



Polizza Infortuni

Enti Ecclesiastici e Settore Non Profit

Ambac

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza n° 00066231300253

Il presente allegato MOD. POL INF EE 2 - ED. 04/2021 è parte integrante della polizza 00066231300253

AGENZIA DI VERONA SAN LUCA - 000662

VICOLO GHIAIA , 3 - 37122 - VERONA (VR)
Telefono 0458006565
Fax 0458006596
E-mail VERONASANLUCA@CATTOLICA.IT

GLOSSARIO (INF001)

Nel testo si intende per:

Assicurazione o contratto	Il contratto di assicurazione.
Assicurato	La persona fisica il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione. Si intendono come tali le persone fisiche singole o appartenenti al nucleo familiare del contraente persona fisica, oppure lavoratori, dirigenti, collaboratori, soci e associati nel caso di contraente persona giuridica o ente.
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.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio. Può trattarsi di persona fisica, persona giuridica o ente.
Convalescenza a domicilio	Il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'Assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato.
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.
Durata	Periodo di validità della Polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla Scheda di Polizza.
Franchigia	La parte di danno liquidabile, espressa in cifra fissa o in numero di giorni, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea a seguito di infortunio, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Indennità/Indennizzo	La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di sinistro.
IVASS	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).
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.

Infortuni professionali	Gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata in polizza.
Infortuni extra-professionali	Gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale e cioè quelli che subisce durante l'espletamento di tutte le attività concernenti la normale vita domestica, sociale e di relazione compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari. Sono quindi esclusi tutti gli infortuni che l'Assicurato subisce mentre presta opera comunque retribuita alle dipendenze di terzi o in proprio a titolo professionale.
Insorgenza	Epoca in cui si manifestano clinicamente, ossia con sintomi oggettivi, le prime alterazioni dello stato di salute, indipendentemente dalla diagnosi di malattia.
Invalidità permanente	La perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di cura per la convalescenza e il soggiorno.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Parti	Il Contraente e la Società.
Polizza	L'insieme dei documenti che provano l'esistenza del contratto di assicurazione.
Premio	La prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero/Degenza	La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.
Rischio	La possibilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto	La parte di danno liquidabile, espressa in misura percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.
Sforzo	Evento straordinario e improvviso in cui, per evincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di una energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.
Società	Si intende per definizione e in qualunque circostanza Cattolica Assicurazioni S.p.A..
Ubbriachezza	Si considera in stato di ubbriachezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcoolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (INF002)

Art. 1 - Oggetto del contratto

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie in relazione alla quali risultino indicate nella scheda di polizza le somme assicurate e/o i massimali e i relativi premi.

Art. 2 - Criteri generali di indennizzabilità

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio e indipendenti da condizioni patologiche 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.

Art. 3 - Rischi compresi

Sono inoltre compresi:

- a) asfissia di origine non morbosa;
- b) avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) annegamento;
- d) assideramento o congelamento;
- e) colpi di sole o di calore;
- f) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- g) infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'articolo 1900 del codice civile);
- h) infortuni causati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (in deroga all' articolo 1912 del codice civile);
- i) infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- j) lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie. Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di invalidità permanente e inabilità temporanea per infortunio se prevista dal contratto. Se l'ernia addominale risulta operabile, viene corrisposta un'indennità per inabilità temporanea fino a un massimo di quindici giorni; se l'ernia non risulta operabile, viene corrisposta un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente. Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille, la Società per la sola garanzia di invalidità permanente da infortunio, riconosce un grado di invalidità permanente fisso pari all'1% sulla somma assicurata fino a euro 250.000,00, senza applicazione della franchigia prevista all'articolo.

Art. 4 - 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.

Art. 5 - 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. 6 - Rischio volo

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari e per quelli non regolari o di trasporto a domanda (voli charter) a condizione che non siano eserciti da società e/o aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.

Art. 7 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. Se l'inabilità temporanea si verifica al di fuori dell'Europa, l'indennizzo viene erogato limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 8 - Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1912 del codice civile, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.

Art. 9 - Rischi esclusi

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 se rinnovata entro quarantacinque giorni dalla data del sinistro o dalla data in cui l'Assicurato ha potuto riprendere le sue normali attività dopo aver superato i postumi derivanti dal sinistro stesso;
- b) guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di natanti a motore per uso non privato, di macchine agricole e operatrici salvo che siano utilizzate per l'espletamento delle attività concernenti la normale vita domestica. L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto;
- c) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- d) azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- e) manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace. Per quanto riguarda le malattie, l'assicurazione non comprende:
- f) i ricoveri conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
- g) i ricoveri conseguenti a interruzioni volontarie di gravidanza;
- h) day hospital con finalità diagnostiche;
- i) le invalidità permanenti per malattia conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici o stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati o insorti anteriormente alla data di effetto del contratto e manifestati oltre un anno dalla cessazione;
- j) le invalidità permanenti da malattie conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- k) le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;
- l) i ricoveri per la cura della paradontite e le cure dentarie in genere. Per quanto riguarda le garanzie infortuni e malattie, l'assicurazione non comprende:
- m) gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;
- n) l'intossicazione cronica alcolica, la tossicodipendenza, le sindromi psico-organiche, la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoidei, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (HIV);
- o) i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;
- p) in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- q) le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- r) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Art. 10 - Pagamento del premio

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite. Il premio deve essere pagato

all'agenzia cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società. Se il Contraente non paga il premio, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, secondo quanto previsto dall'articolo 1901 del codice civile.

