

ASSICURAZIONI 2012



Polizza Infortuni Soci, Istruttori e Aiuto-Istruttori

N. polizza 0615.0530293.63

Pol. N. 0615.0530293.63

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

- Art.1 Definizioni
Art.2 Identificazione degli Assicurati

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
Art.3 Durata del contratto
Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
Art.4 bis Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge 136/2010
Art.5 Regolazione del premio
Art.6 Recesso a seguito di sinistro
Art.7 Modifiche dell'assicurazione
Art.8 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
Art.9 Oneri fiscali
Art.10 Foro competente
Art.11 Interpretazione del contratto
Art.12 Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
Art.13 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
Art.14 Coassicurazione e delega
Art.15 Rinvio alle norme di legge

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione
Art.2 Rimborso spese mediche e farmaceutiche
Art.3 Rischio aeronautico

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

- Art.1 Esclusioni
Art.2 Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili
Art.3 Limiti di età
Art.4 Limiti territoriali
Art.5 Limiti di indennizzo

SEZIONE 5 GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

- Art.1 Denuncia del sinistro e relativi obblighi
Art.2 Criteri di indennizzabilità
Art.3 Controversie
Art.4 Liquidazione dell'indennità
Art.5 Rinuncia all'azione di surroga

SEZIONE 6 CATEGORIE ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

- Art.1 Categorie, copertura, capitali assicurati, premio anticipato, modalità di applicazione della regolazione



Pagina 2 di 21

Pol. N. 0615.0530293.63

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DEGLI ASSICURATI

Art. 1 - Definizioni

Contraente	il CLUB ALPINO ITALIANO Sede Centrale.
Assicurato	La persona fisica o giuridica i cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità permanente	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Malattia	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Istituto di cura	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.
CNSAS	Il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (C.N.S.A.S.) – operante anche in coordinamento con il Servizio sanitario nazionale e il Servizio nazionale della protezione civile – è struttura operativa nazionale del Club alpino italiano dotata di caratteristiche peculiari, riconosciute da specifiche leggi dello Stato, di proprio specifico ordinamento e di ampia autonomia organizzativa, funzionale e patrimoniale.

Pol. N. 0615.0530293.63

Art. 2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'interesse ad attivare la copertura assicurativa.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente.

E' pure esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.



Pol. N. 0615.0530293.63

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 Cod. Civ.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 Cod. Civ., e rinuncia al relativo diritto di recesso. Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve però comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il sinistro a tutti gli Assicuratori indicandone a ciascuno gli estremi. In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art. 1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute. In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 3 - Durata del contratto

Il contratto ha durata di anni 3, con effetto alle ore 24.00 del 31.12.2011 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2014 e cesserà irrevocabilmente alla scadenza di detto periodo.

Si precisa che relativamente alla prima annualità la decorrenza dalle ore 24.00 del 31.12.2011 alle ore 24.00 del 31.12.2012 opererà per la "categoria 2", mentre per la "categoria 1" la garanzia decorrerà dalle ore 24.00 del 31.03.2012 alle ore 31.12.2012.

Pertanto il pagamento del premio della "categoria 1" decorrerà dal 31.03.2012.

E' facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società una proroga tecnica della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 30 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quel lo della decorrenza sopra riportata per il premio iniziale o per le scadenze successive, e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei

Pagina 5 di 21

Pol. N. 0615.0530293.63

premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società dà atto che:

1. l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
2. il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 4 bis - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010

- a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.
- c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

- d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 Cod. Civ. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 Cod.Civ. non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi,

Pagina 6 di 21

Pol. N. 0615.0530293.63

salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 6 - Recesso a seguito di sinistro - rinuncia

La Società rinuncia al diritto di recedere dall'assicurazione dopo ciascun sinistro.

La Società potrà esercitare il diritto di recesso con preavviso di 120 (centoventi) giorni al termine di ciascuna annualità assicurativa.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione a parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza devono essere provate per iscritto.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo certo (telex, posta elettronica o simili) indirizzata alla Società.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 11 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 12 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Pol. N. 0615.0530293.63

Art. 13 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società, con cadenza trimestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- . data di accadimento;
- . descrizione dell'evento;
- . sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- . sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- . sinistri senza seguito;
- . sinistri respinti.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 14 - Rinvio alle norme di legge

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



Pagina 8 di 21

Pol. N. 0615.0530293.63

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio *in itinere* che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente. L'assicurazione vale altresì per tutte le garanzie di cui ai seguenti articoli della presente sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
3. contatto con corrosivi;
4. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
5. l'annegamento;
6. l'assideramento o congelamento;
7. la folgorazione;
8. i colpi di sole o di calore o di freddo;
9. le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
10. gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
11. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
12. gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
13. gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
14. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
15. gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
16. gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
17. gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, cadute sassi, frane, smottamenti, valanghe, slavine, con il limite di indennizzo per evento di € 4.000.000,00.

Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche

Per tutte le categorie assicurate la Società assicura fino alla concorrenza di € 1.600,00 il rimborso delle spese rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza e sostenute per:

- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici);
- onorari dei medici (compresi gli odontoiatri), nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- acquisto e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici, comprese le protesi dentarie;
- cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) fino all'importo del massimale assicurato, ma con il limite temporale di 360 gg. dalla data dell'evento o dalla dimissione dall'Istituto di cura;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'Istituto di cura o all'ambulatorio fino al 10% del massimale assicurato.

La garanzia è prestata con una franchigia di € 200,00 a carico dell'Assicurato ad eccezione delle spese sostenute per il trasporto a mezzo ambulanza, che si intendono non soggette a franchigia.

Pagina 9 di 21

Pol. N. 0615.0530293.63

La società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato o ai Suoi eredi su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero verrà eseguito in Italia con il cambio in Euro.

La Società rimborsa all'Assicurato le spese non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale, inclusi ticket, e da lui sostenute per le prestazioni suindicate. Viene altresì previsto il rimborso agli eredi delle spese per l'eventuale assistenza di un medico psicologo in caso di decesso, fino alla concorrenza di Euro 3.000,00 per ogni socio deceduto a seguito di evento rimborsabile ai sensi di polizza.

Art. 3 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- € 2.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
 - € 2.000.000,00 per il caso morte
- per persona e di:
- € 10.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
 - € 10.000.000,00 per il caso di morte
- complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti. Sono equiparati agli "Infortuni Aeronautici" anche gli infortuni derivanti da dirottamenti, sabotaggi, atti di pirateria ed attentati.



Pagina 10 di 21

Pol. N. 0615.0530293.63

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

Art. 1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- a) da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni;
- b) guida di aeromobili;
- c) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- e) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Le persone colpite da apoplezia o infarto o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia o altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, nonchè le persone affette da Sindrome di Down sono assicurabili, esclusivamente per le somme assicurate con la COMBINAZIONE A, con l'applicazione di una franchigia fissa dell'8%.

Art. 3 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone di età superiore ai 75 anni la garanzia è comunque operante con le seguenti limitazioni: MORTE – il capitale Assicurato viene ridotto del 25%; INVALIDITA' PERMANENTE - si intende pattuita una franchigia fissa del 10%. Pertanto la Società non corrisponde alcun indennizzo qualora l'Invalidità permanente non sia di grado superiore al 10% e se la stessa supera detta percentuale, liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Art. 4 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero, con inclusione delle zone inesplorate e desertiche.

L'accertamento e la liquidazione degli eventuali postumi di Invalidità permanente verranno effettuati soltanto al rientro dell'Assicurato in Italia.

Art. 5 – Limiti di indennizzo

Nel caso di sinistro che coinvolge nello stesso evento più persone assicurate l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo di € 10.000.000,00. Sono fatti salvi i limiti previsti rispettivamente all'art.1 punto 17 sezione 3 e all'articolo 3 sezione 3.

Verificandosi una eccedenza oltre il limite, l'indennità spettante a ciascuna persona infortunata od all'avente diritto verrà proporzionalmente ridotta.

Pol. N. 0615.0530293.63

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata alla Società, entro il 60° giorno lavorativo dall'infortunio o da l momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

Art. 2 – Criteri di indennizzabilità

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

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, 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.

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile 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 paga agli aventi diritto l'importo liquidato o offerto.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno dalla scomparsa a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché a seguito di mancato ritorno da una escursione/ascensione, senza il recupero dei corpi delle vittime, si darà luogo al pagamento delle somme assicurate con la presente polizza, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Pol. N. 0615.0530293.63

c) INVALIDITA' PERMANENTE

a) Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

b) Invalidità Permanente Parziale

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano) in base alle seguenti percentuali della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato:

	destro	sinistro
- per la perdita totale di un arto superiore	70%	60%
- per la perdita della mano o dell'avambraccio	60%	50%
- per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	60%
- per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	50%
- per la perdita di un piede	40%	40%
- per la perdita del pollice	18%	16%
- per la perdita dell'indice	14%	12%
- per la perdita del mignolo	12%	10%
- per la perdita del medio	8%	6%
- per la perdita dell'anulare	8%	6%
- per la perdita di un alluce		5%
- per la perdita di ogni altro dito del piede		3%
- per la sordità completa di un orecchio		10%
- per la sordità completa di ambedue le orecchie		40%
- per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio		25%

Pol. N. 0615.0530293.63

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulta compresa in garanzia l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile: fino a trenta giorni d'indennità per inabilità temporanea, se tale indennità è contemplata in polizza;

- se non risulta operabile: indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso d'invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui 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 venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

c) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 3, art.2, le spese sostenute.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

Art. 3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà

Pol. N. 0615.0530293.63

al pagamento.

Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art. 1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.



Pol. N. 0615.0530293.63

SEZIONE 6 CATEGORIE ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 – Categorie, copertura, capitali assicurati, premio anticipato, modalità di applicazione della regolazione

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.

Categoria 1 Assicurati: SOCI e non SOCI

Tutti i soci in tutte le attività e iniziative istituzionali organizzate sia dalle strutture centrali che da quelle periferiche del C.A.I., quali ad esempio:

- gite di alpinismo ed escursionismo;
- altre attività di alpinismo ed escursionismo;
- corsi;
- gestione e manutenzione dei sentieri e rifugi;
- riunioni e consigli direttivi;
- altre attività organizzate dalle Sezioni CAI o altri organi istituzionali.

Sono esclusi dalla presente categoria tutti i soci volontari del soccorso alpino C.N.S.A.S. durante l'espletamento delle attività di soccorso.

Per quanto riguarda le coperture dei soci istruttori (nazionali e sezionali) in caso di sinistro occorso durante l'attività istituzionale la garanzia formerà rischio comune nelle attività coperte nella categoria 2 e pertanto gli indennizzi potranno essere cumulati fra di loro.

Copertura

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati subiscano durante l'espletamento di qualsiasi attività e iniziativa istituzionale organizzata sia dalle strutture centrali che da quelle periferiche del C.A.I., comprese le esercitazioni teoriche e pratiche anche in palestra alpina (o falesia) e durante ogni escursione e/o ascensione, di qualsiasi tipo e grado in ogni periodo dell'anno.

Si precisa che sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da:

- uso di sci, snowboard, mountain bike, racchette da neve, anche in alta montagna, nonché pratica di speleologia e torrentismo (canyoning);
- uso di qualsiasi mezzo di trasporto, anche privato, terrestre o natante, dalla sede sociale o dal luogo di ritrovo fino al ritorno al medesimo o altro stabilito (sono esclusi, pertanto, i sinistri occorsi nel tragitto dalla propria abitazione o analogo luogo di partenza sino alla sede o al luogo di ritrovo e viceversa);
- operazioni di soccorso alpino, esclusi quelli del C.N.S.A.S.
- partecipazione a rally o raid di sci alpinismo;
- corsi in palestra, manutenzione sentieri/opere alpine, manutenzione ordinaria rifugi, ispezione rifugi, approntamento campi estivi, approntamento palestre artificiali di arrampicata, protezione civile, partecipazione riunioni istituzionali.
- La garanzia si intende prestata anche per gli incarichi che gli Assicurati dovessero espletare per conto del Contraente, ivi compresi i relativi spostamenti e sempreché l'incarico affidato risulti da idonea documentazione a mani del Contraente.

Pagina 16 di 21

Pol. N. 0615.0530293.63

Decorrenza garanzie ed esonero comunicazioni

La Garanzia per la presente Categoria decorre dalle ore 24,00 del 31 .03.2012 e scade al 31.12 di ogni anno.

Si precisa che relativamente al primo periodo dalle ore 24,00 del 31.03.2012 alle ore 24 del 31.12.2012, la garanzia decorre per tutti i soci CAI in regola con il tesseramento 2012 e per i nuovi soci che hanno dato l'adesione nel periodo intercorrente tra le ore 24 del 31.12.2011 ed le ore 24 del 31 .03.2012, a condizione che l'elenco di tali nuovi Soci venga inviato dalle Sezioni alla Sede Centrale a mezzo lettera raccomandata o via fax, oppure tramite tesseramento in formato elettronico.

Per gli anni successivi al primo si precisa che la garanzia è automaticamente prestata dal 31/12 al 31/03 di ogni anno a tutti i soci in regola con il tesseramento dell'anno precedente.

