
una falange dell'alluce	2,5%	
ernie addominali da sforzo non operabile	max 10%	

ART. INF23 MANCINISMO

Premesso che l'Assicurato ha dichiarato di essere mancino, si conviene che le percentuali di invalidità permanente previste nella tabella di valutazione per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

ART. INF24 ULTERIORI PRECISAZIONI

Limitatamente al comitato **A.N.S.P.I. di Fiesole (FI)**, durante la pratica e/o partecipazione alle attività della contraente, la garanzia s'intende modificata come segue:

- Caso invalidità permanente: franchigia del 5% sull'I.P.

c) DIARIA DA RICOVERO

ART. INF25 DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO

In caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura, non inferiore a tre giorni, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata nella scheda polizza per ciascun giorno di degenza (**il giorno di ingresso e di dimissione vengono conteggiati come un unico giorno**). Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.

La durata massima dei giorni indennizzabili è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.

In caso di degenza conseguente a un infortunio che comporta:

- intervento per asportazione di organi;

- trapianto;
 - arto-protesi delle grandi articolazioni;
- la diaria raddoppia.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro quarantacinque giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Esclusivamente per i sinistri denunciati dal comitato **A.N.S.P.I. di Fiesole (FI)**, durante la pratica e/o partecipazione alle attività della contraente, la copertura non sarà prestata.

DAY HOSPITAL

In caso di day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante per una indennità pari al 30% dell'indennità prevista per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto senza interruzione, fatta eccezione per le festività non per finalità diagnostica.

Indennizzo per ricovero	30% dell'importo "Diaria da ricovero per infortunio" indicato in polizza
Franchigia	non prevista

Per gli assicurati di età inferiore ai 18 anni, che frequentino scuole di istruzione elementare, media e secondaria, e sempreché il ricovero avvenga durante il periodo scolastico, viene corrisposto a titolo di rimborso spese per il recupero un'ulteriore indennità di **Euro 5,16** per ogni giorno di ricovero.

ART. INF26 RIMBORSO SPESE MEDICHE, FARMACEUTICHE, CHIRURGICHE ED OSPEDALIERE A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma assicurata indicata nella scheda tecnica di polizza e per la parte di spese **che non risultino a carico del Servizio Sanitario Nazionale**, le seguenti spese effettivamente sostenute nei 360 giorni dalla data in cui è accaduto il sinistro, di seguito elencate:

A) se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale;

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) **effettuati nei quarantacinque giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei novanta giorni successivi alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale.**
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.



Scoperto	10% MINIMO 100 euro
----------	---------------------

Esclusivamente per i sinistri denunciati dal comitato **A.N.S.P.I. di Fiesole (FI)**, durante la pratica e/o partecipazione alle attività della contraente, la copertura sarà prestata con i seguenti limiti:

Scoperto	10% MINIMO 200 euro
----------	---------------------

Limiti per trattamenti fisioterapici, rieducativi esclusivamente con passaggio post-sinistro dal Pronto Soccorso

Franchigia	100 euro
Limite massimo	300 euro per evento e per anno assicurativo

MODALITA' DI RIMBORSO

- 1) La Società provvederà al rimborso una volta accertata la guarigione clinica sulla base della documentazione presentata (fattura o ricevuta del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).
- 2) La domanda di rimborso deve essere presentata entro trenta giorni dal termine della cura medico/degenza.
- 3) **Sono sempre escluse dal rimborso tutte le spese per visite medico legali non richieste dalla Società per definire la liquidazione del sinistro.**

I documenti originali saranno riconsegnati con l'**apposizione della data di liquidazione e del suo importo**. Se l'assicurato ha consegnato a terzi documenti come notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società rimborserà quanto dovuto, secondo il presente contratto, **dietro dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi**.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in euro, applicando il tasso ufficiale di cambio B.C.E. rilevato nel giorno dell'ultimo pagamento sostenuto.

4 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. INF26 CESSAZIONE O RIDUZIONE DELLA GARANZIA

CESSAZIONE

La sopravvenienza in corso di contratto di dipendenza da sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non conseguenti a terapie mediche), **determina la immediata ed automatica cessazione dell'operatività delle prestazioni oggetto della presente Sezione per il soggetto colpito. L'Assicurato è obbligato a comunicare tale sopravvenienza alla Società ai sensi dell'art. 1898 del C.C.** L'operatività della garanzia rimane inalterata per gli altri soggetti assicurati così come il premio pattuito.

RIDUZIONE

Limitatamente ai soli casi di infortuni causati da azioni o comportamenti direttamente correlati a: sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o gli stati paranoici, sindromi bipolari, epilessia e i sintomi epilettoidi, infezioni da HIV, Parkinson, Alzheimer, **tutti gli indennizzi previsti dalle garanzie della presente Sezione si intendono ridotti del 50%.**

ART. INF27 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. INF28 LIMITE MASSIMO DI ESBORSO PER EVENTO CHE COLPISCA PIÙ PERSONE



Nel caso di infortunio che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a 7.000.000 euro.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto eccedessero complessivamente tale importo, le stesse verranno ridotte proporzionalmente.

ART. INF29 RICHIESTE DI INDENNIZZO E DI RISARCIMENTO

Nel caso in cui la presente Polizza sia stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della garanzia Infortuni, ed avanzino verso l'Assicurato/Contraente maggiori pretese a titolo di Responsabilità Civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che l'Assicurato/Contraente fosse tenuto a corrispondere a seguito di sentenza definitiva o transazione.

Qualora successivamente alla liquidazione del sinistro ai sensi della garanzia Infortuni vengano avanzate verso l'Assicurato/Contraente richieste di risarcimento a titolo di Responsabilità Civile, l'importo erogato in base alla garanzia Infortuni verrà considerato quale acconto sull'eventuale maggior importo che l'Assicurato/Contraente fosse tenuto a corrispondere a seguito di sentenza definitiva o di transazione.

ART. INF30 ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI MUTILAZIONI O DIFETTI PREESISTENTI

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti da cui gli Assicurati fossero affetti alla data di effetto della copertura assicurativa o che dovessero in seguito sopravvenire.

5 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. INF31 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per gli infortuni causati da azioni o comportamenti direttamente correlati a: sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o gli stati paranoici, sindromi bipolari, epilessia e i sintomi epilettoidi, infezioni da HIV, Parkinson, Alzheimer.