Art. 11 - Decorrenza della garanzia

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.

Art. 12 - Cambiamento dell'attività professionale

Se nel corso dell'assicurazione si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate in polizza si applicano gli artt. 1897 e 1898 c.c. Se il cambiamento dell'attività non comporta né diminuzione né aggravamento di rischio, l'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta.

Art. 13 - Proroga del contratto

In mancanza di disdetta inviata a mezzo lettera raccomandata a.r. e pervenuta almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per la durata di un anno e così successivamente.

Se il contratto è stato stipulato per una durata poliennale ed è stato pertanto applicato lo sconto come previsto dall'Art. 1899 del codice civile, il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima della:

- **scadenza naturale del contratto, se di durata inferiore o uguale a cinque anni (più eventuale rateo);**
- **scadenza annuale, se di durata superiore a cinque anni (più eventuale rateo), e purché siano state pagate almeno cinque annualità di premio, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale il recesso è stato esercitato.**

Art. 14 - Risoluzione del contratto

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni qui di seguito indicate: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, immunodeficienza acquisita (HIV) limitatamente alle garanzie malattie, costituisce causa di risoluzione del contratto. In questo caso la Società restituisce al Contraente la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 15 - Recesso in caso di sinistro

Qualora il Contraente sia consumatore ai sensi dell'articolo 3 del D. lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo. Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. In ogni caso di recesso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

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

Il recesso è comunicato al Contraente con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

La Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 16 - Oneri fiscali

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

Art. 17 - Foro competente

Foro competente è quello del luogo in cui il Contraente ha la sede, oppure la residenza o il domicilio elettivo.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Entro tre 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. Per la garanzia di invalidità permanente per malattia, la denuncia della malattia deve avvenire entro tre giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata e comunque entro un anno dalla scadenza del contratto, sempreché la malattia sia insorta durante la validità della garanzia.

Art. 19 - Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Per la garanzia di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono 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. 20 - Pagamento dell'indennizzo

La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 21 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di inabilità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, 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 ne ravvisa l'opportunità, 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 dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa 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.

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Art. 22 - 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.

Art. 23 - Trattamento dei dati personali

La Società s'impegna a conservare la riservatezza su tutti i dati relativi al Contraente e/o Assicurati di cui venga in possesso con il presente contratto e a non divulgare le informazioni così raccolte.

La Società raccoglie e registra tali dati personali riguardanti il Contraente e/o gli Assicurati. Essa è inoltre tenuta, ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni), ad utilizzare tali dati esclusivamente in termini compatibili con lo scopo di conclusione e gestione del contratto suddetto e a trattare i dati personali in modo lecito e secondo correttezza.

La Società s'impegna altresì, ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni), a custodire e controllare i dati personali raccolti in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi di accesso non autorizzato o il trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta.

Art. 24 - Trattamento dei dati sensibili

Il Contraente e/o l'Assicurato presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte della Società, in particolare dei dati sensibili ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni).

Art. 25 - Limiti di età

L'assicurazione cessa dalla scadenza annuale del premio successiva al compimento del settantacinquesimo anno di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.



CONDIZIONI PARTICOLARI

(INF014) Rischio in itinere

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato possa subire durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa nel tempo strettamente necessario allo stesso e con qualsiasi mezzo di locomozione.

GARANZIE

(INF031) MORTE PER INFORTUNIO

Morte

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

Morte presunta

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, la Società liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli articoli 60 e 62 del codice civile. 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.

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 pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Commorienza del coniuge

Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'Assicurato e quello del coniuge, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 100% e con il limite massimo di euro 390.000,00 a condizione che risultino fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge deceduti uno o più figli minori o con handicap (intendendosi per tali persone riconosciute invalide al 60%). Qualora la stessa maggiorazione sia prevista da un contratto infortuni della nostra Società in cui risulti assicurato anche il coniuge, il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti non potrà comunque superare l'importo di euro 390.000,00.

(INF032) INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Invalidità permanente per infortunio

La Società corrisponde un indennizzo in caso di invalidità permanente dell'Assicurato per infortunio totale o parziale.

Calcolo dell'indennizzo

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente al netto dell'eventuale franchigia, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- 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".

Criteri specifici di indennizzabilità

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali della tabella "Invalidità permanente per infortunio" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Criteri particolari di indennizzabilità

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista dalla tabella "Invalidità permanente per infortunio", si fa riferimento ai seguenti criteri:

- 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;
- 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;
- nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella suddetta 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;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

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%.



Franchigia sull'invalidità permanente standard

Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio sopra elencate sono soggette all'applicazione delle franchigie di seguito indicate.

Sulla parte di somma assicurata fino a 300.000,00 euro:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 3% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Sulla parte di somma assicurata fino a 600.000,00 euro:

- 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.

Sulla parte di somma assicurata fino a 1.000.000,00 euro:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo a indennizzo;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 10% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Sulla parte di somma assicurata oltre 1.000.000,00 euro:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 15% della totale non si fa luogo a indennizzo;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 15% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Cumulo dell'indennità

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

Decesso indipendente dall'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 dell'avvenuto decesso dell'Assicurato. Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/aventi causa hanno facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea.

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 pronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astralgica	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%	

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per l'arto destro varranno per quello sinistro e viceversa.

La Franchigia sull'invalidità permanente standard non è applicata in presenza di Franchigia a scaglioni.

(INF047) Mancinità

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.

