
Polizza n. 48610204 Pagina 2

HELVETIA

INFORTUNI TERZO SETTORE

N u m e r o

I n t e r m e d i a r i o

Cod. 07570 Ramo 08 N. Polizza 48610204 G. D. 101 WIDE GROUP S.p.A.
 Sostituzione polizza N. 48123306 Ed_10_2021

Contraente **ASSOCIAZIONE ITALIANA MOUNTAIN LEADER**
 C.F./P.IVA 92041580157
 Indirizzo PIAZZA DEL POPOLO 2/4
 Città ARLUNO
 CAP (Prov) 20010 (MI)

Effetto Dalle ore 24 del **31.12.2021**
Scadenza Alle ore 24 del **31.12.2022**

Premio da pagare:

Rata alla firma sino al 31.12.2022		Rate successive scadenti il 31.12 di ogni anno	Frazionamento
€ 2.039,02	Premio imponibile	€ 0,00	Annuale
€ 50,98	Imposte	€ 0,00	
€ 2.090,00	Totale	€ 0,00	

Descrizione del rischio assicurato:

Vale quanto espressamente indicato nelle Schede di Copertura con riferimento alle persone assicurate, alle garanzie prestate e regolato dalle norme e dalle condizioni previste nella presente polizza.

Modifica alle norme assicurate (operanti se richiamate)

Indicizzazione	SI []	NO [X]
Polizza senza tacito rinnovo	SI [X]	NO []
Polizza soggetta a regolazione premio	SI []	NO [X]
Coassicurazione	SI []	NO [X]
Quota Helvetia		100%

Categoria dell'attività principale: Terzo Settore

Ai fini della determinazione del premio il rischio è stato attribuito alla Classe: "Altro – Terzo settore"

Rischio Assicurato

Infortuni Extraprofessionali e Professionali
 Beneficiari caso Morte: *Eredi legittimi e/o testamentari*

Emesso in Milano il: 29.12.2021

Polizza n. 48610204 Pagina 3

SCHEDA DI COPERTURA

Referenti

Broker esclusivista	Wide Group S.p.A.
Sub-intermediario	
Accordo quadro	

Codici Attività (così come previsto nell'Elenco delle Attività Assicurabili)

Vedi scelte effettuate	
% delle attività A23-A24 sul totale delle attività	0 %

Ubicazione del Rischio

Sede operativa (se diversa dall'indirizzo della Contraente)	
Altre sedi secondarie (se presenti):	

Assicurati (elementi variabili di calcolo)

VOLONTARI TOTALI	
di cui Operativi	
di cui nel Consiglio Direttivo	
di cui Minorenni	
di cui in "presenza media giornaliera"	

Lavoratori Dipendenti Impiegati	
Lavoratori Dipendenti Soccorritori	
Lavoratori Dipendenti altre tipologie	
Soci Cooperatori	
Altre tipologie di lavoratori	
LSU / LPU	
Migranti / Minori / Ospiti	

Infermieri	
Medici	
Responsabile sanitario	

Associati	55
Utenti / Ospiti	

Riepilogo Garanzie prestate e Somme assicurate

Garanzie	Volontari e/o sociale	Dipendenti e/o Altri
Morte da Infortunio	€ 50.000,00	€ 0,00
Invalidità Permanente da Infortunio	€ 100.000,00	€ 0,00
<i>Franchigia per Invalidità Permanente da Infortunio</i>	Applicazione dell'Art. 35: SI [<input checked="" type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>] Applicazione dell'Art. 35 bis: SI [<input type="checkbox"/>] NO [<input checked="" type="checkbox"/>]	
Indennità per Ricovero Ospedaliero da Infortunio (massimo di 180gg)	€ 10,00/gg	€ 0,00/gg
	<i>(sottolimito per Day Hospital 50% dell'indennità prevista per un massimo di 60gg)</i>	
Indennità per Immobilizzazione (massimo di 90gg)	100% dell'Indennità per Ricovero Ospedaliero da Infortunio	
Indennità per Convalescenza post Infortunio (massimo di 45gg)	50% dell'Indennità per Ricovero Ospedaliero da Infortunio (franchigia 3gg)	
Inabilità Temporanea da Infortunio (massimo di 180gg)	€ 0,00/gg	€ 0,00/gg
Indennità per Ricovero Ospedaliero da Malattia (massimo di 60gg)	€ 10,00/gg	€ 0,00/gg
	<i>(sottolimito per Convalescenza 50% dell'indennità prevista per un massimo di 15 gg)</i>	
Rimborso Spese Mediche da Infortunio (franchigia fissa € 50,00)	€ 1.000,00	€ 0,00
	<i>(più ulteriore importo per il trasporto dell'Assicurato: 10% della somma assicurata)</i>	

Validità territoriale

Mondo Intero

Prestazioni complementari

- Lesioni al viso
- Commorienza genitori
- Anticipo indennizzo
- Decesso all'estero – Rimpatrio Salma
- Morte presunta

Condizioni Speciali di Assicurazione (sempre operanti)

- Assicurazione per conto altrui
- Evento catastrofale
- Estensione al rischio volo
- Supervalutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio
- Malattie Professionali**

Condizioni Particolari di Assicurazione (operanti se attivate)

	SOMMA ASSICURATA	
Limitazione assicurazione alla sola guida di autoveicoli	Non attiva	
Rischio carica Consiglio Direttivo	Non attiva	
Attività Temerarie	Non attiva	€ 0,00
Malattie Tropicali	Non attiva	€ 0,00
Indennizzi alla Contraente	Non attiva	
Estensione Guerra e Terrorismo con Clausola di Recesso entro le 168 ore	Non attiva	
Clausola di limitata esclusione di stato di guerra	Attiva	
Art. 46 – Infortunio Biologico e Malattia da Contagio	Non attiva	€ 0,00