LIMITAZIONI

L'assicurazione non è operante per:

1. infortuni, malattie (anche croniche e recidivanti) e stati patologici, **noti e/o che abbiano dato origine a cure e/o a esami, e/o diagnosticati prima della stipula del contratto;**
2. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di **malformazioni o difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto.** Si ritengono, in ogni caso in copertura, limitatamente alle garanzie acquistate in Polizza la deviazione del setto, o della piramide, nasale che sono compresi in garanzia solo se resi necessari da infortunio, avvenuto dopo la sottoscrizione del contratto, e solo a seguito di presentazione di certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso e/o di esame radiografico attestante la frattura delle ossa nasali;
3. le complicanze, le conseguenze dirette ed indirette, nonché i relativi postumi, di **infortuni occorsi antecedentemente alla stipula del contratto.**

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a. **guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore.**
Tuttavia, è compreso l'infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b. **guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole e operatrici, di natante a motore per uso non privato.** L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività del Contraente dichiarata nel contratto;
- c. **guida di mezzi di locomozione acquatici aerei o subacquei adibiti ad uso professionale.** L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio delle attività indicate all'Art. INF1 "Oggetto della garanzia", proprie dei settori agricoltura, allevamento, silvicoltura;
- d. **operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;**
- e. **azioni delittuose** compiute o tentate dall'Assicurato;
- f. **manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione** o per motivi di carattere eccezionale.
- g. **gli infortuni causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;**
- h. **gli infortuni subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;**
- i. **i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;**
- j. **gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocati dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche;**
- k. **le conseguenze di guerre, alluvioni, esondazioni, inondazioni o eruzioni vulcaniche e altri fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale;**
- l. **le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;**
- m. Inoltre, sono esclusi gli infortuni che si verificano durante la pratica non professionale dei seguenti sport:
 - 1) **arti marziali, rugby;**
 - 2) **sport con autoveicoli o motoveicoli anche se su pista. Restano compresi gli infortuni derivanti da competizioni di regolarità pura;**
 - 3) **sport con natanti a motore o motonautici a meno che non si tratti di competizioni di regolarità pura;**
 - 4) **sport aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili).**

SEZIONE MALATTIA

PER LA
SALUTE

In questa sezione vengono descritte le prestazioni presenti nei Moduli acquistati. Per ogni Modulo acquistato, vengono inoltre indicate le garanzie aggiuntive opzionabili con aumento del premio (ove presenti)

COSA È ASSICURATO

La garanzia Malattia è operante esclusivamente per i volontari e solo se richiamata nella Scheda di Polizza.

ART. SM1 DIARIA DA RICOVERO

L'assicurazione è prestata per le malattie, che gli assicurati dovessero contrarre in conseguenza dell'attività svolta a favore del Contraente.

La Società corrisponde all'Assicurato una diaria giornaliera in caso di ricovero per malattia.

La diaria verrà corrisposta per ciascun giorno di degenza.
Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

Diaria giornaliera	€ 10,00 per testa al giorno
Durata	Massimo 60 giorni per sinistro e per anno assicurativo In caso di ricovero da COVID durata massima per sinistro 20 giorni.
Franchigia	3 giorni

In caso di ricovero da Covid la prestazione può essere offerta una sola volta per testa e per annualità assicurativa.

Si precisa altresì che il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno.

La diaria viene corrisposta in misura pari al 50% in caso di day hospital o day surgery.

L'indennità è dovuta solo per day hospital/day surgery di durata superiore a 1 giorno (almeno 2 giorni), purché dalla documentazione dell'istituto di cura risulti che il day hospital/day surgery, fatta eccezione per le festività, è avvenuto ininterrottamente.

Diaria giornaliera in caso di day hospital o day surgery	50% dell'importo "Diaria da ricovero" indicato nella Scheda di Polizza.
Numero giorni	Massimo 60 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. SM2 ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

1. malattie (anche croniche e recidivanti) e stati patologici, noti e/o che abbiano dato origine a cure e/o a esami, e/o diagnosticati prima della stipula del contratto;
2. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni o difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto. Si ritengono, in ogni caso in copertura, limitatamente alle garanzie acquistate in Polizza:
 - a) la deviazione del setto, o della piramide, nasale che sono compresi in garanzia solo se resi necessari da infortunio, avvenuto dopo la sottoscrizione del contratto, e solo a seguito di presentazione di certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso e/o di esame radiografico attestante la frattura delle ossa nasali;
3. la quarantena e/o l'isolamento fiduciario.

Sono esclusi:

4. le spese sanitarie, gli interventi chirurgici e i ricoveri determinati da malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;
5. l'aborto volontario non terapeutico;
6. il parto o le malattie da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio prima della conclusione del contratto;
7. le prestazioni e le terapie determinate da malattie trasmesse sessualmente;
8. la diagnosi e la cura della sterilità e dell'impotenza (salvo la cura dell'idrocele e del varicocele con un limite di 800 euro per sinistro, e per tutta la durata della copertura assicurativa, comprese eventuali sostituzioni), e le procedure per la fecondazione assistita;
9. i vaccini e/o i medicinali correlati a prestazioni di routine;
10. i trattamenti medici o chirurgici non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali), quelli non effettuati da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
11. i farmaci non compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici;
12. le spese relative a prestazioni di logopedia, salvo il caso in cui siano rese necessarie da ictus e/o siano conseguenza di traumi o interventi chirurgici all'encefalo e nervi cranici;
13. le prestazioni aventi finalità estetica, fitoterapiche e dimagranti e relative conseguenze, salvo i casi di:
 - interventi di chirurgia bariatrica, nei casi di obesità di III grado (indice di massa corporea superiore a 40) insorti in vigenza di Polizza;
 - interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio (è esclusa in ogni caso la manutenzione delle protesi);
 ferme le esclusioni di cui al punto 2).
14. check-up di medicina preventiva,
15. terapie e cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché del parodonto, con o senza intervento chirurgico, salvo quelle rese

- necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio, effettuate in regime di ricovero, day hospital, intervento ambulatoriale;
16. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
 17. le patologie e le intossicazioni causate da intossicazione cronico alcolica, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
 18. gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi, legati ai disturbi d'identità sessuale;
 19. le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie familiari;
 20. ricoveri in case di terapie termali, centri idroterapici, centri del benessere, dietologici, ricoveri in case di riposo, case di soggiorno e di convalescenza. Restano compresi i ricoveri nelle case di convalescenza,
 21. le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio per televisione, bar, e simili;
 22. day hospital a finalità diagnostica, non direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico,
 23. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

L'assicurazione infine non è operante per:

24. le prestazioni successive alla data di scadenza, o di anticipata cessazione della Polizza, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto, durante il periodo di validità della garanzia
25. le conseguenze di guerra o di guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale, qualsiasi atto di terrorismo, se l'Assicurato ne ha preso parte attiva, l'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro
Qualora l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in uno Stato estero, a parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1912 del Codice civile, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra se l'Assicurato non ne ha preso parte attiva, per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità. L'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro;
26. inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
27. le conseguenze derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocata dall'accelerazione artificiale delle particelle atomiche;
28. le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
29. le malattie e gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose o comunque dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché le imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana.

