

POLIZZA CUMULATIVA INFORTUNI n° 301004022

SOCIETA' : HDI Assicurazioni SpA - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma
CONTRAENTE: Consorzio Interscout - Via Nibby, 11 - 00161 Roma Codice Fiscale 97046280588
ASSICURATI: Come indicato all'Art. 1.4. delle Condizioni di Assicurazione.
SOMME ASSICURATE:
- Caso Morte: Euro 60.000 per soci fino a 21 anni
Euro 80.000 per soci da 21 anni
- Invalidità Permanente: massimale Euro 90.000
- Inabilità Temporanea: Garanzia non prestata
- Rimborso Spese Mediche da infortunio: massimale Euro 2.000
FRANCHIGIA: Invalidità Permanente da infortunio franchigia assoluta del 5%
SCOPERTO: Rimborso Spese Mediche da infortunio: 10% dell'importo risarcibile con il minimo di Euro 50 per persona e per ciascun evento;
MASSIMALI CUMULATIVI:
- Caso Morte: Euro 20.000.000 per aeromobile;
- Invalidità Permanente da infortuni: Euro 20.000.000 per aeromobile;
BENEFICIARI: Per il caso di morte i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari.
EFFETTO ORIGINALE DI POLIZZA: 30 Settembre 2002
EFFETTO DELLE CONDIZIONI: 30 Settembre 2003
SCADENZA DI POLIZZA: 30 Settembre di ciascun anno, con rinnovo annuale automatico, salvo disdetta.
TERMINI PER LA DISDETTA: 60 giorni precedenti ciascuna scadenza annuale.

LA SOCIETA' IL CONTRAENTE
HDI ASSICURAZIONI CONSORZIO INTERSCOUT

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Definizioni :

Agli effetti della presente Assicurazione i termini di seguito riportati assumono convenzionalmente il significato indicato a fianco di ciascuno.

- 1.1. Società: HDI Assicurazioni SpA, Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma ;
- 1.2. Contraente: Il Consorzio indicato nel Modulo, con il quale è stipulato il presente contratto;
- 1.3. Associazioni Assicurate: Le Associazioni iscritte al Consorzio contraente che hanno aderito, nell'ambito di questo, alla presente Assicurazione;
- 1.4. Assicurati: le persone fisiche iscritte alle Associazioni sopra citate (Iscritti Assicurati) nonché gli Ospiti come di seguito definiti, per i quali viene prestata assicurazione (Ospiti Assicurati);
- 1.5. Infortunio: l'evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;
- 1.6. Ospiti Assicurati: rientrano in tale definizione quanti siano presenti all'interno delle sedi sociali o altri luoghi anche all'aperto, ove si stia svolgendo l'attività statutaria degli Iscritti, che abbiano le seguenti caratteristiche:
 - 1.6.1. i genitori, fratelli, sorelle, zii e affini degli Iscritti Assicurati, che siano presenti nei luoghi di attività degli iscritti per ragioni di accompagnamento dei congiunti minori iscritti, ovvero perché invitati a specifiche riunioni dei genitori degli iscritti, ovvero perché invitati nell'ambito del punto 1.6.2.;
 - 1.6.2. i familiari degli Iscritti Assicurati di cui al punto 1.6.1., nonché gli amici degli iscritti e dei familiari citati, nonché le autorità invitate, il tutto limitatamente alle giornate o manifestazioni specificamente dedicate alle famiglie degli iscritti o con invito esteso alle medesime.
 - 1.6.3. gli autisti dei pullman noleggiati per i trasferimenti, gite ed escursioni nell'ambito della attività statutaria. Questi ultimi limitatamente ai momenti di riposo dal loro lavoro di guida del mezzo.
 - 1.6.4. Perché l'ospite sia considerato Ospite Assicurato è necessario che:
 - a) la sua presenza nel luogo ove gli iscritti svolgono la loro attività sia giustificata da comprovata occasionalità e ospitalità;
 - b) la sua presenza non sia attribuibile, anche se in parte, a motivi di lavoro (tranne per gli autisti di pullman) o di funzione (ad esempio sacerdoti in locali parrocchiali) o di attività diversa (es. membri di altre associazioni che utilizzano locali comuni o contigui con gli Iscritti Assicurati);
 - 1.6.5. Non rientrano comunque fra gli Ospiti Assicurati:
 - i giovani di prossima iscrizione alla Associazione Assicurata;
 - i terzi e loro dipendenti e amministratori, presso cui gli Iscritti Assicurati siano in visita o ospiti.