La Contraente



x AIML, il legale rappresentante

RESTANTE PARTE DELLA PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' PRINCIPALI

Cod.	Attività
A1	Aiuto alcolisti anonimi
A2	Animazione / assistenza presso carceri
A3	Assistenza sociale, logopedistica, psicopedagogica
A4	Assistenza ammalati/degenti in ospedale e/o a domicilio e relativi servizi socio-sanitari
A5	Assistenza, aiuto, compagnia e animazione per anziani a domicilio e/o presso case di riposo, ospizi, istituti di cura in genere
A6	Assistenza di persone con problemi di vista
A7	Assistenza famiglie
A8	Assistenza handicappati fisici e psichici
A9	Assistenza presso centri di riabilitazione / comunità terapeutiche per tossicodipendenti (escluso lavori manuali)
A10	Assistenza terzomondiali
A11	Assistenza / aiuto disabili, invalidi civili e/o del lavoro; minori; Ippoterapia e Pet Therapy
A12	Attività culturali formative in genere / Formazione e riqualificazione professionale, orientamento e inserimento lavoro
A13	RF = Raccolta fondi
A14	Visite guidate nei musei, biblioteche, archivi in genere
A15	Assistenza durante i pellegrinaggi (es. Barellieri)
A16	Comunità aiuto ammalati di AIDS
A17	Servizio pasti a domicilio a persone anziane e/o bisognose (esclusa produzione pasti)
A18	Servizio pasti, con gestione mensa, a persone anziane e/o bisognose
A19	Interventi di recupero e salvaguardia archeologica, monumentale e culturale in genere (compreso lavori manuali)
A20	Servizio di trasporto con ambulanza e pubblica assistenza
A21	Raccolta di carta, ferro, raccolta e stoccaggio di beni alimentari
A22	Lavoro presso aziende agricole, gestione del verde, che comportino lavoro manuale; salvaguardia ambientale
A23	Emergenza Sanitaria Territoriale (ex 118)
A24	Protezione Civile
A24 a	PC: Soccorso Alpino
A24 b	PC: Soccorso Speleologico
A24 c	PC: Soccorso in mare – Tecnico Fluviale Lacustre – O.P.S.A.
A24 d	PC: A.I.B.
A24 e	PC: Operatori radio
A25	Servizio di custodia sociale
A26	Fondazioni / Associazioni / APS / Associazioni di secondo livello / PRO LOCO / Circoli Culturali e Ricreativi
A27	Servizio di ricovero e pensione di cani e gatti
A28	Attività di volontariato presso Case di Riposo, RSA e Centri di Riabilitazione
A29	Attività della Croce Rossa Italiana
A30	Accoglienza “migranti” / Mediazione linguistico-culturale / Inserimento sociale

Polizza n. 48610204 Pagina 7

A31	LSU / LPU / Affidò Minori / Messa alla prova e relative attività previste / Alternanza scuola-lavoro
A32	AVIS - Donatori Sangue
A33	AD = Attività diverse da descrivere:

Definizioni

Abuso di Psicofarmaci

Assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologiche maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.

Ambulatorio

La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurati

I singoli soggetti, il cui interesse è protetto dall'assicurazione, purché con dimora abituale in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano, quali a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo:

- i singoli volontari, iscritti nell' "apposito registro" di cui all'Art. 17 c.1) del Decreto legislativo 03.07.2017 n. 117 (codice del Terzo Settore);
 - coloro che sono iscritti nel registro dei "volontari occasionali"
 - gli Associati dell'ETS, ossia coloro che non rivestono la qualifica di volontario ma che, aderendo all'ETS come semplici iscritti, devono essere registrati nel "libro degli associati o aderenti" ai sensi dell'Art.15 c.1) lettera a) del Decreto Legislativo 03.07.2017 n.117/2017 codice del Terzo Settore);
 - i dipendenti dell'ETS contraente;
 - i lavoratori parasubordinati e in regime di somministrazione lavoro dell'ETS contraente;
 - il Legale Rappresentante;
 - il Consiglio Direttivo;
 - i Dirigenti;
 - i Soci lavoratori;
 - il personale del "Servizio Civile Nazionale" (Legge n. 64/2001);
 - il personale della "Leva civica";
 - i "Sostituti";
 - i "minorenni volontari" purché in possesso di regolare autorizzazione rilasciata da uno dei genitori o da chi ne fa le veci;
 - i soggetti segnalati dall'UEPE;
 - gli stagisti;
 - i Circoli associati alla Contraente ed i relativi tesserati dei Circoli stessi;
- tutti indistintamente, quando prestano la loro opera durante le attività istituzionali e non istituzionali.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Associazione Culturale (Circolo)

Associazione costituita da volontari che si dedicano principalmente alla divulgazione e valorizzazione culturale.

Associazione di Promozione Sociale (D.Lgs 117/2017 – Art. 35 c. 1)

Le Associazioni di Promozione Sociale sono Enti del Terzo Settore costituiti in forma di associazione, riconosciuta o non riconosciuta, da un numero non inferiore a sette persone fisiche o a tre associazioni di promozione sociale per lo svolgimento in favore dei propri associati, di loro familiari o di terzi di una o più attività, avvalendosi in modo prevalente dell'attività di volontariato dei propri associati.

Associazioni Riconosciute o Non Riconosciute

Enti del Terzo Settore atipici che svolgono un'attività di interesse generale per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, iscritti al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore nella sezione "altri enti del terzo settore".

Attività assicurata

L'attività svolta dall'Assicurato come richiamata nella Scheda di Copertura con il relativo codice e/o svolta per Statuto, per legge, per regolamenti o delibere dalla Contraente; compresi i provvedimenti emanati da propri organi.

Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite.

La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque comunque svolte.

Polizza n. 48610204 Pagina 8

Attività di volontariato

Per attività di volontariato si intende tutto quanto stabilito dalle norme del Terzo Settore in vigore (L. 106/16 e D. lgs. 117/17, art. 17 e successive modifiche).

Beneficiario:

Gli eredi dell'assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;

Broker Esclusivista

La spettabile **Wide Group S.p.A.** titolare del contratto **“No Profit Protection Infortuni”**.

Buona fede

La convinzione di pensare ed agire onestamente, giustamente e senza recare danno a nessuno.

Codice delle Assicurazioni

Il Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come successivamente modificato.

Condizione preesistente

Indica una menomazione, difetto, infermità o processo degenerativo fisico o psicologico, che esisteva e fu diagnosticato durante i cinque anni immediatamente precedenti la decorrenza di questa polizza, e per il quale fu raccomandato o prescritto da un Medico un trattamento, o per il quale, nel caso in cui non ci fu tale diagnosi, secondo il parere di un Medico, l'Assicurato poteva ragionevolmente essere consapevole della sua esistenza alla decorrenza della presente Polizza.

Consumatore

Il soggetto così come definito dall'Art. 1469 bis del c.c.

Contagio

Trasmissione di una malattia infettiva per via diretta o indiretta. Nel primo caso l'individuo viene contaminato direttamente dalla sorgente di infezione, per esempio mediante contatto sessuale o per trasmissione aerea. Il contagio indiretto è invece mediato da vettori animati, come animali e insetti, o inanimati (aria, suolo, alimenti, acqua, effetti personali).

Contraente

L'Ente, facente parte del Terzo Settore che, a seguito del pagamento del relativo premio, aderisce a programma assicurativo “No Profit Protection Infortuni”, a favore di tutti coloro, nessuno escluso, che operino per i fini istituzionali dell'ente stesso.

Convalescenza

Si intende il periodo che succede alla fine di un ricovero, durante il quale si ristabilisce progressivamente la normale funzione dei vari organi ed apparati, da trascorrere presso il proprio domicilio e/o residenza.

Cooperativa Sociale

La Cooperativa che, conformemente alla Legge n. 381/1991, non ha scopo di lucro; suo fine è il perseguimento dell'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso la gestione di servizi sanitari, socio assistenziali, sociali, assistenziali ed educativi.

Danni corporali

Morte o lesioni personali.

Danno indennizzabile

Danno determinato in base alle condizioni tutte di polizza, senza tenere conto di eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo.

Day Hospital

La degenza senza pernottamento in Istituto o Casa di Cura.

Documentazione sanitaria

Si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale

Ente del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017 – Art. 4. c. 1)

Sono Enti del Terzo Settore le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, le reti associative, le società di mutuo soccorso, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi, ed iscritti nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore.

Polizza n. 48610204 Pagina 9

Enti Filantropici/Fondazioni (D.Lgs. 117/2017 – Art. 37 c. 1)

Enti del Terzo settore costituiti in forma di associazione riconosciuta o di fondazione al fine di erogare denaro, beni o servizi, anche di investimento, a sostegno di categorie di persone svantaggiate o di attività di interesse generale, come definita dall'Art.37 del Decreto Legislativo n.117/2017

Evento speciale

L'evento, la manifestazione ufficiale o l'esibizione organizzati dalla Contraente della durata massima di ventiquattro ore continuative a cui partecipano propri dipendenti e non (a titolo di esempio: cene aziendali, meeting, giornate aziendali, congressi, convegni, corsi, ecc...).

La copertura è valida per tutto il tempo in cui gli Assicurati partecipano alla manifestazione nei locali e negli spazi a questa adibiti, qualsiasi tipo di attività essi svolgano purché ricomprese tra quelle previste dalle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

Franchigia

La parte di danno indennizzabile/rimborsabile a termini di polizza, non espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Frontespizio

Il documento redatto su apposito modulo, che contiene il numero assegnato a questo contratto, il luogo e la data di emissione e gli altri estremi richiamati nel testo.

La Scheda di Polizza è annessa al contratto e ne fa parte integrante.

Impresa sociale

Nell'ordinamento giuridico italiano, identifica tutte quelle imprese private in cui l'attività economica d'impresa principale è stabile e ha per oggetto la produzione e lo scambio di beni e servizi di utilità sociale. Sono tali i beni o i servizi che ricadono nei settori tassativamente indicati dal D.Lgs. 24 marzo 2006 n. 155.

Immobilizzazione

La contenzione con apparecchi ortopedici immobilizzanti non amovibili autonomamente.

Sono considerate immobilizzazione anche la:

- a) Ingessatura: la contenzione con bende impastate di gesso, schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanic;
- b) Osteosintesi: l'intervento operatorio per la contenzione di segmenti ossei fratturati mediante inchiodamento, infibulamento e applicazione di protesi o tutori.

Inabilità temporanea da Infortunio

La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle abituali attività.

Indennizzo

La somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro.

Infezione

Processo caratterizzato da penetrazione e moltiplicazione, nei tessuti viventi, di microrganismi patogeni unicellulari (agenti infettivi: batteri, miceti, protozoi) o da virus. Non tutte le infezioni danno origine a malattia.

Infortunio

E' considerato l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza uno degli eventi garantiti in polizza.

Infortunio biologico

Per infortunio di rilevanza biologica si intende qualsiasi contatto accidentale con strumenti contaminati da sangue e/o da altro materiale biologico di pazienti potenzialmente infetti come alla sotto elencata nota.

Invalidità Permanente da Infortunio

La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di una qualsiasi attività, indipendentemente dalla sua professione.

Intervento chirurgico

Atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Agli effetti assicurativi, si rende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di pronto soccorso.