ART. SM3 VALIDITA' TERRITORIALE

La copertura è valida in tutto il mondo.

La validità della copertura all'estero è estesa ad un periodo di permanenza all'estero **continuativo ed ininterrotto pari a 360 giorni**.

Le coperture all'estero cessano quando viene superato il limite indicato.

I fini del conteggio dell'operatività all'estero, non deve intendersi interruzione il rientro temporaneo in Italia per un **periodo inferiore a 5 mesi**.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE

LA TUTELA D'IMPRESA PER LA RESPONSABI- LITÀ CIVILE

I possibili danni arrecati involontariamente ad altri fanno parte dei rischi anche degli Enti che operano nel terzo settore. In questa Sezione sono descritte le soluzioni per risarcire le altre persone degli eventuali danni provocati, attraverso un'ampia gamma di coperture, di base e personalizzabili.

RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

1 – COSA È ASSICURATO

ART. RCT1 OGGETTO DELLA GARANZIA



QUALI DANNI SONO COPERTI

La Società tiene indenne l'Assicurato di quanto sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per i danni involontariamente causati a terzi per:

- morte e lesioni personali;
- distruzione o deterioramento materiale di cose;

in conseguenza dello svolgimento dell'attività dichiarata in polizza e previste dallo statuto dell'Ente, purché svolta direttamente dal Contraente, e/o dalle altre persone assicurate.

L'assicurazione opera sino alla concorrenza dei Massimali qui indicati :

RCT per ogni sinistro – col limite per ogni persona deceduta o ferita – per danni a cose		
€ 4.000.000,00	€ 4.000.000,00	€ 4.000.000,00
RCO per ogni sinistro – col limite per ogni persona deceduta o ferita		
€ 2.500.000,00	€ 2.500.000,00	

fermi gli scoperti e le franchigie indicati nella scheda di polizza.

L'assicurazione comprende altresì l'esercizio di tutte le attività complementari, preliminari, accessorie, commerciali, assistenziali, sportive e ricreative (nulla escluso né eccettuato) e vale sia che l'Assicurato agisca nella Sua qualità di proprietario che operi quale esercente, conduttore, gestore o committente.

L'assicurazione si intende estesa al fatto doloso delle persone delle quali l'Assicurato debba rispondere ai sensi di legge.

Si specifica inoltre che:

L'assicurazione si estende alla Responsabilità Civile derivante dall'operato dei volontari in servizio civile alternativo a quello militare, che svolgano comunque attività presso o in collaborazione con i Circoli e le Segreterie A.N.S.P.I.;

L'assicurazione si estende altresì alla Responsabilità Civile derivante dall'operato degli studenti e docenti del "Corso di perfezionamento in Progettazione Gestione e Coordinamento dell'Oratorio", istituito presso l'Università degli Studi di Perugia che svolgono l'attività presso le sedi convenzionate con la Presidenza Nazionale A.N.S.P.I.

ART. RCT2 AZIONI DI RIVALSA

Sono comprese anche le azioni di regresso e/o di surroga intraprese dall'INAIL e/o dall'INPS originate da infortunio nei confronti di un soggetto **diverso dagli addetti dell'Assicurato**.



Eventuali azioni di regresso e/o di surroga intraprese da Enti diversi non rientrano nella garanzia.

ART. RCT3 GARANZIE COMPLEMENTARI SEMPRE OPERANTI

A. RC PROPRIETÀ E/O CONDUZIONE DEI FABBRICATI NEI QUALI SI SVOLGE L'ATTIVITÀ

L'assicurazione di Responsabilità Civile comprende la proprietà e la conduzione dei fabbricati di proprietà del Contraente e la sola conduzione di quelli ad esso locati o in comodato d'uso o in uso gratuito, nei quali si svolge l'attività assicurata in polizza.

L'assicurazione vale altresì per la Responsabilità Civile derivante al Contraente:

- Dall'esercizio di Bar, sale da gioco, ritrovi e simili;
- Dalla proprietà e detenzione e/o uso di cartelli e/o insegne di qualsiasi genere;
- Dall'esercizio di case di soggiorno, campi scuola, campeggi, colonie marine o montane, compreso il rischio di somministrazione di sostanze avariate, preparate anche in proprio;
- Dall'esercizio di cinema e teatri, aperti anche al pubblico;
- Dall'organizzazione e gestione di attività e manifestazioni musicali;
- Dall'organizzazione e svolgimento di sagre e feste, escluso comunque il rischio derivante da spettacoli pirotecnici ed uso di fuochi d'artificio nonché di gare o competizioni con macchine e veicoli mossi da motore;
- Dalla proprietà, detenzione e/o uso di impianti ed attrezzature tutte, anche sportive;
- Dall'art. 1714 C.C., a condizione che esista apposito guardaroba custodito, col limite di Euro 103,29 per ogni danneggiato, per i danni sofferti dagli Associati e/o terzi in seguito a sottrazione, distruzione o deterioramento delle cose consegnate. **La presente garanzia non vale per gli oggetti preziosi, denaro e valori.**

LIMITAZIONI

L'assicurazione non comprende la responsabilità per i danni derivanti da:

- lavori di straordinaria manutenzione, ampliamenti, sopraelevazione o demolizione,
- spargimento di acqua derivante da rotture non accidentali di tubature e/o condutture;
- umidità, stitlicidio ed in genere insalubrità dei locali;

- rigurgiti di fogne;
- proprietà di parchi ed attrezzature sportive e per giochi.