Art. 2 - Identificazione degli Assicurati:

Per l'identificazione degli Assicurati in caso di sinistro si farà riferimento :

2.1. per gli Iscritti: alle scritture e/o libri di censimento e/o altri appositi registri, anche meccanografici, esistenti presso la sede del Consorzio contraente. La Società ha diritto in qualunque momento di prendere visione delle suddette scritture ed il Contraente ha l'obbligo di esibirle.

2.2. per gli Ospiti: alla dichiarazione - sottoscritta dal responsabile della Associazione iscritta al Consorzio, presente al momento del sinistro - che certifichi la qualifica di *Ospte* dell'infortunato.

Art. 3 - Oggetto dell'Assicurazione:

3.1. L'Assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati subiscono nel corso di validità del presente contratto, durante la organizzazione, la preparazione e lo svolgimento delle attività scoutistiche o comunque statutarie effettivamente organizzate e/o preventivamente autorizzate dalla rispettiva Associazione di appartenenza. A titolo esemplificativo ma non limitativo si dichiara che rientrano fra le attività assicurate quella di volontariato, culturale, didattica, assistenziale, sociale, sportiva, hobbistica, di campeggio, di "specialità", turistica, di ordine pubblico, protezione civile, convegni, mostre, conferenze, manifestazioni nonché cerimonie pubbliche e private.

3.2. Sono compresi in garanzia gli infortuni subiti dagli Assicurati nel corso degli spostamenti e dei viaggi, anche individuali, intrapresi allo scopo di svolgere le attività sopraindicate, salvo quanto previsto all'Art. 4.9.

3.3. Sono inoltre compresi in garanzia, nell'ambito delle attività di cui agli Artt. 3.1. e 3.2. - ferme le esclusioni di cui all'Art. 4 che segue - gli infortuni derivanti agli Assicurati:

3.3.1. durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni e/o corsi di aggiornamento;

3.3.2. per scariche elettriche, influenze termiche ed atmosferiche, congelamenti colpi di sole e di calore, ingestione ed assorbimento di sostanze nocive o da contatto con corrosivi, avvelenamenti;

3.3.3. da alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, maremoto ed altre calamità naturali;

3.3.4. durante la guida di autoveicoli, imbarcazioni o motoveicoli di qualsiasi cilindrata;

3.3.5. durante gli sport e gare, con le limitazioni di cui al successivo art. 4;

3.3.6. durante le scalate di rocce ed accesso ai ghiacciai;

3.3.7. per imprudenze, negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;

3.3.8. in seguito ad asfissia, caduta di fulmini, punture di insetti, morsi di rettili ed animali;

3.3.9. annegamento da qualsiasi causa;

3.3.10. in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari atti violenti od aggressioni in genere;

3.3.11. azioni di dirottamento o di pirateria aerea;

3.3.12. in conseguenza di sforzi muscolari e da ubriachezza;

3.3.13. da ernie addominali traumatiche con le seguenti limitazioni:

a) nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% (dieci per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente assoluta;

b) qualora sorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 18 delle Condizioni di Assicurazione.

3.4. RISCHIO VOLO:

L'Assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società / aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;

- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi non soggetti ad indicizzazione:

- per persona : Euro 1.000.000,00 per il caso di morte ed Euro 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale.

- complessivamente per aeromobile: Euro 20.000.000,00 per il caso di morte, Euro 20.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale. In detta limitazione rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 4 - Esclusioni:

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni occorsi:

4.1. durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;

4.2. per eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo che per il periodo massimo di 15 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel Territorio Italiano;

4.3. durante la partecipazione in qualità di atleta professionista a corse, gare e relative prove ed allenamenti;

- 4.4. durante l'esercizio dei seguenti sport: pugilato, salto dal trampolino con sci, paracadutismo, immersioni con autorespiratore ma limitatamente ai danni all'udito e/o conseguenti alla pressione dell'acqua;
- 4.5. durante la guida di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
- 4.6. in conseguenza di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio o tentato suicidio;
- 4.7. in conseguenza all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni;
- 4.8. sotto l'influenza diretta o indiretta della trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 4.9. agli Ospiti durante i viaggi o gli spostamenti collettivi o individuali ed in ogni altra occasione, diversa da quando essi si trovano nei luoghi ove si sta svolgendo l'attività statutaria dell'Associazione Assicurata iscritta al Consorzio.

Art. 5 - Persone non assicurabili:

Sono ammessi al beneficio dall'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati, indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali di salute e da pregresse menomazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto all'Art. 10 delle Condizioni di Assicurazione (Criteri di indennizzabilità). Il Contraente è pertanto esonerato dalla denuncia delle infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. L'Assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 75 anni: per quelle che raggiungano tale limite di età l'Assicurazione cessa a partire dalla prima scadenza annuale successiva, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale pagamento di premi che, non essendo dovuti, verranno su richiesta restituiti al netto delle imposte.