Polizza n. 48610204 Pagina 10

Istituto di cura

Ogni struttura sanitaria (pubblica o privata), in Italia o all'Estero, regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le case di riposo, gli istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici.

IVASS (già Isvap)

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, cui spetta il controllo sulle imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e i Broker).

Limite di indennizzo

L'obbligazione massima della Società per sinistro e/o per periodo assicurativo prevista per una specifica garanzia.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute, clinicamente diagnosticabile, non dipendente da infortunio.

Malattia improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'assicurato.

Malattia infettiva

Patologia che si sviluppa a causa di agenti infettanti, capaci di moltiplicarsi nell'uomo e di provocare alterazioni, clinicamente constatabili tali da compromettere lo stato di salute.

Non tutte le infezioni danno origine a malattia.

Malattia mentale e/o disabilità mentale

Ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione – ICD – 10 dell'OMS.

Malattia preesistente

Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.

Malattie / Invalidità coesistenti

Malattie o invalidità presenti nel soggetto Assicurato, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Morte

Il decesso dell'Assicurato in conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio o infortunio biologico.

Non autosufficiente

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

Organizzazione di Volontariato (D.Lgs 117/2017 – Art. 32, c. 1)

Organizzazioni di Volontariato sono Enti del Terzo Settore costituiti in forma di associazione, riconosciuta o non riconosciuta, da un numero non inferiore a sette persone fisiche o a tre organizzazioni di volontariato, per lo svolgimento prevalentemente in favore di terzi di una o più attività, avvalendosi in modo prevalente delle prestazioni dei volontari associati.

Organizzazioni non Governative (ONG)

Sono delle particolari ONLUS che concentrano la loro attività nella cooperazione allo sviluppo e che sono riconosciute dal Ministero degli esteri ed inserite in una specifica lista.

Parti

L'Assicurato/i, il/la Contraente e gli Assicuratori.

Periodo assicurativo

Ogni intera annualità assicurativa, intendendo ogni periodo come a sé stante, distinto dal precedente. Per le coperture di durata inferiore ad un anno (365gg), il periodo assicurativo coincide con la durata della polizza.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Polizza n. 48610204 Pagina 11

Premio

La somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori.

Presenza media giornaliera

La copertura assicurativa è anche prestata su un numero predefinito di volontari, prelevato dal registro presenze – se tenuto – nessuno escluso.

Gli assicurati possono variare giornalmente secondo l'esigenza di ogni Ente.

Prestatori di lavoro

Sono considerati prestatori di lavoro, di cui l'Assicurato si avvale, tutti gli addetti all'esercizio dell'attività dichiarata nella Scheda di Polizza, le persone fisiche di cui l'Assicurato si avvale, nel rispetto delle norme di legge in materia di rapporto o prestazione di lavoro (anche ai sensi del Decreto Legislativo 81/2008, ma con esclusione dei "Volontari"), nell'esercizio dell'attività descritta nella Scheda di Polizza.

Tale definizione comprende:

✓ I lavoratori alle dirette dipendenze dell'Assicurato soggetti e non soggetti al D.P.R. 30 giugno 1965 N. 1124, purché in regola con gli obblighi di legge (dirigenti, quadri, impiegati ed operai); nonché tutti gli altri soggetti di cui, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, l'Assicurato si avvalga, anche occasionalmente, nell'esercizio dell'attività descritta nella Scheda di Polizza, inclusi:

I lavoratori parasubordinati soggetti INAIL come definiti dall'art. 5 del D.Lgs. n. 38/2000;

I lavoratori interinali come definiti dalla Legge n. 196/97;

I lavoratori di cui al D.Lgs. n. 276/2003 in applicazione alla Legge 14/02/2003 n. 30 (Legge Biagi) e successive modificazioni, ivi compresi quelli distaccati presso altre aziende, anche qualora l'attività svolta da tali aziende sia diversa da quella descritta nel Certificato di assicurazione/Scheda di polizza, e quelli a domicilio/distanza (c.d. telelavoro);

i borsisti, i corsisti e gli stagisti;

coloro che prestano la loro attività in quanto aderenti al Servizio Civile Nazionale.

Protezione Civile (Volontariato e A.I.B.)

Ogni attività di volontariato e di soccorso prevista nelle finalità statutarie, ogni attività, nessuna esclusa, rientrante nelle mansioni di protezione civile e di antincendio boschivo, esercitata su esplicita richiesta delle autorità di protezione civile preposte o ritenuta necessaria al ritorno della normalità dai volontari che agiscono nello spirito del volontariato.

A titolo puramente esemplificativo e non esaustivo si elencano alcune fattispecie di attività: spegnimenti di incendi boschivi, prevenzione sul territorio, pattugliamento, sorveglianza, pulizia e ripristino di sentieri montani, pulizia, taglio degli alberi ed arbusti e erbe infestanti di cigli e scarpate lungo strade e sentieri.

Pulizia di fossi e canali, disintasamento fognature, pulizia e lavaggio di cunette e sedi stradali, disinfestazione da vespe e calabroni.

Previsione, prevenzione e soccorso nelle emergenze, ivi compresa la fase di ritorno alla normalità e le necessarie esercitazioni ed istruzioni.

La protezione la conservazione e la valorizzazione dell'ambiente, della cultura e del patrimonio storico e artistico, nonché la promozione e lo sviluppo delle attività connesse.

Collaborazione con Istituzioni, Enti Locali, Aziende Sanitarie, servizi di emergenza (es. Vigili del Fuoco - 118 – Anpas – Croci – Soccorso Alpino) per i servizi connessi alla gestione delle emergenze ed alle attività del volontariato in generale.

Servizi vari per la tutela dell'incolumità pubblica, supporto alla viabilità stradale e assistenza alla popolazione richiesti da enti pubblici o associazioni non lucrative di utilità sociale durante lo svolgimento di manifestazioni.