Copertura	nei limiti del massimale indicato in polizza di Responsabilità Civile
Franchigia	250 euro per danni da spargimento d'acqua conseguente a rotture accidentali di tubature e/o condutture

B. DANNI DA INCENDIO, ESPLOSIONE E SCOPPIO

A parziale deroga all'Art. RCT7 "Esclusioni e limitazioni: Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.)", lettera B. punto 1., sono compresi i danni causati **alle cose altrui provocati da incendio, esplosione e scoppio di cose appartenenti o detenute dall'Assicurato.**

NOTA BENE:

CASI PARTICOLARI

- I danni dovuti a una stessa causa iniziale e sviluppatasi per propagazione delle fiamme saranno considerati un unico sinistro;
- se i danni alle cose altrui risultino garantiti alla partita assicurata "Ricorso terzi" di polizza/e Incendio contratta dall'Assicurato, questa garanzia riconosce l'indennizzo **della parte di danno eccedente la copertura, considerato il massimale previsto nella scheda di polizza;**



ESCLUSIONI

Sono esclusi i danni:

- ai fabbricati e/o locali affittati dall'Assicurato stesso;
- causati presso terzi

Copertura	limite del 20% del massimale stesso
Franchigia / Scoperto	10% per ogni sinistro

C. DANNI DA INTERRUZIONE E/O SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ

A parziale deroga all'Art. RCT7 "Esclusioni e limitazioni: Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.)" lettera A. punto 11., sono compresi i danni a terzi derivanti da interruzione e/o sospensione di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole, di servizi, professionali, **purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza.**

Copertura	limite del 10% del massimale stesso
Franchigia / Scoperto	10% per ogni sinistro

D. COMMITTENZA MEZZI DI TRASPORTO

È compresa anche la responsabilità derivante al Contrente, in qualità di committente, ai sensi dell'Art. 2049 Codice Civile per dei danni causati a terzi dai suoi prestatori di lavoro riguardo la guida di autovetture,

ciclomotori e motocicli, **autocarri fino a 3500 kg** e natanti. I mezzi non devono essere di proprietà o in usufrutto all'Assicurato, noleggiati o a lui intestati al P.R.A.

Sono compresi anche i danni corporali causati alle persone trasportate, **se il trasporto è consentito dalla Legge.**

E' fatto salvo in ogni caso il diritto di surroga della Società nei confronti dei responsabili.



LIMITAZIONI

Questa estensione è operante solo dopo esaurimento di ogni altra copertura o garanzia di cui benefici il proprietario e/o il conducente del mezzo che abbia causato il danno.

Copertura	500.000 euro
Franchigia / Scoperto	Questa specifica estensione di garanzia è prestata con applicazione di una franchigia fissa di Euro 250 per ogni sinistro e vale nei limiti del territorio dello Stato Italiano, della Città del Vaticano e Repubblica di S. Marino -.

NOTA BENE:

La garanzia è operante unicamente se, al momento del sinistro, il mezzo di trasporto è guidato da una persona abilitata alla guida ai sensi di Legge.

E. DANNI A MEZZI SOTTO CARICO E SCARICO

A parziale deroga all'Art. RCT7 "Esclusioni e limitazioni: Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.)" lettera C. punto 2., sono compresi i danni a mezzi di trasporto sotto carico e scarico di proprietà di terzi e ai veicoli (anche se di proprietà dei prestatori di lavoro dell'Assicurato) in sosta durante lo svolgimento delle suddette operazioni.

ESCLUSIONI

Sono esclusi i danni:

- subiti dalle cose che si trovano sui mezzi di trasporto che effettuano le operazioni di carico o scarico;
- da mancato uso o disponibilità;
- da furto e da incendio;



Copertura	100.000 euro 25.000 per singolo mezzo danneggiato
Franchigia / Scoperto	250 euro per singolo mezzo danneggiato

F. ATTIVITÀ PRESSO TERZI

A parziale deroga di quanto indicato all'Art. RCT7 "Esclusioni e limitazioni: Responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)" lettera A punti 1. e 2., la garanzia è estesa ai danni

- a) a cose altrui, derivanti da incendio delle cose di proprietà del Contraente o da esso detenute a qualsiasi titolo con **esclusione comunque dei danni subiti dalle cose in possesso, uso o custodia dello stesso.**

Copertura	100.000 euro per anno assicurativo
-----------	------------------------------------

- b) alle cose trovantisi nell'ambito di esecuzione delle attività, che, per volume o peso, non possono essere rimosse. **Sono esclusi gli oggetti d'arte (ad esempio quadri, tappeti, arazzi, statue, mobili**

d'antiquariato) che, per volume e peso, possono essere facilmente spostati.

Copertura	1.000 euro per anno assicurativo
Franchigia	10% per ogni sinistro, con un minimo di euro 250

G. ATTIVITÀ TURISTICA

L'assicurazione comprende la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato dall'organizzazione di viaggi, soggiorni, pacchetti turistici ed escursioni con uso di tutti i mezzi di trasporto, con o senza accompagnamento delle comitive o dei turisti isolati, da parte dei propri dipendenti e/o incaricati:

1) Ai sensi della C.C.V. (Convenzione Internazionale sui Contratti di Viaggio) ratificata in Italia con Legge 1084 del 27/12/1977

2) Nonché ai sensi della direttiva CEE 90/314, così come recepita con Decreto Legislativo n. 111/95, per danni involontariamente cagionati a terzi compresi i clienti, incluse le perdite patrimoniali, intendendosi per tali i pregiudizi economici risarcibili a termini di polizza non conseguenti a lesioni personali e danneggiamenti a cose ed animali;

3) Nonché ai sensi della L. R. Toscana n. 5283 del 30/05/1994 -.

Le garanzie di cui sopra si intendono prestate nel mondo intero

Si precisa che rimane esclusa la responsabilità civile professionale prevista dal D. LGS. 62/2018.

MASSIMALI DI COPERTURA PER "ATTIVITA' TURISTICA"

Il massimale già indicato in polizza per i sinistri rappresenta il massimo risarcimento della Società per uno o più sinistri verificatisi nel corso del medesimo anno assicurativo.

Per Le Perdite Patrimoniali dell'attività turistica operano i seguenti limiti:

Copertura	50.000 per anno assicurativo. 25.000 per sinistro
Franchigia	250

Validità della assicurazione per "Attività Turistica"

La copertura assicurativa vale per le richieste di risarcimento presentate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione stessa.