(INF052) Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza pari a quanto indicato nella scheda di polizza. La durata massima è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo. In caso di degenza conseguente a un ricovero importante, la diaria viene raddoppiata. Gli infortuni che determinano un "ricovero importante" sono:

- interventi per asportazione di organi;
- trapianti;
- artro-protesi delle grandi articolazioni.

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

In caso di ricovero di durata superiore a dieci giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, la Società corrisponde l'indennità prevista in caso di ricovero per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un numero massimo di trenta giorni per evento.

La diaria da convalescenza post ricovero non opera per i casi di interventi a: tonsille, vegetazioni adenoidi e parto non cesareo.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'Assicurato. Il pagamento avviene al termine della convalescenza prescritta.

L'indennità viene corrisposta con l'applicazione di una franchigia fissa espressa in giorni corrispondente a quanto indicato nella scheda di polizza.



(INF061) Rimborso spese di cura

In caso di infortunio indennizzabile, la Società assicura fino alla concorrenza della somma assicurata indicata nella scheda di polizza e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute:

a) Se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) **effettuati nei novanta giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;**

- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe 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 giorni successivi alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale.**

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata;

- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura estetica successivi all'infortunio.

Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, **la Società corrisponde una diaria sostitutiva di euro 50,00 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di trenta giorni per anno assicurativo.**

b) Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) **effettuati nei giorni successivi all'infortunio.**

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con l'applicazione dello scoperto della spesa documentata e con il minimo per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato indicati nella scheda di polizza.

Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata, e limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata.

c) Cure e protesi dentarie da infortunio

cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Tali spese vengono rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica avvenuta su presentazione dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata alla Società, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

La società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, di stinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del 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.

(INF067) Garanzia anonima

Nell'ipotesi che la presente assicurazione sia stata stipulata, a richiesta del Contraente, con rinuncia, da parte della Società, alla indicazione nominativa degli Assicurati, la Società lo consente all'espressa condizione che il Contraente denunci, sia inizialmente che nel corso del contratto, il numero esatto di tutte le persone aventi la stessa qualifica o mansioni di quelle assicurate, comunicando le variazioni appena queste si verificano. Qualora il numero delle persone risulti superiore a quello denunciato si applicano le disposizioni di legge.

(INF069) ATTIVITA' VOLONTARIATO DI PROTEZIONE CIVILE

Premesso che la polizza in oggetto viene stipulata a favore di tutti i volontari identificati tramite i registri tenuti dalla Contraente, secondo quanto previsto all'art. 3 del Decreto 14 febbraio 1992 riguardante le organizzazioni di volontariato, si conviene che il premio previsto in polizza quale anticipo provvisorio, è calcolato su un numero di assicurati o di giornate di presenze indicato nella scheda di polizza allegata al contratto di cui ne costituisce parte integrante.

Descrizione del rischio

A parziale deroga di quanto previsto dalla clausola INF002 Condizioni Generali di assicurazione, si conviene che la garanzia del presente contratto è operante esclusivamente per gli infortuni subiti dagli aderenti all'Organizzazione contraente, in occasione delle loro partecipazioni all'attività di volontariato - PROTEZIONE CIVILE - nei termini e nei modi previsti dalla legge 11 agosto 1991 n. 266 e successivo Decreto del 14 febbraio 1992 Minindustria, per gli interventi, gli allenamenti, le preparazioni, le simulazioni, le manifestazioni, e quant'altro inerente lo svolgimento delle attività dei settori:

ANTINCENDIO, NUCLEI SOMMOZZATORI, ASSISTENZA RADIO, SOCCORSO ALPINO E/O SPELEOLOGICO, ASSISTENZA IN CALAMITA' NATURALI, SOCCORSO IN AMBULANZA, SUPPORTO LOGISTICO, ANTIALLUVIONE, ECOLOGIA, GENERICO, NUCLEI CANI DA RICERCA E/O SOCCORSO, su incarico ed a beneficio della Organizzazione di Volontariato stessa, esclusa la proprietà di fabbricati e l'esercizio di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole e di servizi che siano fonte di lucro diretto o indiretto, salvo quanto previsto al punto successivo.

Si precisa che la garanzia è operante anche per gli eventi che gli Assicurati dovessero subire durante la permanenza nei locali della sede dell'Associazione compresi i lavori attinenti la conduzione e/o manutenzione della stessa, come pure durante la partecipazione a tutte le attività e manifestazioni connesse ai fini istituzionali dell'ente di Volontariato contraente, partecipazione a fiere o simili, servizio di sorveglianza alle feste e sagre di paese, servizio di manutenzione ambientale, attività promozionali o di raccolta fondi, gestione di stands, secondo il calendario di attività appositamente predisposto e le modalità previste dai regolamenti del Contraente.

Le garanzie sono operanti anche per lo svolgimento di attività di assistenza sanitaria o soccorso in genere, compreso il trasporto di persone. Le garanzie sono inoltre operanti anche per le persone che partecipano a corsi, seminari di istruzione o altro organizzati dagli enti assicurati, sempre con iscrizione al registro delle presenze giornaliera.

Per la identificazione e conferma della mansione svolta dell'Assicurato, all'atto del sinistro farà fede la dichiarazione del Contraente comprovante l'incarico specifico cui l'infortunato attendeva e la sua inclusione negli appositi registri tenuti dall'Associazione stessa, oppure l'inclusione in garanzia mediante preventivo analitico elenco nominativo inviato all'agenzia e confermato da Essa.

A deroga dell'art. "Delimitazioni ed esclusioni", si intendono compresi in copertura gli infortuni causati da movimenti tellurici.