Prevenzione sul territorio, pattugliamento, sorveglianza, addestramento, istituzione di corsi didattici e di sensibilizzazione presso le scuole.

Servizi vari di pubblica utilità, trasporti di popolazione presso sedi sanitarie o di ricovero, attività logistiche, funzionali, di supporto e sicurezza in collaborazione con le amministrazioni comunali o con le altre associazioni di volontariato.

Ricerca e recupero delle persone disperse su richiesta delle autorità preposte con volontari e con l'ausilio di unità cinofile. Somministrazione di alimenti e bevande ai volontari e alla popolazione.

Partecipazione a manifestazioni in genere o per forme di autofinanziamento e per prestazioni comunque rientranti nelle attività del volontariato.

Partecipazione a lavori di ordinaria manutenzione presso le sedi delle associazioni e dei presidi territoriali di A.I.B. e Protezione Civile.

Installazione e manutenzione di ponti radio per la gestione delle trasmissioni.

Nell'espletamento delle attività, i volontari fanno uso di attrezzature, macchinari e mezzi d'opera; i macchinari possono essere montati su autoveicoli (per esempio gru, motopompe, torri illuminanti, generatori di corrente, verricelli, gruppi antincendio ecc..) e/o no (per es. motoseghe, sramatori, soffiatori e attrezzi vari da lavoro ecc..).

Protocolli Operativi Sanitari (adottati dal singolo Ente e/o dai servizi 118 Regionali)

Linee guida in cui vengono definiti la periodicità delle visite ed il tipo e la frequenza degli accertamenti diagnostici necessari, a cui attenersi anche ai fini dell'operatività dell'assicurazione.

Polizza n. 48610204 Pagina 12

Psicofarmaci

Farmaci contenenti sostanze psicoattive che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale.

Questionario

Documento sottoscritto dal Contraente/Assicurato necessario a descrivere lo stato di rischio dell'Assicurato per determinare le condizioni di assicurabilità.

Recesso

Scioglimento del vincolo contrattuale.

Registro/Libro degli Associati o Aderenti (D.Lgs n. 117/2017 -Art. 15 c. 1)

Registro obbligatorio nel quale sono elencati gli Associati o Aderenti all'ETS contraente.

Registro dei Volontari (D.Lgs n. 117/2017 -Art. 17 c. 1)

Registro obbligatorio nel quale devono essere iscritti i volontari che svolgono la loro attività in modo non occasionale.

Registro dei Volontari occasionali

Registro che contiene l'elenco dei volontari occasionali che, come tali, non rientrano nel "Registro dei Volontari", che l'E.T.S. contraente si impegna a redigere e mantenere aggiornato.

Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (D.Lgs n. 117/2017 -Art. 11)

Registro pubblico istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, nel quale sono iscritti gli Enti che, con l'iscrizione, ottengono la qualifica di "Ente del Terzo Settore". In attesa del decreto che lo istituisce, si applica la disciplina prevista dalla Legge 266/91 per le ODV e alla Legge 383/00 per le APS in tema di registri obbligatori.

Reti associative (D.Lgs n. 117/2017 -Art. 41)

Enti del Terzo settore costituiti in forma di associazione che associano un numero non inferiore a 100 enti del Terzo settore, o, in alternativa, almeno 20 fondazioni del Terzo settore, le cui sedi legali o operative siano presenti in almeno cinque regioni o province autonome e che svolgono attività di coordinamento, tutela, rappresentanza, promozione o supporto degli enti del Terzo settore loro associati.

Ricovero

La degenza con pernottamento dell'Assicurato a seguito di infortunio/malattia in Istituto di Cura o Casa di Cura.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Scheda di Polizza

Il documento allegato al Contratto di Assicurazione che contiene i dati del Contraente e dell'Assicurato, i Massimali e le Somme assicurate, i Sottolimiti, gli eventuali altri dettagli del Contratto di Assicurazione, compresi gli elementi variabili di calcolo.

Scoperto

La parte di danno espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato e che non è mai inferiore al "minimo" se espresso in cifra.

Scopo terapeutico

Terapia medica efficace per curare le malattie.

Sforzo

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

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.

Società di Mutuo Soccorso

Enti del terzo settore, come disciplinate dalla legge 15 aprile 1886, n. 381 e successive modifiche che perseguono finalità di interesse generale, attraverso l'esclusivo svolgimento in favore dei soci e dei loro familiari conviventi di una o più delle seguenti attività:

- erogazione di trattamenti e prestazioni socio-sanitari nei casi di infortunio, malattia ed invalidità al lavoro, nonché in presenza di inabilità temporanea o permanente;
- erogazione di sussidi in caso di spese sanitarie sostenute dai soci per la diagnosi e la cura delle malattie e degli infortuni;
- erogazione di servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti;

Polizza n. 48610204 Pagina 13

d) erogazione di contributi economici e di servizi di assistenza ai soci che si trovino in condizione di gravissimo disagio economico a seguito dell'improvvisa perdita di fonti reddituali personali e familiari e in assenza di provvidenze pubbliche.

Sostituto

Nel caso di "Prestatori di Lavoro", la garanzia prestata con la presente polizza si intende valida nell'esplicazione delle stesse mansioni dell'Assicurato per un "Sostituto" quando questi si trova a sostituire l'Assicurato stesso in sua temporanea assenza od impedimento.

Terzo Settore

Si vuol intendere quel complesso di istituzioni che all'interno del sistema economico si collocano tra lo Stato e il mercato, ma non sono riconducibili né all'uno né all'altro; sono cioè soggetti organizzativi di natura privata ma volti alla produzione di beni e servizi a destinazione pubblica o collettiva.