La garanzia non è operante per i danni conseguenti a fatti illeciti o circostanze già note all'assicurato all'inizio del periodo di assicurazione.

La copertura assicurativa vale a condizione che l'Assicurato sia in regola con le norme di Legge relative alle autorizzazioni ed alle licenze di esercizio.

La garanzia assicurativa si estende anche, oltre ai rischi sopraindicati, anche per Visite, lezioni ed escursioni promosse a scopo didattico-culturale e religioso, che possono essere effettuate in forma collettiva, anche senza l'uso di ordinari mezzi di locomozione -.

ART. RCT-A RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O)

La Società si obbliga a tenere indenne il Contraente di quanto sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- A) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e dell'art. 13 del D. Lgs. 23/02/2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro dipendenti, da lavoratori parasubordinati, addetti alle attività dell'Organizzazione o Associazione assicurata, per le quali è prestata l'assicurazione;
- B) ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, cagionati ai prestatori di lavoro di cui alla precedente lettera A) per morte e per lesioni personali da infortunio dalle quali sia derivata un'inabilità permanente, calcolata sulla base dei criteri adottati dall'INAIL.

Il Contraente deve essere in regola, al momento del sinistro, con gli adempimenti dell'assicurazione obbligatoria INAIL e delle altre disposizioni normative in tema di occupazione e mercato del lavoro.

La presente garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa di 1.500,00 euro.

L'assicurazione R.C.O. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

Franchigia	1.500,00 euro
------------	---------------

ESCLUSIONI

La garanzia Responsabilità Civile verso i Prestatori di Lavoro non copre la responsabilità per i danni conseguenti a **malattie professionali**.

e gli Assicurati siano in possesso delle relative autorizzazioni rilasciate dalle competenti autorità.

LIMITAZIONI

L'assicurazione non è operante:

- per l'impiego di veicoli e natanti a motore, tornei ciclistici e arrampicata;
- per i danni a terreni, colture ed impianti fissi concessi agli organizzatori nonché al luogo di effettuazione della manifestazione stessa;
- per il rischio relativo alla gestione di parcheggi.

Copertura	nei limiti del massimale indicato in polizza di Responsabilità Civile
Franchigia	200 euro per danni a cose per ogni danneggiato

ESCLUSIONI

Sono esclusi i danni derivanti da:

- Estrazione, manipolazione, uso, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di asbesto puro e/o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
- Violazione di contratti di lavoro, discriminazione razziale, sessuale o religiosa;
- Conseguenti a guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti ad ordigni di guerra;
- Campi magnetici e loro effetti.

3 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. RCT6 AMBITO DI VALIDITÀ TERRITORIALE



La garanzia vale per i danni che avvengono in tutti i Paesi Europei.

Limitatamente alla partecipazione a convegni, fiere, mostre ed esposizioni, l'assicurazione RCT è estesa a tutto il mondo **ad esclusione di Stati Uniti e Canada.**

La Garanzia aggiuntiva R.C.O vale per il mondo intero.

4 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. RCT7 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI: RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (R.C.T)

A seguire sono elencate le limitazioni e le esclusioni dall'assicurazione di Responsabilità Civile verso Terzi descritta in questa Sezione, salvo quanto espressamente disciplinato.



- A. Sono esclusi i danni:**
1. alle cose altrui, che l'Assicurato detenga o possieda a qualsiasi titolo;
 2. alle cose altrui, poste in ambito lavori e derivanti da attività di montaggio, smontaggio, installazione e/o posa in opera, collaudo e manutenzione effettuate presso terzi;
 3. alle cose oggetto di lavorazione, limitatamente alle sole parti direttamente interessate dall'esecuzione dei lavori stessi;
 4. alle cose oggetto di movimentazione, sollevamento, carico e scarico;
 5. da vibrazioni, assestamento, franamento, bradisismo, cedimento del terreno da qualsiasi causa determinati;
 6. cagionati alle condutture e/o agli impianti sotterranei, subacquei, nonché quelli a essi conseguenti;
 7. dai quali derivino risarcimenti a carattere punitivo (es. punitive or exemplary damages) e/o sanzionatorio;
 8. verificatisi in occasione di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici e simili), ovvero da produzione, detenzione e uso di sostanze radioattive;
 9. derivanti da incendio, esplosione o scoppio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
 10. di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli Artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile;

11. ai mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione dei lavori nonché alle cose su di essi caricate o trasportate;
12. che derivino da naturalmente da comportamenti prolungati, permanenti o reiterati determinati dalle modalità adottate dall'assicurato nello svolgimento dell'attività dichiarata;
13. che derivino dalla gestione di case di riposo, residenze sanitarie assistite, cliniche, case di cura, presidi ospedalieri.

LIMITAZIONI



A. SONO ESCLUSI I DANNI CAUSATI DA O DOVUTI A:

1. **asbesto**: assorbimento e/o contaminazione con qualsiasi modalità (cutaneo, per inalazione, per via orale) di asbesto puro e/o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto conseguenti:
 - ad attività di estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio dell'asbesto stesso o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
 - all'uso di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
2. **atti di guerra** dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché tutti gli incidenti dovuti a ordigni di guerra;
3. **esplosivi**: detenzione e/o impiego;
4. **armi da fuoco**: detenzione e/o impiego – salvo quanto previsto all'Art. RCT1 "Oggetto della garanzia" lettera p.;
5. **difetto originario** delle cose vendute, consegnate o somministrate;
6. **emissione** di onde e/o di campi elettromagnetici;
7. **furto, smarrimento ed errata consegna**;
8. **impianti o installazioni in mare** non saldamente collegati alla riva tramite terrapieni o lingue di terra (c.d. "offshore"); nonché condotte forzate sottomarine, in cui viene spinto forzatamente un fluido per il trasporto dello stesso finalizzato alla produzione di energia; nonché cablaggi sottomarini in genere (c.d. "rigs");
9. **impiego di veicoli** a motore, macchinari o impianti che siano condotti o azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il sedicesimo anno di età;
10. **incarichi assunti** da parte dell'Assicurato o di un suo addetto, in qualità di Responsabile dei Lavori, Coordinatore per la Progettazione o Coordinatore per l'Esecuzione dei Lavori ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008 e successive modifiche o integrazioni;
11. **interruzioni o sospensioni** totali o parziali di attività industriali, commerciali, professionali, artigianali, agricole o di servizi;
12. **inquinamento** dell'aria, dell'acqua o del suolo; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua; alterazione od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari e in genere di quanto si trovi nel sottosuolo e sia suscettibile di sfruttamento;
13. **lavori di manutenzione straordinaria**, ampliamento, sopraelevazione o demolizione, salvo quanto previsto all'Art. RCT1 "Oggetto della garanzia" lettere k. E m.;
14. **operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera**, se non avvenuti e manifestatisi durante l'esecuzione dei lavori;
15. **opere e/o installazioni in genere** dopo l'ultimazione dei lavori; per le opere a esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori che la riguardano e, comunque, dopo 30 (trenta) giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso e/o aperta al pubblico;
16. **direttamente o indirettamente, in tutto o in parte, da**:
 - atto doloso condotto per il tramite di un computer, un sistema informatico, un sistema elettronico di comunicazioni, un virus o un malware, un processo o qualsiasi altro sistema informatico o elettronico;
 - accesso a, o rivelazione di informazioni personali identificabili, o informazioni confidenziali su individui o società, inclusi a titolo esemplificativo e non esaustivo: brevetti, segreti commerciali, metodi di produzione, liste di clienti, informazioni finanziarie, carte di credito e di debito e qualsiasi altro tipo di informazione non pubblica;