La garanzia vale, se l'Assicurato è in possesso della prescritta e valida patente di abilitazione, durante la guida di: autofurgoni e di autocarri in genere, macchine agricole ed operatrici.

PERSONE ASSICURATE

Premesso che sono considerati ASSICURATI a tutti gli effetti le persone identificate nei registri della Contraente nonché delle sezioni distaccate nella provincia che abbiano comunicato all'agenzia la loro adesione alla presente polizza e ne abbiano ricevuto conferma scritta. Premesso inoltre che l'identificazione nei registri di cui sopra è fatta secondo quanto previsto all'art. 3 del Decreto 14 febbraio 1992 riguardante le Organizzazioni di Volontariato, sono assicurate anche le persone analiticamente indicate sugli elenchi che di volta in volta la Contraente invierà all'agenzia per l'inclusione in garanzia.

Si conviene che il premio previsto in polizza quale anticipo provvisorio, entro 60 giorni dalla fine di ciascun periodo annuo di assicurazione dovrà essere oggetto di regolazione definitiva, la cui misura sarà determinata in base al numero degli iscritti o in base al numero delle giornate di presenza risultanti dai registri vidimati e compilati come previsto dalla legge predetta. La Società avrà diritto in ogni momento di prendere visione dei suddetti registri.

Resta convenuto che il premio pro-capite per ogni presenza giornaliera è quello indicato nella scheda di polizza.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione dovranno essere liquidate entro 15 giorni dalla presentazione della relativa appendice. Se il Contraente non perfeziona le appendici entro il termine previsto la Società gli fissa un ulteriore termine di 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o in garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento delle



differenze attive e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la rescissione dal contratto.

(INF070) Assicurazione per società sportive

A parziale deroga dell'art. 1 "Oggetto del Contratto" della clausola INF002 Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che l'assicurazione è prestata per gli infortuni avvenuti durante la pratica non professionale di attività sportive e per le altre attività e manifestazioni organizzate dal Contraente o dalle associazioni ad esso affiliate. E' compresa altresì la partecipazione a tornei e gare nella qualità di tesserato dell'associazione Contraente.

Sono assicurati:

A) atleti non professionisti;

B) dirigenti, funzionari, allenatori, istruttori, giudici e/o ufficiali di gara, cronometristi e proposti e/o designati alle attività tipiche promosse dal Contraente;

Ai fini dell'identificazione degli Assicurati fa fede l'iscrizione negli appositi registri tenuti dal Contraente, comprovata dalla relativa tessera rilasciata all'Assicurato.

(INF074) Assicurazione dei partecipanti a gite collettive

A parziale deroga dell'art. 1 "Oggetto del Contratto" della clausola INF002 Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che la garanzia di cui alla presente polizza è operante unicamente per gli infortuni extra-professionali che gli Assicurati indicati, dovessero subire durante la partecipazione a viaggi, gite ed uscite organizzati dal Contraente, durante l'attività ricreativa e di animazione svolta nel periodo estivo. La garanzia decorre dal momento in cui il partecipante alla gita sale, nel luogo di ritrovo per la partenza, sul mezzo di trasporto e cessa al momento in cui, a gita ultimata, ne sia disceso ovvero quando per qualsiasi motivo, abbandoni la comitiva per interrompere la gita e proseguirla per conto proprio. L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati durante il tragitto, il soggiorno, le passeggiate e gli spostamenti anche a piedi, le visite ai monumenti, musei, chiese, nonché durante lo svolgimento di attività sportive e ricreative di pratica comune previste dalle norme che regolano l'assicurazione. Restano esclusi dalla garanzia i rischi connessi alla guida di veicoli condotti personalmente dagli Assicurati. Si conviene che in caso di infortunio che possa colpire contemporaneamente più Assicurati, la massima esposizione della Società viene fissata in euro 1.500.000,00 euro.

(INF079) Rischio Scuole

D'accordo tra le parti si conviene di derogare alla clausola INF002 Condizioni generali di assicurazione limitatamente agli articoli di seguito indicati.

Oggetto dell'assicurazione

Si conviene che l'Assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni, indennizzabili ai sensi di polizza, occorsi all'Assicurato durante tutte le attività scolastiche purché rientranti nel normale programma di studio e più precisamente:

durante le ore di lezione, comprese quelle di educazione fisica, od in qualsiasi altro momento di permanenza nella scuola, o durante il trasferimento in palestra o in aule distaccate;

in occasione dello svolgimento di attività ginnico-sportive, di gite con mezzi di trasporto organizzati dalla Contraente (**escluso l'uso di mezzi aerei**), di visite culturali, purché rientrino nell'ambito dell'attività scolastica e **purché effettuate sotto la sorveglianza di personale scolastico e non, a ciò delegato dalla Contraente;**

durante il tragitto da casa a scuola e viceversa, **effettuato nel limite di un'ora prima dell'inizio ed un'ora dopo il termine delle lezioni.**

Sono inoltre assicurati gli avvelenamenti acuti da ingestione di cibi o di bevande distribuiti dalla refezione scolastica.

Persone assicurate

Si conviene che le persone assicurate sono gli allievi regolarmente iscritti, il personale docente, il personale non docente e i genitori degli allievi assicurati nei limiti di quanto previsto al successivo articolo "Accompagnatori" della presente Appendice.

La scuola è esonerata dall'obbligo di denunciare le generalità degli Assicurati, per la loro identificazione al momento del sinistro e per il computo del premio si farà riferimento ai registri del Contraente, registri che questi mette a disposizione a richiesta della Società.