Il terzo settore va a colmare quell'area tra Stato e Mercato nella quale si offrono servizi, si scambiano beni relazionali, si forniscono risposte a bisogni personali o a categorie deboli secondo approcci che non sono originariamente connotati dagli strumenti tipici del mercato, né da puro assistenzialismo.

Ubbriachezza (ebbrezza alcolica)

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

Volontario (D.Lgs n. 117/2017 – Art. c. 1)

E' una persona fisica che, per sua libera scelta, svolge attività in favore della comunità e del bene comune, anche per il tramite di un Ente del Terzo settore, mettendo a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per promuovere risposte ai bisogni delle persone e delle comunità beneficiarie della sua azione, in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro, neanche indiretti, ed esclusivamente per fini di solidarietà.

RESTANTE PARTE DELLA PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Ulteriori precisazioni sull'Oggetto dell'Assicurazione

"La presente Polizza vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati nella loro qualità di **guide ambientali escursionistiche** (e sinonimi ai sensi di legge), **guide turistiche, accompagnatori turistici, guide speleologiche, accompagnatori di media montagna, guide vulcanologiche** durante le attività di seguito indicate e/o durante le attività preparatorie alle escursioni, compresi tutti gli spostamenti con qualunque mezzo di locomozione:

- a) escursioni in ambiente naturale, anche innevato, senza limiti di quota, purché non sia previsto l'uso di attrezzature alpinistiche specifiche per la progressione, e su roccia o misto non si ecceda la valutazione complessiva PD, comprese le escursioni notturne;
- b) attività di insegnamento delle tecniche escursionistiche, di orientamento, educazione e didattica ambientale, su ogni tipo di strade, sentieri, terreni, con esclusione di quelli fortemente innevati e delle zone sommitali dei vulcani in attività;
- c) attività proprie delle guide speleologiche in grotte turistiche, senza l'uso di tecniche speleologiche specifiche per la progressione;
- d) attività proprie delle guide turistiche;
- e) attività proprie degli accompagnatori turistici;
- f) attività in locali chiusi per quanto attiene alle attività proprie delle categorie citate;
- g) canoa e imbarcazioni assimilabili (su mare, lago, fiume);
- h) immersioni subacquee, diving, snorkeling, nuoto;
- i) escursioni sulle zone sommitali dei vulcani in attività con attività proprie delle guide vulcanologiche;
- l) escursioni su terreno fortemente innevato, purché non sia previsto l'uso di attrezzature alpinistiche specifiche per la progressione, e su roccia o misto non si ecceda la valutazione complessiva PD, ma comprese le attività con racchette da neve e sci da fondo;
- m) escursioni in miniere aperte al pubblico o in attività, comunque non abbandonate, senza l'uso di tecniche speleologiche specifiche per la progressione;
- n) escursioni in grotta non turistica senza l'uso di tecniche speleologiche specifiche per la progressione;
- o) escursioni ed attività di insegnamento delle tecniche escursionistiche, di orientamento con utilizzo di mountain bike, E-bike o biciclette in genere, su ogni tipo di strade, sentieri, terreni;
- p) escursioni someggiate con l'ausilio di muli e di asini limitatamente al trasporto di cose, bagagli ed attrezzature, con l'esclusione di trasporto di persone."

Franchigia assoluta per Invalidità Permanente

In deroga a quanto previsto all'Art. 35 "Determinazione e liquidazione della Invalidità Permanente da Infortunio – Criteri di liquidazione": non si farà luogo a risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale.

Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente

Tale franchigia assoluta è fissata al 5% nel momento effettivo dello svolgimento delle attività previste ai commi h) relativamente alle "immersioni subacquee", i), l), n) dell'oggetto dell'Assicurazione.

Elementi per il calcolo del premio

A maggior precisazione di quanto previsto all'Art. 16 "Elementi per il calcolo del premio", il premio pro capite è computato in € 38,00 fermo un premio minimo annuo di polizza comunque acquisito di € 2.090,00 che verrà eventualmente regolato a scadenza in base al numero di adesioni intervenute nel corso dell'anno assicurativo.

Regolazione del premio

In deroga all'Art. 17 "Regolazione del premio" per le adesioni successive alla data del 31/12/2021, ai fini della presente copertura, farà fede la data di iscrizione all'AIML.

Le adesioni verranno regolarizzate con apposita appendice di premio con frequenza 31/03 – 30/09 e 31/12 con eventuale e contestuale regolazione premio minimo.

Norme che regolano l'Assicurazione in generale

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Agli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, l'Assicurato/Contraente dichiara e la Società ne prende atto determinando il relativo premio di polizza, di non essere a conoscenza di circostanze o situazioni che influiscono sulla valutazione del rischio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Art. 2 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio. I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del **trentesimo (30°) giorno** successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

Art. 3 - Frazionamento del premio

Premesso che il premio annuo è indivisibile, gli Assicuratori possono concedere il pagamento frazionato.

Art. 4 – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla Spett.le Wide Group S.p.A. o al relativo Sub-intermediario, e di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente polizza saranno svolti per conto dell'Assicurato dal suddetto Broker incaricato.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza la regolazione verrà effettuata dall'Assicurato al Broker che provvederà al versamento degli stessi agli Assicuratori.

Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'Art. 1901 C.C. e dell'Art. 118 comma 2 del Codice delle Assicurazioni, del pagamento così effettuato.

Agli effetti dei termini fissati dalla presente polizza l'Assicurato prende atto e accetta quanto segue:

- 1) ogni comunicazione effettuata dagli Assicuratori al Broker si considererà effettuata all'Assicurato;
- 2) ogni comunicazione inviata agli Assicuratori dal Broker si considererà effettuata dall'Assicurato;
- 3) ogni comunicazione effettuata dal Broker al sub-Broker e/o all'Assicurato si considererà effettuata dagli Assicuratori;
- 4) ogni comunicazione inviata al Broker dal sub-Broker e/o dall'Assicurato si considererà effettuata agli Assicuratori.