Sono esclusi anche i danni:

- a dati software, in particolare qualsiasi modifica penalizzante di dati, software o programmi per computer a seguito di cancellazione, manipolazione o sconvolgimento della struttura originaria e conseguenti danni da interruzione d'esercizio;
 - causati da o dovuti a malfunzionamento, indisponibilità, impossibilità di usare o accedere a dati, software o programmi per computer ed i conseguenti danni da interruzione d'esercizio;
17. prodotti o cose in genere dopo la loro consegna a terzi;
18. **proprietà e/o circolazione di veicoli** a motore su strade pubbliche o su aree a esse equiparate relativamente ai rischi rientranti nelle disposizioni di legge in materia di assicurazione obbligatoria sulla circolazione stradale;
19. **proprietà e/o conduzione** di fabbricati o immobili in genere diversi da quelli impiegati nello svolgimento dell'attività dichiarata;
20. **proprietà e/o uso di natanti** a vela di lunghezza superiore a 6 metri, di natanti a motore;
21. **proprietà e/o conduzione** di aeromobili, droni e apparecchi utilizzati per il volo da diporto o sportivo, anche se non considerati aeromobili ai sensi dell'Art. 743 del Codice della Navigazione;
22. **proprietà e/o uso di teleferiche, funicolari ed altri impianti di trasporto a fune e simili;**
23. **responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato** e non derivategli direttamente dalla legge;
24. **rischi aeronautici** in genere, salvo che si tratti di attività collaterali non direttamente collegate al traffico aereo che si svolgono presso e/o all'interno degli aeroporti, purché non in aree appositamente predisposte per l'atterraggio, il decollo e le manovre degli aeromobili; si intendono comunque sempre esclusi i danni subiti dagli aeromobili;
25. **subappaltatori** per lavori eseguiti per conto dell'Assicurato;
26. **eventi catastrofali:** terremoti, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
27. **trapianti** di organi umani e/o impiego di sostanze biologiche di origine umana;
28. **TSE** (encefalopatie spongiformi trasmissibili), influenza aviaria, alcool, tabacco;
29. **umidità, stillicidio** e, in genere, insalubrità dei locali in cui viene svolta l'attività dichiarata;
30. **utilizzo di organismi geneticamente modificati** e/o di prodotti che li contengono (O.G.M.);
31. svolgimento di **attività professionale medica e/o infermieristica salvo quanto previsto dall'Art. RCT-C "Prestazioni medico sanitarie"**;
32. dall'organizzazione di **attività sportiva, ad eccezione di quelle svolte a titolo ricreativo e/o strumentali all'attività dell'ente, che non prevedano un tesseramento alle federazioni sportive o enti di proporzione sportiva;**
33. I danni conseguenti a responsabilità derivante all'Assicurato dalla prestazione in proprio del servizio di trasporto, di alloggio o di qualsiasi altro tipo di servizio relativo all'esecuzione del viaggio e del soggiorno;
34. I danni conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di denaro, preziosi o titoli al portatore;
35. I danni a cose in consegna e custodia dell'Assicurato
36. I danni che si verificassero durante l'uso di mezzi di trasporto aereo, nel qual caso la garanzia cesserà di essere operante dal momento dell'imbarco fino a sbarco avvenuto;
37. I danni conseguenti ad omissione nella modifica o stipulas di assicurazioni private o ritardi nel pagamento dei premi;
38. danni conseguenti ad insolvenze, morosità o mancato adempimento di obbligazioni pecuniarie da parte dell'Assicurato;
39. Nel caso di richieste di risarcimento provenienti dai clienti dell'Assicurato gli importi (corrispondenti alla differenza tra il valore delle prestazioni dovute ed il valore delle prestazioni fornite) che l'Assicurato è tenuto a corrispondere al cliente in virtù del minor valore della prestazione eseguita rispetto alla prestazione dovuta;
40. Sono altresì esclusi gli oneri risarcitori dovuti dall'Assicurato in forza di specifiche pattuizioni contrattuali.

NOTA BENE:

La Società non è tenuta:

- a prestare la copertura;
- indennizzare sinistri;
- a fornire qualsiasi altro tipo di prestazione in base alla presente polizza;

se tale copertura, indennizzo o prestazione possano esporre la sua responsabilità nei confronti di qualsivoglia forma di divieto, sanzione o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, o da disposizioni di tipo economico o commerciale dettate da leggi o regolamenti di altri ordinamenti giuridici ai quali la Società debba comunque attenersi.

ART. RCT8 PERSONE NON CONSIDERATE TERZI E QUALIFICA DI TERZI

?