Franchigia per Invalidità Permanente per infortunio

L'invalidità permanente viene determinata in una misura percentuale della somma assicurata, in relazione a quanto stabilito dalle Condizioni Generali di Assicurazione ed in rapporto al grado di Invalidità Permanente accertato. La clausola

"Franchigia sull'invalidità Permanente" della clausola INF032 Invalidità Permanente da Infortunio si intende abrogata e sostituita da quanto segue:

"Le prestazioni previste dalla clausola INF032, a deroga della clausola Franchigia sull'invalidità permanente sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

a. **non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3 % della totale. Qualora l'invalidità Permanente accertata superi il 3 %, l'indennità verrà liquidata in relazione al grado di Invalidità accertato con deduzione della franchigia del 3%;**

b. **in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una Invalidità Permanente superiore al 50% verrà riconosciuta all'Assicurato una Invalidità Permanente al 100% senza applicazione di alcuna franchigia."**

Diaria da Ricovero - Day Hospital

La clausola INF052 delle Condizioni Generali si intende abrogato e sostituito da quanto segue:

La Società assicura in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura a seguito di infortunio, che richieda o meno intervento chirurgico, la corresponsione dell'indennità giornaliera pattuita nella presente appendice per ciascun giorno di degenza contabilizzato dall'Istituto di cura **per la durata massima di 365 giorni per ogni infortunio.**

Qualora il ricovero sia effettuato in regime di degenza diurna (Day-Hospital) la Società liquida l'indennità giornaliera pattuita per ciascun giorno di degenza contabilizzato dall'Istituto di cura e **per un massimo di 180 giorni per ciascun anno assicurativo.**

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato o ai suoi eredi a termini della presente polizza su presentazione della documentazione attestante l'avvenuto ricovero e di copia della cartella clinica. Il pagamento viene effettuato a ricovero ultimato. Per i ricoveri avvenuti all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia.

Indennità giornaliera di immobilizzazione

La clausola INF054 Diaria da gesso e immobilizzo si intende abrogata e sostituita da quanto segue. Qualora l'infortunio, indennizzabile ai sensi di polizza, comporti applicazione di una immobilizzazione, - intendendosi per tale l'incapacità temporanea dovuta all'applicazione di mezzi di contenzione costituiti da fasce gessate od altri mezzi immobilizzanti, fissi, rigidi ed applicati in Istituti di Cura da personale medico specializzato, allo scopo di favorire il processo di guarigione di lesioni scheletriche e/o capsulo legamentose, - la Società liquida **l'indennità giornaliera pattuita nella presente appendice a partire dall'ottavo giorno successivo all'applicazione, per il periodo della immobilizzazione, con un massimo di 40 giorni per infortunio.**

Non sono indennizzabili gli infortuni che prevedano l'applicazione di immobilizzazione agli arti superiori.

Danni estetici

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborserà all'Assicurato nei limiti del massimale pattuito nella presente appendice le spese sostenute per interventi di chirurgia ricostruttiva, allo scopo di ridurre o eliminare i danni estetici corrispondenti a lesione al viso con sfregi o con deformazioni permanenti.

Rimborso spese da infortunio

La clausola INF061 delle Condizioni Generali di Assicurazione si intende abrogato e sostituito da quanto segue.

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, la Società, nei limiti del massimale pattuito nella presente appendice, rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute per:

In caso di ricovero in Istituto di Cura:

- a) assistenza medica, medicinali, accertamenti diagnostici;
- b) interventi chirurgici;
- c) le cure ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nel periodo di ricovero;
- d) rette di degenza, **esclusa ogni spesa alberghiera;**
- e) il primo acquisto e relativa applicazione di apparecchi protesici resi necessari da amputazione di arti, subite durante la validità della polizza;
- f) trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di Cura per il ricovero;
- g) esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche **nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero;**
- h) trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali, escluse le spese di natura alberghiera, **nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero.**

L'onere a carico della Società per l'insieme delle prestazioni di cui ai precedenti punti f) g) h) non potrà superare il 20% del massimale pattuito.

In caso di cure ambulatoriali:



- i) applicazione di apparecchi gessati, immobilizzazione di arti, riduzione di fratture;
 l) accertamenti diagnostici, assistenza medica e medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché relativi ad un evento che richieda le prestazioni di cui al precedente punto i), ed effettuati nei sessanta giorni successivi alla rimozione dell'apparecchio immobilizzante;
 m) trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'ambulatorio, purché poi l'Assicurato venga sottoposto ad una delle cure elencate al precedente punto i).

L'onere complessivo a carico della Società per questa garanzia "cure ambulatoriali" non potrà superare il 20% del massimale pattuito.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto, a cure terminate, su presentazione, in originale, delle ricevute, notule e/o distinte quietanzate. Qualora l'Assicurato abbia ottenuto un rimborso da Ente pubblico o privato, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto previa dimostrazione, da parte dell'Assicurato stesso, attraverso la documentazione originale, delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico di terzi. La Società - a richiesta dell'Assicurato - restituisce gli originali con l'apposizione della data di pagamento e dell'importo liquidato. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi saranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Restano espressamente escluse da questa prestazione le spese odontoiatriche, oculistiche e lenti regolate dal successivo articolo "Rimborso spese odontoiatriche, oculistiche e lenti" della presente appendice.

Esclusivamente per le Scuole Medie e Superiori, ferma l'operatività sopra descritta, sul rimborso delle spese mediche senza ricovero sarà applicata una franchigia fissa pari a 50,00 euro per ciascun sinistro.