Art. 5 - Altre assicurazioni

L'Assicurato/Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare preventivamente altre eventuali assicurazioni in corso o che venissero successivamente stipulate per le stesse persone o categorie di persone, ma in caso di sinistro l'Assicurato/Contraente deve darne avviso agli Assicuratori della presente polizza.

Art. 6 - Modifiche dell'assicurazione

Eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 7 - Aggravamento del rischio – Buona fede

L'Assicurato o il Contraente deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Art. 1898 Codice Civile).

Resta inteso che la mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio così come le inesatte o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza, non comporteranno decadenza del diritto di indennizzo né riduzione dello stesso, sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute in **buona fede**.

Gli Assicuratori hanno peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza che determina l'aggravamento del rischio si è verificata.

Art. 8 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio gli Assicuratori sono tenuti a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente (Art. 1897 Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 9 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato ai termini di polizza e fino al 60° giorno successivo, al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, gli Assicuratori ed il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni dandone comunicazione mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte degli Assicuratori avrà effetto dalla prima scadenza annuale.

Il pagamento di premi venuti a scadere dopo la denuncia del sinistro e il rilascio della relativa quietanza non potranno essere interpretati come rinuncia degli Assicuratori ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 10 - Durata e proroga dell'assicurazione

Il periodo di questa assicurazione non potrà essere superiore a 12 mesi a meno che non preventivamente diversamente concordato e cessa alla sua naturale scadenza, senza rinnovo automatico e senza obbligo di disdetta, fatto salvo un periodo di proroga copertura di 30gg, termine entro quale potrà essere rinnovato il contratto e pagato il relativo premio.

Art. 11 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto al Broker al quale è assegnata la polizza oppure agli Assicuratori entro **10 giorni** da quando ne hanno avuto conoscenza o possibilità (Art. 1913 del Codice Civile). Devono inoltre fare seguito nel più breve tempo possibile le ulteriori indicazioni sulle modalità di accadimento del sinistro di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza (l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento), nonché i documenti (ad es. certificato medico per la garanzia Infortuni) e gli atti giudiziari relativi al sinistro successivamente a lui pervenuti.

Nel caso di Infortunio il decorso deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

L'Assicurato o in caso di morte, i beneficiari, devono consentire agli Assicuratori le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari da eseguirsi in Italia.

Se l'Assicurato omette o ritarda la presentazione della denuncia di sinistro, gli Assicuratori hanno diritto di rifiutare o ridurre il pagamento del danno in ragione del pregiudizio sofferto (Art. 1915 Codice Civile).

L'assicurato è altresì esonerato dal provare che il danno non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dalla garanzia.

Art. 12 - Esagerazione dolosa del danno

Il Contraente o l'Assicurato che esagera dolosamente l'ammontare del danno, dichiara distrutte cose che non esistevano al momento del sinistro, occulta, sottrae o manomette cose salvate, adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, altera dolosamente le tracce ed i residui del sinistro o facilita il progresso di questo, perde il diritto all'indennizzo.

Art. 13 - Oneri fiscali

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

Art. 14 - Foro competente – Domande giudiziali

Foro competente, a scelta della parte attrice è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Assicurato.

Art. 15 - Rinvio alle norme di legge

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

In caso di eventuali dubbi di interpretazione sui contenuti delle clausole contrattuali, le stesse saranno interpretate in senso favorevole al Contraente/Assicurato.

Art. 16 - Elementi per il calcolo del premio

Per elementi, presi a base per il calcolo del premio così come indicati nella Scheda di Polizza, sono da considerare:

VOLONTARI TOTALI: di cui Operativi – Minorenni – facenti parte del Consiglio Direttivo – “in presenza media giornaliera” – Volontari occasionali

LAVORATORI DIPENDENTI: Impiegati – Soccorritori – Tecnici

ALTRI LAVORATORI/PRESTATORI D'OPERA: Soci Lavoratori (per le Cooperative Sociali) – Altri prestatori d'opera – Infermieri – Medici – Operatori Sanitari diversi

ULTERIORI FIGURE: Migranti – Minori in Affido – LSU / LPU / MAP – Servizio Civile – Alternanza Scuola Lavoro

FIGURE SPECIFICHE: Responsabile Sanitario – Associati (per le Associazioni e APS) – Utenti/ Ospiti

FORMAZIONE: N° corsi annui – Media partecipanti corsi

Ai fini dell'identificazione dei Volontari si farà riferimento:

- al registro degli aderenti che prestano attività di Volontariato come previsto dall'Art. 3 del D.M. 14/02/1992 modificato dall'Art. 3 del D.M. 16/11/1992.

Si precisa che è condizione essenziale, ai fini della validità della garanzia, che il Contraente tenga quotidianamente aggiornato tale registro.

Le variazioni numeriche delle persone identificate nel registro sopra indicato, verificatesi nel corso della garanzia, che superino i numeri dichiarati nel Questionario Assuntivo devono essere comunicate dall'Ente al Broker che intermedia il contratto a mezzo lettera Raccomandata A.R. o fax o Posta Certificata entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno di polizza.