NON SONO CONSIDERATI TERZI (salvo quanto espressamente previsto):

- il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di parentela indicati al punto b;
- il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato nel caso in cui l'Assicurato stesso abbia concorso personalmente con colpa all'evento che ha causato il danno;
- qualsiasi altro parente o affine convivente con l'Assicurato, nel caso in cui l'Assicurato stesso abbia concorso personalmente con colpa all'evento che ha causato il danno;
- le società che, rispetto all'Assicurato persona giuridica, siano qualificabili come controllanti, controllate o collegate al Contraente (Art. 2359 Codice Civile e Legge 216 del 1974), nonché i loro amministratori;
- gli addetti dell'Assicurato che subiscano il danno durante di lavoro o servizio;
- tutte le altre persone (associati) diverse da quelle indicate alla lettera e. del presente articolo che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato, subiscano il danno durante la loro partecipazione manuale all'attività dichiarata, compresi i Subappaltatori;
- il Contraente rispetto ai singoli volontari e associati.

SONO TERZI

- i singoli volontari;
- associati/tesserati;
- rispetto al Contraente, ai Comitati, agli Enti di servizio, agli Oratori/Circoli costituitisi in Associazioni e viceversa.

ART. RCT9 FRANCHIGIA PER DANNI A COSE

La garanzia è prestata previa detrazione dell'importo di 250 euro per ogni sinistro che comporti danni a cose, anche in deroga a franchigie minori previste dalle singole condizioni di polizza.

Qualora alcune condizioni di polizza prevedano franchigie o scoperti, di importo superiore, si intenderanno operanti questi ultimi.

ART. RCT10 MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI

I massimali, le franchigie e gli scoperti sono quelli indicati nella scheda di polizza.

ART. RCT11 PLURALITÀ DI ASSICURATI

Nel caso l'assicurazione venga prestata per una pluralità di assicurati, il massimale Assicurato stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta per ogni effetto unico, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati fra di loro.

ART. RCT12 MASSIMALE ASSICURATO AGGREGATO PER SINISTRO

Nel caso di sinistri che coinvolgono contemporaneamente la Sezione Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.) e la Sezione Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (R.C.O.), se attivata, **la Società non risponderà comunque per una somma superiore al massimale per sinistro previsto per la Sezione Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.).**

OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO

“COSA FARE IN CASO DI”

TANTE
SCELTE,
QUALI
DOVERI?

Riassumiamo in una sezione dedicata cosa fare in caso di sinistro. Quando tutto è più chiaro, è un po' più semplice affrontare l'emergenza.

SEZIONE OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO

“COSA FARE IN CASO DI”

1 – INFORTUNI– CHE OBBLIGHI HO?

ART. S11 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO



Entro 5 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa.

La Società si riserva di sottoporre a visita medica l'Assicurato, previo accordo con il Contraente e l'Assicurato, in merito alle tempistiche e alla modalità, potendosi avvalere della collaborazione di fiduciari.

In caso di sinistro Cattolica ha inoltre diritto di prendere visione dei registri, fatture e quanto utile al fine di poter verificare la copertura assicurativa e determinare l'ammontare del danno; il mancato rispetto comporta la perdita del diritto all'indennizzo.

ART. S12 DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Deve essere corredata da documentazione medica attestante il sinistro (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: cartella clinica completa e certificati medici). Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriore documentazione medica.

La denuncia dei sinistri dovrà essere obbligatoriamente accompagnata da certificazione del Pronto Soccorso.



L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni ritenute indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza.

L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

ART. SI3 TERMINE PER IL PAGAMENTO DEL SINISTRO

Dalla data di ricevimento della denuncia di sinistro la Società si impegna a esaminare la pratica entro il termine di 60 giorni per verificarne la completezza o la necessità di eventuali supplementi istruttori. Dal ricevimento di tutta la documentazione completa, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società si impegna a procedere alla liquidazione o alla comunicazione della reiezione entro il termine di 45 giorni, sempreché non sia stata fatta opposizione ai sensi dell'articolo 2742 c.c. e sia stata verificata la titolarità dell'interesse assicurato.

Qualora nell'esame della pratica, la Società valuti la documentazione fornita incompleta e insufficiente per la valutazione e determinazione del danno e ne richieda l'integrazione, **il termine sopra indicato decorre dal momento del ricevimento di tutti i relativi supplementi istruttori.**

ART. SI4 CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Se tra la Società e l'Assicurato insorgono eventuali controversie di natura medica, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se lo ritiene opportuno, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso. Le decisioni del collegio 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.



Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta, anche solo a maggioranza, dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte il cui perito, anche dissenziente, non l'abbia sottoscritta.

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

Resta fermo il diritto dell'assicurato di rivolgersi all'autorità giudiziaria per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo senza sottoporre le stesse ad alcun arbitrato.

ART. S15 VERIFICA DELL'INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE

La Società verifica l'indennizzabilità entro 60 giorni dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva.

In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato e il termine di 60 giorni decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.

In caso di decesso dell'Assicurato il capitale verrà liquidato ai suoi eredi.

La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'Assicurato, o effettuare ulteriori indagini.



Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 45 giorni.

Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 45 giorni dall'accertamento.

NOTA BENE:

Laddove sia stato aperto un **procedimento giudiziario** a carico del Contraente e/o dell'Assicurato relativamente al sinistro, è **facoltà della Società posticipare il pagamento sino alla conclusione del procedimento stesso**.

ART. S16 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'articolo 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

2 – MALATTIA – CHE OBBLIGHI HO?

ART. SM1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO –DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

1) DIARIA

Per la garanzia Diaria l'Assicurato potrà richiedere l'indennizzo previsto previa presentazione della documentazione medica attestante il sinistro (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: cartella clinica completa e documentazione medica) che dovrà eventualmente essere integrata in caso di richiesta da parte della Società.

La denuncia del sinistro e la relativa gestione dovranno avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS2 "Rimborso".

ART. SM2 RIMBORSO

Entro 10 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa oppure chiamando il numero **800.572.572**.

La richiesta di rimborso delle spese mediche deve essere fatta a cure ultimate e corredata dai seguenti documenti giustificativi:

- fatture, ricevute fiscali, notule di spesa o ricevute debitamente quietanzate in copia;
- esami medici eventualmente eseguiti o altra documentazione sanitaria in copia, tranne gli esami radiologici o altro che non possono essere trasmessi in copia;
- prescrizione medica in copia;
- cartella clinica e /o documento sostitutivo in copia;
- i documenti che comprovino il periodo di permanenza all'estero in copia.