Per quanto riguarda i rinnovi effettuati dopo il 31.03.2012 e le adesioni dei nuovi soci durante l'anno, la garanzia decorre dalle ore 24 del giorno in cui le singole sezioni mediante tesseramento informatico (con conferma dell'avvenuta registrazione del tesseramento presso la Sede Centrale), fax o lettera raccomandata, comunicheranno alla Sede Centrale i nominativi.

Agli effetti assicurativi la qualità di socio del CAI al momento dell'evento sarà desunta dagli appositi elenchi conservati presso la Sede Centrale.

La garanzia si intenderà inoltre operante dalle ore 24 del giorno in cui è stato effettuato il versamento mediante conto corrente postale, vaglia, bonifico bancario, carta di credito o analogo mezzo di pagamento che preveda data certa della intera quota sociale in favore della Sezione di appartenenza: in tal caso al momento della denuncia di sinistro sarà necessario allegare originale della ricevuta del versamento nonché conferma dell'avvenuta registrazione del Tesseramento presso la Sede Centrale del Sodalizio

La copertura opera per i non Soci attraverso la comunicazione fatta precedentemente allo svolgimento dell'attività per cui è richiesta la copertura dalle Sezioni alla Sede Centrale del CAI mediante appositi moduli predisposti da quest'ultima.

Premio anticipato

Il premio unitario per persona assicurata viene fissato in € 1,70 (unoesettantacentesimi) al lordo delle imposte.

Il premio annuo anticipato sarà versato nella misura di € 459.000,00 (quattrocentocinquantanovemilaeurozerocentesimi) al lordo delle imposte, corrispondenti ad un preventivo di n° 270.000 persone assicurate.

Il premio dovuto sarà rateizzato trimestralmente.

Modalità di applicazione della regolazione

Parametro: numero effettivo delle persone assicurate Soci e non Soci



Pagina 17 di 21

Pol. N. 0615.0530293.63

Capitali assicurati e garanzie

PREMI PER I SOCI

Combinazione	Capitali assicurati	Premio per singolo assicurato
A base (compresa nella quota associativa)	<ul style="list-style-type: none"> Morte: € 55.000,00 Invalità permanente: € 80.000,00 Spese di cura: € 1.600,00 	<ul style="list-style-type: none"> 12 mesi: € 1,70
B (facoltativa per il socio ed aggiuntiva della Combinazione A)	<ul style="list-style-type: none"> Morte: € 55.000,00 Invalità permanente: € 80.000,00 Spese di cura: € 400,00 	<ul style="list-style-type: none"> 12 mesi: € 3,40 aggiuntivo al premio previsto per la Combinazione A

PREMI PER NON SOCI

Combinazione	Massimali	Premio per singolo assicurato
Combinazione A	<ul style="list-style-type: none"> Morte: € 55.000,00 Invalità permanente: € 80.000,00 Spese di cura: € 1.600,00 	Giornaliero: € 5,00
Combinazione B	<ul style="list-style-type: none"> Morte: € 110.000,00 Invalità permanente: € 160.000,00 Spese di cura: € 2.000,00 	Giornaliero: € 10,00

Relativamente alla garanzia invalidità permanente, a parziale deroga dell'art. 2 sezione 5 si precisa che il capitale assicurato è soggetto alle seguenti franchigie assolute/relative:

- la Società non si corrisponderà indennità per invalidità permanente quando questa non sia di grado superiore al 5% della totale.
- Se l'invalidità permanente supera il 5% ma non il 20% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente il 5%.
- Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale, l'indennità verrà corrisposta integralmente ai sensi delle condizioni generali di assicurazione.

Combinazione A – Capitale: € 80.000,00

Combinazione B – Capitale: € 160.000,00

Pol. N. 0615.0530293.63

tutte le attività e iniziative istituzionali organizzate sia dalle strutture centrali che da quelle territoriali del CAI la garanzia formerà rischio comune nelle attività coperte nella categoria 1 e pertanto gli indennizzi potranno essere cumulati fra di loro.

Copertura

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati subiscano durante l'espletamento delle attività a favore del CAI in ogni periodo dell'anno.

Sono comprese le attività accessorie, le esercitazioni teorico e/o pratiche anche in palestra alpina (falesia), le escursioni e/o ascensioni, di qualsiasi tipo e grado effettuate in comitiva o isolati. Sono inoltre comprese tutte le attività, anche personali, purché attinenti al rischio alpinistico o escursionistico.