Art. 6 - Somme Assicurate e Limiti di risarcimento per cumuli di rischio:

Con riferimento a ciascuna delle garanzie di cui agli Artt. 12, 13, 14 e 15 che seguono, gli Assicuratori prestano garanzia fino a concorrenza degli importi indicati in appresso:

- 6.1. - MORTE: Somma assicurata Euro 60.000,00 per soci fino a 20 anni, Euro 80.000,00 per soci da 21 anni di età.
- 6.2. - INVALIDITA' PERMANENTE: Massimale Euro 90.000 (novantamila);
- 6.3. - INABILITA' TEMPORANEA : garanzia non prestata.

6.4. - SPESE MEDICHE da INFORTUNIO: Somma assicurata Euro 2.000 (duemila) per persona e per evento.

Nell'ambito di tale importo vengono rimborsate le rette di degenza ospedaliera (esclusi i servizi extra) fino a concorrenza di Euro 50 (cinquanta) per ogni giorno di degenza. Ciascun indennizzo viene effettuato previa deduzione del 10% dell'importo risarcibile, con il minimo di Euro 50 per persona.

6.5. - LIMITI PER CUMULI DI RISCHIO: In caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più Assicurati in conseguenza di un unico evento fra quelli di seguito indicati, l'esposizione massima della Società riferita complessivamente alle persone Assicurate con il presente contratto viene stabilita per l'importo rispettivamente di seguito indicato :

6.5.1. Rischio volo su velivoli non esclusi dalla presente assicurazione: vedi l' Art. 3. 4.

6.5.2. Fenomeno Tellurico Euro 1.500.000 (un milione e cinquecento mila);

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del presente Contratto eccedessero nel loro complesso tali importi, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

6.5.3. Limitatamente agli Assicurati Ospiti di cui all' Art. 1.6. rimane convenuto che l'esposizione massima della Società per ciascun anno assicurativo per le garanzie di morte e invalidità permanente a seguito di infortunio, sarà pari a quattro volte la somma assicurata relativa a ciascun rischio. Nel caso in cui il cumulo annuo dei risarcimenti previsti per gli Ospiti, anche riferiti a differenti Associazioni Assicurate, superasse detta esposizione massima per anno, gli importi verranno risarciti diminuiti in proporzione tale che il loro totale sia pari al limite di cui sopra.

Art. 7 - Altre assicurazioni:

Si conviene che la presente assicurazione è stata stipulata in aggiunta ed indipendente-mente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti e future, come pure da qualsiasi altra copertura assicurativa, pertanto il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni infortuni che avessero in corso o stipulassero con altre società assicuratrici.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni e Validità delle variazioni:

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Società presso l'indirizzo indicato all'Art. 1 che precede ovvero, presso il broker che ha in carico il contratto. Qualunque modifica del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art. 9 - Variazioni del Rischio:

9.1. Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione di rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione. Se viceversa la variazione implica aggravamento di rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni, salvo accordo tra le parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

9.2. Si conviene che l'omissione delle dichiarazioni da parte del Contraente o di una Associazione Assicurata consorziata, di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipula del presente contratto e/o durante il corso dello stesso, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente o l'Assicurato o i beneficiari avranno l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio in proporzione al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 10 - Criteri di indennizzabilità:

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche pre-esistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

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

Art. 11 - Prova:

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 12 - Morte:

12.1. La Somma assicurata per il caso di Morte viene liquidata purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad infortunio risarcibile a termini di contratto e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

12.2. MORTE PRESUNTA:

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo contemplato dal presente contratto, la Società riconoscerà il risarcimento previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato presunto morto ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società avrà diritto alla restituzione delle somme già corrisposte ed al rimborso delle relative spese. In tal caso l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili ai termini della presente Assicurazione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovute ad atterraggio di fortuna, arenamento o affondamento o naufragio o simili del mezzo di trasporto sopra richiamato sono garantite da questa Assicurazione.

Art. 13 - Invalidità Permanente:

13.1. Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro 24 mesi dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo una indennità calcolata sulla base della somma assicurata per Invalidità Permanente. La valutazione del grado percentuale di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n° 1124 (Tabella INAIL) e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa, e con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali qui assicurati per il caso di Invalidità Permanente e che la liquidazione sarà fatta in contanti anziché sotto forma di rendita.