La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'Assicurato, o effettuare ulteriori indagini. **L'Assicurato, pena la decadenza della copertura assicurativa, si rende disponibile a fornire le dichiarazioni richieste dalla Società nonché a presentare le eventuali prove utili a stabilire cause ed effetti della patologia.**

La Società, verificata la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la documentazione ricevuta, invia comunicazione con conferma del rimborso, oppure richiede ulteriore documentazione ad integrazione di quanto già inviato, ovvero comunica all'Assicurato che la prestazione non è rimborsabile, secondo le tempistiche indicate all'art SS3 "Verifica dell'indennizzabilità e termini per la liquidazione del capitale".

NOTA BENE:

Laddove sia stato aperto un **procedimento giudiziario** a carico del Contraente e/o dell'Assicurato relativamente al sinistro è **facoltà della Società posticipare il pagamento sino alla conclusione del procedimento stesso.**

ART. SM3 VERIFICA DELL'INDENNIZZABILITÀ E TERMINI PER LA LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE

La Società, ricevuta tutta la documentazione richiesta, verifica l'indennizzabilità entro 30 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva. In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato e il termine di 30 giorni lavorativi decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.



Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 15 giorni lavorativi. Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 15 giorni lavorativi dall'accertamento.

In caso di decesso dell'Assicurato il capitale verrà liquidato ai suoi eredi.



Il pagamento a favore dell'Assicurato viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

ART. SM4 CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Se tra la Società e l'Assicurato insorgono eventuali controversie di natura medica, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se lo ritiene opportuno, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso. Le decisioni del collegio 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.



Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta, anche solo a maggioranza, dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte il cui perito, anche dissenziente, non l'abbia sottoscritta.

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

Resta fermo il diritto dell'Assicurato di rivolgersi all'autorità giudiziaria per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo senza sottoporre le stesse ad alcun arbitrato.

ART. SM5 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'articolo 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

3 – RESPONSABILITÀ CIVILE – CHE OBBLIGHI HO?

ART. SR1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO



CHE COSA DEVE FARE IL CONTRAENTE/ASSICURATO?

Nel pieno rispetto degli obblighi previsti per legge e accettate le conseguenze in caso di inadempimento, il Contraente e/o l'Assicurato deve:

- a. **denunciare il sinistro all'agenzia** presso cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società entro 5 giorni dal sinistro o da quando ne è venuto a conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 C.C.
- b. **informare la Società delle eventuali azioni civili e penali intentate contro l'Assicurato** ed in tal caso fornire tutti i documenti e le prove utili alla sua difesa astenendosi da qualunque transazione o riconoscimento della propria responsabilità senza il preventivo consenso scritto della Società;
- c. **astenersi dall'intraprendere azioni giudiziarie o dal raggiungere accordi o transazioni in via stragiudiziale o con causa in corso senza il consenso preventivo della Società**, pena il rimborso delle spese da questa sostenute.



RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO (RCO)

Se acquistata la garanzia "Responsabilità Civile verso prestatori di Lavoro (R.C.O.)", in caso di sinistri:

- **mortali;**
- **sotto inchiesta delle Autorità competenti;**
- **di cui sia stata presentata richiesta di risarcimento;**

la denuncia deve pervenire alla Società, nelle modalità sopra descritte, **entro 3 giorni d'accadimento**.

Per tutto quanto disposto all'interno del presente articolo, l'inadempimento di uno degli obblighi descritti può portare alla perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, in base all'Art. 1915 C.C.

ART. SR2 GESTIONE DEL SINISTRO

La Società tiene indenne l'Assicurato ai sensi di quanto previsto dalla presente Sezione Responsabilità Civile, una volta verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione.



COME VIENE GESTITO IL SINISTRO?

La Società:

- **assume, se e fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze** tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato;
- **designa**, se necessario, legali o tecnici;
- **si avvale** di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato;
- **si fa carico delle spese sostenute** per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, **entro il limite di importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza** per il danno cui si riferisce la domanda.

Nel caso in cui la somma dovuta al danneggiato superi il massimale, **le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.**



L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda. La Società ha il diritto di rivalersi sull'assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi.



La Società non riconosce spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.

RESPONSABILITA' CIVILE PRODOTTI

Le spese sostenute per i danni verificatisi in USA e Canada sono considerate nell'ambito del massimale di polizza e dei relativi sottolimiti.

Se questo limite percentuale viene oltrepassato, si applica la regola proporzionale esclusivamente per l'eccedenza rispetto a detta percentuale.

ART. SR3 TERMINI PER IL PAGAMENTO DEL SINISTRO



QUALI SONO I TEMPI NECESSARI PER IL PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO?

Denuncia del sinistro

La Società si impegna **entro 60 giorni dal ricevimento della denuncia di sinistro** a formulare una congrua e motivata offerta per l'indennizzo ovvero a comunicare i motivi per i quali non ritiene di presentare offerta. Qualora nell'esame della pratica, la Società valuti la documentazione fornita incompleta e insufficiente per la valutazione e determinazione del danno e ne richieda l'integrazione, **il termine sopra indicato decorre dal momento del ricevimento di tutti i relativi supplementi istruttori.**

Liquidazione del sinistro

La Società si impegna a procedere alla liquidazione **entro 45 giorni dall'accettazione dell'offerta da parte del Contraente / Assicurato** (sempre che, nel caso in cui i beni siano soggetti a privilegio, pegno o ipoteca, non sia stata fatta opposizione da parte dei creditori, ai sensi dell'articolo 2742 C.C., e sia verificata la titolarità dell'interesse assicurato).

Qualora nell'esame della pratica, la Società valuti la documentazione fornita incompleta e insufficiente per la valutazione e determinazione del danno e ne richieda l'integrazione, **il termine sopra indicato decorre dal momento del ricevimento di tutti i relativi supplementi istruttori.**

NOTA BENE

Procedimento giudiziario

Se è in corso un procedimento giudiziario a carico del Contraente e/o dell'Assicurato, dei soci e/o degli amministratori, **la Società può posticipare il pagamento sino alla conclusione del procedimento stesso.** Tuttavia, l'Assicurato ha diritto di ottenere il pagamento del sinistro anche in mancanza di chiusura istruttoria, se aperta, **purché presenti fideiussione bancaria o assicurativa con cui si impegna a restituire l'importo corrisposto dalla Società maggiorato degli interessi legali, nel caso in cui dal certificato di chiusura istruttoria o dalla sentenza penale definitiva risulti una causa di decadenza della garanzia o del diritto di indennizzo.**