Rimborso spese odontoiatriche, oculistiche - lenti

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, la Società, , rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute per:

- cure odontoiatriche e protesi dentarie, nei limiti del massimale pattuito nella presente appendice, con l'intesa che il rimborso della relativa spesa è previsto solo per la prima protesi, **sempreché applicata entro un anno dal giorno dell'infortunio;**
- cure oculistiche, nei limiti del massimale pattuito nella presente appendice, **sostenute entro un anno dal giorno dell'infortunio stesso;**
- acquisto di lenti e relativa montatura, nei limiti del massimale pattuito nella presente appendice comprese quelle a contatto, reso necessario da danno oculare che sia conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio (compresi soggetti già portatori) **e sempreché la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio stesso.**

Indennità Perdita anno scolastico

Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza l'alunno assicurato abbia riportato lesioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, la Società garantisce il pagamento dell'indennità forfetaria pattuita nella presente appendice.

Il pagamento dell'indennità verrà riconosciuto previa certificazione rilasciata dalla Segreteria Scolastica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenze conseguenti alle lesioni e previa dimostrazione, mediante certificato medico, che tali assenze siano diretta conseguenza dell'infortunio denunciato.

Spese funerarie

In caso di morte dell'Assicurato per infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale pattuito nella presente appendice, le spese funerarie comprese quelle per l'eventuale rimpatrio della salma.

Danneggiamento vestiario

In conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società indennizza l'Assicurato, nei limiti del massimale pattuito nella presente appendice, il danno subito in base al valore commerciale che il vestiario danneggiato aveva al momento del sinistro.

Spese di trasporto all'Istituto di Cura

Qualora a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato deve essere trasportato in ambulatorio oppure in Istituto di Cura, la Società, nel limite del massimale pattuito nella presente appendice, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute e documentate.

Spese per lezioni di recupero

Si conviene che nel caso di ricovero subito dall'Assicurato durante il periodo scolastico, per gli Assicurati frequentanti scuole di istruzione elementare, media inferiore e media superiore, viene corrisposto l'indennizzo forfetario pattuito nella presente appendice a titolo di rimborso spese per recupero scolastico.

Rimborso spese per stages all'estero

Qualora l'Istituto Scolastico organizzi scambi di classe oppure stages con Paesi stranieri, la Società rimborsa, le spese sostenute per:

- le cure ospedaliere rese necessarie da malattia che colpisca l'Assicurato mentre si trova all'estero;
- il rientro anticipato o posticipato in conseguenza di infortunio o malattia verificatisi all'estero;
- il rientro anticipato dell'Assicurato dovuto a decesso di un familiare;
- il viaggio di un familiare dell'Assicurato partecipante allo stage reso necessario a seguito di ricovero superiore a 5 giorni consecutivi dovuto ad infortunio o malattia dell'Assicurato.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule distinte e ricevute debitamente quietanziate.

Si precisa che tali spese contribuiscono all'esaurimento del massimale annuo pattuito nella presente appendice per la garanzia Rimborso Spese Mediche.

Rischio in itinere

La garanzia prestata con la suindicata polizza vale per gli infortuni che gli Assicurati possono subire per investimento da veicoli durante il percorso dalla propria abitazione alla scuola e viceversa, anche con ciclomotori e motocicli, nel tempo compreso nell'ora precedente l'inizio delle lezioni e nell'ora successiva al termine delle lezioni anche se detti percorsi oltre che a piedi vengono effettuati con mezzi di locomozione in pubblico servizio e per incidenti successi al veicolo pubblico stesso.

Regolazione del Premio

Entro 60 giorni dalla fine di ogni anno assicurativo il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il numero effettivo degli iscritti durante l'anno medesimo, affinché la Società possa procedere al regolamento premio definitivo.

Qualora, in base alla dichiarazione suddetta, il numero effettivo vari rispetto al numero iniziale in misura non superiore al 10%, la Società prenderà atto della variazione con apposita appendice, senza procedere al regolamento del premio.

Nel caso invece, di variazione superiore al predetto 10%, le differenze attive o passive risultanti dal regolamento dovranno essere pagate nei 15 giorni successivi alla presentazione dell'appendice.

Diritto di rivalsa

Si dà atto che qualora il sinistro sia conseguenza di un infortunio in qualità di trasportati su autopullmann in occasione di gite e viaggi per attività scolastiche o parascolastiche, la Società si riserva il diritto di rivalsa nei confronti del responsabile del sinistro medesimo.

Obbligo di consegna dell'informativa all'assicurando/i e raccolta del relativo consenso

Il Contraente si obbliga a consegnare all'Assicurando/i l'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili predisposta dalla Compagnia ed, al fine di consentire a quest'ultima di poter prestare la garanzia assicurativa di cui al presente contratto, a raccoglierne il consenso facendo sottoscrivere la relativa modulistica predisposta dalla Compagnia ed a conservarla presso di sé rendendola disponibile dietro richiesta.

Legge n° 62 del 18 aprile 2005 (Enti Pubblici)

Esclusivamente per gli istituti scolastici pubblici, il presente contratto deve necessariamente avere validità un anno e cessare alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta; fino ad allora tutti gli alunni iscritti, nonché il personale docente e non docente, risulteranno assicurati alle condizioni su esposte.

Massimale catastofale

Nel caso di evento che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, **l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di euro 1.500.000,00.**

Accompagnatori

La garanzia è estesa a titolo GRATUITO agli infortuni occorsi ai genitori degli alunni assicurati durante le gite, quando partecipano nella veste di accompagnatori, indette dall'Istituto scolastico e durante le riunioni organizzate dalla Contraente all'interno della scuola.