Se l'Assicurato è mancino il grado di invalidità per il lato destro è applicato al lato sinistro e viceversa. Nel caso l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venivano usati come "destri", si dovrà tener conto di ciò anche nella valutazione del grado di Invalidità Permanente, fermo restando il disposto dell'Art. 10.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste dalla predetta Tabella sono addizionate fino a raggiungere il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

La perdita anatomica e funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta Tabella, l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ai fini di un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

13.2. Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro un anno dal giorno dell'infortunio. Se entro detto termine il grado di invalidità permanente non può essere definitivamente determinato, è facoltà dell'Assicurato e/o della Società di rinviare la determinazione entro il termine massimo di due anni dal giorno dell'infortunio.

Verificandosi detto rinvio, le parti potranno procedere di comune accordo a determinare, in via provvisoria, il grado di invalidità permanente: in tal caso sull'ammontare dell'indennità determinata in base al grado provvisorio di invalidità permanente, verrà riconosciuto dall'Assicurato un interesse al tasso annuo del 6% (sei per cento). Detto interesse non verrà corrisposto nel caso in cui il grado di invalidità permanente definito risulti inferiore a quello stabilito in via provvisoria e comunque quando intervenga la morte dell'Assicurato.

Art. 14 - Inabilità Temporanea:

14.1. Se l'Infortunio ha per conseguenza una Inabilità Temporanea al lavoro, la Società liquida, ove prevista, l'indennità giornaliera assicurata:

- integralmente per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni dichiarate;

- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato, o che è andato riacquistando, della sua capacità fisica.

L'indennità per Inabilità Temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello dell'infortunio.

L'indennità non è più dovuta a partire dal giorno in cui:

- (a) il trattamento all'Assicurato è considerato completo dal medico curante, oppure
- (b) l'Inabilità Temporanea al lavoro è terminata, oppure
- (c) il grado di Invalidità Permanente può essere stabilito, o
- (d) a seguito di morte dell'Assicurato.

14.2. Se alla fine delle cure mediche l'Assicurato si dichiara ancora inabile al lavoro, la Società sarà obbligata ad effettuare ulteriori pagamenti solo se, e con riferimento al solo periodo in cui, la continuazione di detta inabilità è comprovata da certificati medici redatti ed inoltrati alla Società a intervalli non superiori a 14 giorni l'uno dall'altro, senza soluzione di continuità.

Art. 15 - Spese Mediche da Infortunio :

La Società rimborsa agli Assicurati per i quali è prevista questa garanzia, in caso di infortunio risarcibile ai termini di contratto, anche se non si è manifestata una invalidità permanente, il costo delle cure mediche fino a concorrenza, per ogni evento e per ogni persona, dell'importo indicato in contratto, con applicazione delle franchigie e degli scoperti previsti.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza infermieristica o di tipo infermieristico anche domiciliare, purché prescritte dal medico curante;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente.

Art. 16 - Cumulo di Indennità:

16.1. L'indennità per Invalidità Temporanea è cumulabile con quella per Morte o per Invalidità Permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede rimborso nel caso contrario.

16.2. Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme successorie vigenti.

Art. 17 - Denuncia dell'infortunio - Obblighi relativi:

La denuncia di ogni infortunio deve essere notificata dall'Assicurato infortunato o da chi per lui esercita la patria potestà, direttamente all'Ufficio Sinistri della Società, all'indirizzo indicato all'Art. 1, nonché, in copia, al broker ed al Consorzio Contraente, entro dieci giorni dall'infortunio stesso o dal momento in cui l'Assicurato o suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve indicare luogo, giorno, ora e circostanze dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico. Nel caso di Inabilità Temporanea, i certificati medici dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennità verrà fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire con certezza una data anteriore. Se l'infortunio risulta nella morte dell'Assicurato, la Società dovrà essere informata nel più breve tempo possibile per telegramma.

L'Assicurato è obbligato, immediatamente dopo l'infortunio, a sottoporsi a cure mediche, a seguire le prescrizioni mediche e ad astenersi dal commettere atti che possano ostacolare le cure e l'idoneità a riprendere il lavoro.

Art. 18 - Controversie - Competenza Territoriale :

In caso di divergenza sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o durata della Inabilità Temporanea, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere ad un Collegio di tre medici.

La Società e l'Assicurato (o suoi aventi diritto) nomineranno ciascuno un medico, mentre il terzo medico verrà scelto di comune accordo o, in caso di impossibilità, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede presso la sede del Broker scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società, ovvero presso la sede della Società.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di sottoscriverne il relativo verbale.

Ciascuna delle Parti sostiene la spesa del proprio medico: quella del terzo fa carico per metà all'Assicurato o suoi aventi diritto che conferiscono alla Società la facoltà di liquidare la spesa totale e di prelevarne la propria quota dell'indennizzo dovuto.