Si precisa che sono compresi in garanzia, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, gli infortuni derivanti da:

- uso di sci, snow board, mountain bike, racchette da neve, anche in alta montagna, nonché pratica di speleologia e torrentismo (canyoning);
- operazioni di soccorso alpino;
- partecipazione a rally o raid di sci alpinismo.
- Sono inclusi i sinistri occorsi con l'uso di qualsiasi mezzo di trasporto, anche privato, terrestre o natante, dalla sede sociale o dal luogo di ritrovo fino al ritorno al medesimo o altro stabilito (sono esclusi, pertanto, i sinistri occorsi nel tragitto dalla propria abitazione o analogo luogo di partenza sino alla sede o al luogo di ritrovo e viceversa). Nell'esercizio dell'attività personale, come sopra descritta, sono esclusi dalla relativa copertura assicurativa i sinistri occorsi durante l'uso di qualsiasi mezzo di trasporto, anche privato, terrestre o natante.
- La garanzia si intende prestata anche per gli incarichi che gli Assicurati dovessero espletare per conto del Contraente, ivi compresi i relativi spostamenti e sempreché l'incarico affidato risulti da idonea documentazione a mani del Contraente.

Premio anticipato

Per corrispettivo delle garanzie di cui sopra il Contraente pagherà alla Società come premio anticipato la somma di € 503.502,50 (cinquecentotremilacinquecentodueeuroecinquantacentesimi) al lordo delle imposte, corrispondente alla somma dei premi unitari sotto indicati moltiplicati per le coperture previste:

- € 66.400,00	riferito a 800 coperture annuali combinazione A
- € 3.425,00	riferito a 50 coperture nove mesi combinazione A
- € 2.490,00	riferito a 50 coperture semestrali combinazione A
- € 1.452,50	riferito a 50 coperture trimestrali combinazione A
- € 415.000,00	riferito a 2.500 coperture annuali combinazione B
- € 6.850,00	riferito a 50 coperture nove mesi combinazione B
- € 4.980,00	riferito a 50 coperture semestrali combinazione B
- € 2.905,00	riferito a 50 coperture trimestrali combinazione B

Il premio dovuto sarà rateizzato trimestralmente.

Modalità di applicazione della regolazione

Parametro: numero effettivo delle persone assicurate.

- € 83,00	riferito al totale delle coperture annuali combinazione A
- € 68,50	riferito al totale coperture nove mesi combinazione A
- € 49,80	riferito al totale delle coperture semestrali combinazione A
- € 29,05	riferito al totale coperture trimestrali combinazione A
- € 166,00	riferito al totale delle coperture annuali combinazione B

Pol. N. 0615.0530293.63

- € 137,00 riferito a totale coperture nove mesi combinazione B
- € 99,60 riferito al totale delle coperture semestrali combinazione B
- € 58,10 riferito al totale delle coperture trimestrali combinazione B

Capitali assicurati e garanzie

Combinazione	Capitali assicurati	Premio per singolo assicurato
A	<ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 55.000,00 • Invalidità permanente: € 80.000,00 • Spese di cura: € 1.600,00 • Diaria da ricovero giornaliera € 30,00 	• Annuale € 83,00
		• Di nove mesi € 68,50
		• Semestrale € 49,80
		• Trimestrale € 29,05
B	<ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 110.000,00 • Invalidità permanente: € 160.000,00 • Spese di cura: € 1.600,00 • Diaria da ricovero giornaliera € 30,00 	• Annuale € 166,00
		• Di nove mesi € 137,00
		• Semestrale € 99,60
		• Trimestrale € 58,10

Relativamente alla garanzia invalidità permanente, a parziale deroga dell'art. 2 sezione 5 si precisa che il capitale assicurato è soggetto alle seguenti franchigie assolute/relative:

- la Società non si corrisponderà indennità per invalidità permanente quando questa non sia di grado superiore al 5% della totale.
- Se l'invalidità permanente supera il 5% ma non il 20% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente il 5%.
- Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale, l'indennità verrà corrisposta integralmente ai sensi delle condizioni generali di assicurazione.

Combinazione A – Capitale: € 80.000,00

Combinazione B – Capitale: € 160.000,00

DIARIA DA RICOVERO

In caso di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto e limitatamente alla suddetta categoria assicurata verrà corrisposta per un periodo non superiore a 180 giorni, un'indennità fissa nella misura indicata in polizza per ogni giorno di effettiva degenza.

Agli effetti del computo dell'indennità dovuta il primo e l'ultimo giorno di degenza si considerano come giorno unico;

L'assicurazione è prestata con una franchigia fissa di 1 giorno e pertanto il pagamento dell'indennità decorrerà dal 2° giorno di ricovero.

Il Contraente

CLUB GIOCHI ITALIANO
 Direttore
 (dott.ssa Andreina Maggiore)

Fondiarìa-Sai SpA