Tale estensione viene prestata esclusivamente per i casi di Morte, Invalidità Permanente, Indennità da ricovero e nei limiti dei massimali pattuiti per ciascuna garanzia nella presente appendice.





SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE S.p.A.
SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE:
LUNGADIGE CANGRANDE, 16 - 37126 VERONA (ITALIA)
TEL. 045 8 391 111 - FAX 045 8 391 112

www.cattolica.it

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona - Italia
Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 8 391 111 - Fax +39 045 8 391 112
Cap. Soc. Euro 685.043.940,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A.
di Verona n. 9962 - P. IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Albo Imprese presso
IVASS n. 1.00012 - Rappresentante del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni - Capogruppo del Gruppo
Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata
all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923.

www.cattolica.it

Polizza n° 00066231300253

Sostituisce la polizza n° 00066231300053
Agenzia di VERONA SAN LUCA

Codice agenzia 000662 - Partizione 005

Contraente Ambac
Indirizzo: Via Lanificio, 38 - 37141 - Verona (VR)
Codice fiscale: 04154500278

Durata 1 anno Inizio: 27/03/2022 Scadenza: 27/03/2023 Tacito rinnovo: SI

Prima rata Valida dalle ore 24:00 del giorno di pagamento del premio (a fronte del quale verrà rilasciata quietanza di pagamento) o del giorno contrattualmente previsto, alle ore 24:00 del 27/03/2023

Rate successive Scadenza: 27/03 di ciascun anno

Rateazione Annuale dal 27/03/2023

Regolazione premio SI

Premio minimo annuo garantito euro 2.500,00

Allegati NO

Assicurato	Qualifica	Premio annuo totale netto in euro
------------	-----------	-----------------------------------

Assicurati non identificati		2.440,00
-----------------------------	--	----------

	PREMIO					TOTALE
	netto	addizionale	imponibile	aliquota imposta	imposte	

Infortunati	2.440,00	--	2.440,00	2,50	61,00	2.501,00
Premio annuo euro	2.440,00	--	2.440,00		61,00	2.501,00
Infortunati	2.440,00	--	2.440,00	2,50	61,00	2.501,00
Premio alla firma euro	2.440,00	--			61,00	2.501,00
Rate successive euro	2.440,00	--	2.440,00		61,00	2.501,00

L'importo detraibile, in conformità con quanto previsto dalla normativa fiscale vigente, è pari al 20,49% del premio corrisposto nell'anno oggetto della dichiarazione fiscale.



Ulteriori dichiarazioni

Il Contraente dichiara inoltre di:

- aver preventivamente ricevuto l'informativa privacy (ex art. 13 del Reg. UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali) MOD. POL INF EE 6 - ED. 08/2020 e di aver rilasciato i relativi consensi
- impegnarsi a mettere a disposizione dell'Assicurato le condizioni di assicurazione MOD. POL INF EE 2 - ED. 04/2021 , ed eventuali appendici ove previste, al momento della loro inclusione nella copertura assicurativa
- aver ricevuto - ai sensi del Reg. IVASS N.40/2018 e s.m.i. - l'informativa sul distributore (Allegato 3) e l'informativa sulla distribuzione del prodotto assicurativo (Allegato 4), e di aver preso visione dell'elenco delle regole di comportamento del distributore (Allegato 4 ter) affisse nei locali dell'intermediario o di aver ricevuto evidenza di pubblicazione sul sito internet dell'Intermediario
- essere stato informato che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area riservata, secondo le tempistiche e le modalità pubblicate nella home page del sito internet della Compagnia (www.cattolica.it).

Il Contraente prende atto che l'assicurazione è prestata alle condizioni e con le modalità pattuite nel presente contratto, condizioni e modalità che il Contraente dichiara di conoscere e di accettare integralmente.

Il Contraente dichiara, inoltre, che il contratto è costituito esclusivamente dai seguenti documenti che ne costituiscono parte integrante:

- le condizioni di assicurazione MOD. POL INF EE 2 - ED. 04/2021 , già consegnate al cliente stesso insieme agli altri documenti costituenti il set informativo e che il medesimo dichiara di aver consultato e conosciuto nella loro interezza
- scheda tecnica n° 1

che gli stessi sono stati regolarmente ricevuti e non contengono rettifiche, cancellature e/o precisazioni e di non averne ricevuti altri ad integrazione.

Si precisa inoltre che:

SI PRENDE ATTO FRA LE PARTI CHE LE GARANZIE PRESTATE VALGONO UNICAMENTE PER GLI INFORTUNI CHE GLI ASSICURATI DOVESSERO SUBIRE DURANTE LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI PROMOSSE ED ORGANIZZATE DAL COMPLESSO DI APPARTENENZA O DALL'ASSOCIAZIONE CONTRAENTE ALLA QUALE IL COMPLESSO STESSO ADERISCE.

SI INTENDE COMPRESO IN COPERTURA ASSICURATIVA LO SVOLGIMENTO DELLE PROVE PRESSO LA SEDE ABITUALE O PRESSO IL LUOGO DI CONVOCAZIONE INDICATO DAI RESPONSABILI DEL COMPLESSO.

LE GARANZIE ASSICURATIVE SI INTENDONO ESTESE ANCHE ALLO SVOLGIMENTO DI VIAGGI E TRASFERIMENTI SIA CON MEZZI DI TRASPORTO PUBBLICO SIA CON AUTOVETTURE AD USO PRIVATO (ITINERE).