La richiesta per l'istituzione di un Collegio Arbitrale deve pervenire alla Società entro un anno dal giorno in cui la Società stessa ha rifiutato o offerto la liquidazione del sinistro.

Per ogni controversia diversa da quelle sopra previste è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha domicilio o sede il convenuto.

Art. 19 - Recesso in caso di sinistro :

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno successivo al pagamento o al rifiuto dell'indennizzo, la Società, con un preavviso di sessanta giorni, avrà facoltà di far cessare l'Assicurazione nei confronti della sola persona cui il sinistro si riferisce, ed in tal caso vige il divieto di includere tale persona nella garanzia di questo contratto per le annualità successive, oppure, con pari preavviso, di recedere dall'intero contratto, rimborsando la quota di premio netto relativa al periodo di rischio non corso. Detto rimborso, previa quantificazione del premio di regolazione, verrà effettuato appena possibile e comunque non oltre 60 giorni dopo la scadenza annuale.

Art. 20 - Rinnovo del contratto :

In mancanza di disdetta notificata da una delle Parti con lettera raccomandata almeno sessanta giorni prima della scadenza, il presente contratto si intende rinnovato per un anno e così successivamente.

Art. 21 - Pagamento del premio :

Il Contraente è tenuto a pagare i premi stabiliti entro 60 giorni dalla presentazione delle rispettive appendici o richieste scritte di altro genere, presso il Broker scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società, ovvero presso la sede della Società.

L'Assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nel contratto, se in quel momento il premio e le relative imposte sono pagati; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale l'Assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto per ciascuna persona censita, salvo per quanto previsto dagli Artt. 5 e 19, anche se ne sia stato concesso il frazionamento ed anche per gli Assicurati che vengono coperti per una frazione dell'intero periodo assicurato.

Art. 22 - Premio e sua regolazione:

Il premio annuo imponibile è convenuto, per ogni testa censita, in Euro 4,20 (quattro e venti centesimi), con un minimo di 50 teste censite per ciascuna associazione aderente al Consorzio contraente.

Esso viene anticipato in via provvisoria sulla base del 40% del numero consuntivo di teste censite per l'annualità precedente, associazione per associazione, ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa (o della minor durata del contratto) sulla base del numero effettivo di iscritti alle singole associazioni assicurate, che sono stati censiti nel corso dell'anno di copertura, dedotte le persone non assicurabili di cui agli Artt. 5 e 19.

A tale scopo entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno assicurativo, o della minor durata del contratto, devono essere forniti per iscritto al Broker o alla Società i dati consuntivi necessari.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei sessanta giorni dalla presentazione delle relative appendici.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il proprio diritto ad agire giudizialmente, non sarà obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente e le Associazioni Assicurate sono tenuti a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari.

Art. 23 - Oneri fiscali :

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 24 - Responsabilità del Contraente :

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari designati in contratto o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente Assicurazione ed avanzino verso il Contraente o verso l'Associazione Assicurata di riferimento o verso personale direttivo di quest'ultima, maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa sostenute da lui o dalla Associazione Assicurata.

Art. 25 - Rinuncia alla Rivalsa :

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete in forza dell'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 26 - Limiti Territoriali :

L'Assicurazione vale per il Mondo Intero. L'Inabilità Temporanea, ove assicurata, al di fuori dell'Europa e dei paesi del Bacino Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero: tale limitazione cessa alle ore 24 del giorno del rientro.

Art. 27 - Clausola Broker (clausola non più applicabile):

La presente polizza è stipulata per il tramite della Spett.le Previasme Insurance Broker srl, pertanto ogni comunicazione fatta dal broker nel nome e per conto del Contraente o della Società si intenderà come fatta dagli stessi. Parimenti ogni comunicazione fatta al broker dal Contraente o dalla Società si intenderà come fatta alla Società ed al Contraente rispettivamente. Resta intesa l'efficacia liberatoria dei pagamenti effettuati dall'Assicurato quietanzati dal broker.

Art. 28 - Rinvio alle norme di Legge :

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme vigenti di Legge.

Agli effetti dell'Art.1341 del Cod. Civile il sottoscritto Contraente dichiara di approvare specificamente le disposizioni degli articoli:

- Art. 18 (Deferimento delle controversie a un Collegio Medico);
- Art.18 (Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria);
- Art.19 (Facoltà della Società di recedere dopo ogni denuncia di sinistro);
- Art. 20 (Proroga dell'Assicurazione in mancanza di disdetta almeno sessanta giorni prima della scadenza);