LA COPERTURA È OPERANTE ESCLUSIVAMENTE A FAVORE DEI SOGGETTI IDENTIFICATI NELL'ELENCO FORNITO DALLA CONTRAENTE.

FERMA LA REGOLAZIONE DEL PREMIO A FINE ANNUALITÀ ASSICURATIVA, LE VARIAZIONI DELL'ELENCO DEGLI ASSICURATI IN CORSO DI GARANZIA DEVONO ESSERE COMUNICATE PER ISCRITTO ALLA SOCIETÀ (A MEZZO LETTERA RACCOMANDATA O/E MAIL) ENTRO LE ORE 24 DEL GIORNO PRECEDENTE ALL'ENTRATA IN GARANZIA, AGGIORNANDO IL FILE CONTENENTE I DATI OBBLIGATORI EX REGOLAMENTO ISVAP N.27 DEL 2008.

A MODIFICA DI QUANTO RIPORTATO NELL'ART. 25- LIMITI DI ETÀ, L'ASSICURAZIONE CESSA DALLA SCADENZA ANNUALE DEL PREMIO SUCCESSIVA AL COMPIIMENTO DELL'OTTANTESIMO ANNO DI ETÀ DEGLI ASSICURATI.

NEL CASO DI EVENTO CHE COLPISCA CONTEMPORANEAMENTE PIÙ PERSONE ASSICURATE, L'INDENNIZZO DOVUTO DALLA SOCIETÀ NON

POTRÀ SUPERARE COMPLESSIVAMENTE L'IMPORTO MASSIMO DI EURO 2.600.000,00.

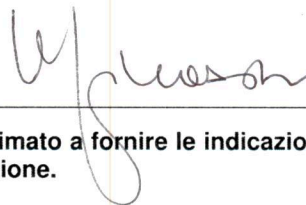
Il presente contratto è stato redatto in 3 esemplari a un solo effetto in VERONA il 07/04/2022.

Qualora il contratto venga sottoscritto con Firma Elettronica Avanzata, sarà redatto in un unico esemplare. Il contraente prende atto che in tal caso la trasmissione di copia dello stesso avrà luogo all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, fatta salva la facoltà del Contraente di richiedere e ottenere copia cartacea della documentazione stessa.

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE
S.p.A.

GLI AGENTI GENERALI
PAOLO CORSO FABIO CORSI

CONTRAENTE



AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a fornire le indicazioni richieste al momento della stipulazione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

Agli effetti dell'articolo 1341 del codice civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli, (se operanti), delle condizioni di assicurazione:

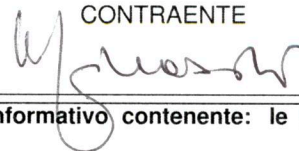
Art. 11 - Decorrenza della garanzia, Art. 13 - Proroga del contratto, Art. 14 - Risoluzione del contratto, Art. 15 - Recesso in caso di sinistro, Art. 17 - Foro competente, Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, Art. 19 - Denuncia del sinistro, Art. 21 Controversie sulla determinazione dell'indennizzo.



Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

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

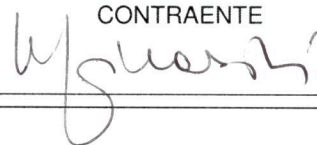
CONTRAENTE



Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della polizza, il set informativo contenente: le condizioni di assicurazione MOD. POL INF EE 2 - ED. 04/2021; modulo di proposta, ove previsto.

Il Contraente dichiara di essere stato informato della possibilità di richiedere che la documentazione precontrattuale e contrattuale gli venga trasmessa in formato elettronico all'indirizzo e-mail dallo stesso fornito. Resta ferma la possibilità di richiedere in ogni momento la documentazione in formato cartaceo, nonché di revocare il consenso in precedenza espresso, anche mediante posta elettronica o registrazione vocale.

CONTRAENTE



SCHEDA TECNICA N. 1

POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA

La presente scheda tecnica è parte integrante della polizza n° 00066231300253

Assicurato: Ambac
Attività: Associati
Parametro calcolo premio: N° assicurati
Valore parametro: 1.000
Premio unitario netto in euro: 2,44
Premio annuo totale netto in euro: 2.440,00

Garanzie principali	Somma assicurata / Massimale in euro (per singolo assicurato)	Scoperto / Franchigia %	Franchigia giorni	Scoperto minimo in euro
Morte	25.000,00	--	--	--
Invalità permanente per infortunio	50.000,00	3,00	--	--
Inabilità temporanea	--	--	--	--
Rimborso spese di cura per infortunio	1.000,00	20,00	--	75,00
Rimborso spese di cura per danni estetici	--	--	--	--
Diaria da ricovero	20,00	--	3	--
Diaria da gessatura	--	--	--	--

RIEPILOGO LIMITI DI INDENNIZZO, RISARCIMENTO, SCOPERTI E FRANCHIGIE

Clausole	Giorni	Limiti di indennizzo %	euro
INF014 Rischio in itinere	--	--	--
INF031 Morte per infortunio	--	--	--
INF032 Invalità permanente per infortunio	--	--	--
INF047 Mancinismo	--	--	--
INF052 Diaria da ricovero per infortunio	--	--	--
INF061 Rimborso spese di cura	--	--	--
INF067 Garanzia anonima	--	--	--
INF069 Attività volontariato di protezione civile	--	--	--
INF070 Assicurazione per sportivi	--	--	--
INF074 Assicurazione dei partecipanti a gite collettive	--	--	--
INF079 Scuole	--	--	--