Polizza n. 48610204 Pagina 16

Se nel corso del periodo assicurativo annuo viene superato il limite numerico previsto, gli Assicuratori rinunceranno ad applicare il disposto dell'ultimo comma dell'Art. 1898 Codice Civile sempre che:

a) il numero dei volontari in "presenza media giornaliera", come indicato nel Questionario, di cui al registro degli aderenti e/o al registro presenze, che prestano attività di volontariato come previsto dall'Art. 3 del D.M. 14/02/1992 modificato dall'art. 3 del D.M. 16/11/1992 **NON SUPERI di 10 UNITA'** quanto previsto nel predetto Questionario, nel caso di **POLIZZA INTEGRATIVA** ad altre Assicurazioni o per la sola Sezione II della presente polizza;

oppure

b) il numero degli aderenti all'Organizzazione di Volontariato, di cui al registro degli aderenti, che prestano attività di Volontariato come previsto dall'art. 3 del D.M. 14/02/1992 modificato dall'art. 3 del D.M. 16/11/1992 più il numero dei Lavoratori Dipendenti / Soci Lavoratori / Altri prestatori d'opera **NON SUPERI al MASSIMO il 20% (venti per cento) delle unità – in positivo o negativo – previste nel predetto Questionario.**

Nel caso ci sia il superamento del limite massimo e/o delle unità sopra citati, si applicherà il disposto dell'Art. 7 "Aggravamento di rischio – Buona Fede".

Gli Assicuratori hanno il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali la Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e/o le documentazioni necessarie.

Art. 17 - Regolazione del premio

Inclusioni ed esclusioni in corso d'anno verranno regolate – preso atto di quanto previsto dai commi a) e b) dell'Art. 16 "Elementi per il calcolo del premio" - sulla base del premio pro capite emerso in polizza, in ragione di 1/3 del premio annuo, indipendentemente dal momento di ingresso in copertura dei singoli Assicurati.

A tale scopo:

entro **30 giorni prima** della fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente o l'Assicurato deve fornire per iscritto agli Assicuratori, in relazione a quanto previsto dal contratto, gli elementi variabili previsti in polizza.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 30 giorni dalla comunicazione effettuata dagli Assicuratori.

Resta fermo il premio minimo stabilito in polizza.

Gli Assicuratori hanno il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 18 – Clausola procedura per i reclami

Eventuali reclami inerenti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto alla Compagnia presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti:

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Ufficio Reclami - Via G.B. Cassinis 21, 20139 Milano Fax 02 5351794

- Email: reclami@helvetia.it.

Competono alla Compagnia anche i reclami che riguardano i soggetti coinvolti nel ciclo operativo della Compagnia stessa, compresi gli Agenti e relativi dipendenti o collaboratori.

La Compagnia invia la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo, prorogati fino a 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i dipendenti o collaboratori).

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it



La Contraente

 x AIML, il legale rappresentante

Clausole Vessorie (Clausole da approvare esplicitamente per iscritto)

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le seguenti disposizioni contenute nelle Norme che Regolano l'Assicurazione in Generale:

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio

Art. 7 – Aggravamento del rischio – Buona fede

Art. 9 – Recesso in caso di sinistro

Art. 10 – Durata e proroga dell'assicurazione

Art. 12 – Esagerazione dolosa del danno

Art. 14 – Foro competente – Domande giudiziali

Art. 16 – Elementi per il calcolo del premio

Art. 17 – Regolazione del premio



La Contraente

 x AIML, il legale rappresentante

Norme che Regolano l'Assicurazione Infortuni

Art. 19 - Delimitazione territoriale

L'assicurazione infortuni vale per il **mondo intero**, salve specifiche limitazioni.

Art. 20 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione, salve le eventuali limitazioni di cui agli Artt. 43 e 44, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'**attività precisata nella Scheda di Polizza, nonché le attività statutarie e quelle strettamente accessorie e/o strumentali.**

A titolo meramente esemplificativo ma non esaustivo tra le attività accessorie sono comprese:

- a) *la partecipazione a tutti gli incontri assembleari previsti dallo statuto, a raduni, a mostre, a manifestazioni aventi carattere promozionale, ricreativo e formativo, connesse ai fini istituzionali della Contraente;*
- b) *la partecipazione ad attività caritative, assistenziali e formative;*
- c) *l'attività di raccolta stoccaggio di beni alimentari, nonché la consegna degli stessi ai centri di smistamento e/o ai soggetti beneficiari; del vetro, della carta, delle cose usate;*
- d) *il servizio di accompagnamento degli assistiti nelle sedi e per i motivi ritenuti più opportuni dalla Contraente;*
- e) *riunioni e manifestazioni in genere anche a carattere ricreativo e/o sportivo, incluso calcio e basket;*
- f) *pellegrinaggi, viaggi, soggiorni in genere, gite anche sciistiche;*
- g) *passeggiate ed escursioni, anche in montagna;*

In particolare, è compresa la partecipazione ad **Eventi Speciali.**

La garanzia comprende altresì il c.d. rischio "**in ITINERE**", purché questi infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso - per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, sia privati, sia pubblici o di servizio - per raggiungere l'ubicazione della Contraente e/o il luogo dove svolgono la propria attività volontaria, dal domicilio o dal luogo di lavoro e viceversa.

Art. 21 - Rischi compresi in garanzia

La copertura è operante anche per gli infortuni:

- *sofferiti durante l'uso e/o la guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, sempre che l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni di legge.*
- *Nel caso il documento comprovante l'abilitazione sia scaduto da meno di tre mesi alla data dell'infortunio e sia stato rinnovato entro 30 giorni da tale data la copertura si intende comunque operante. L'estensione è inoltre valida solo se l'Assicurato quando alla guida del veicolo non presenti un tasso alcolemico uguale o superiore a 1g/litro, ovvero non si trovi in uno stato di abuso di psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;*
- *conseguenti a malore o stato di incoscienza;*
- *subiti a causa di imperizia, imprudenza, negligenza o colpa anche gravi;*
- *conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;*
- *sofferiti in occasione di scioperi o sommosse, tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;*
- *derivanti da stato di guerra internazionale, guerra civile, lotta armata e insurrezione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi, a condizione che l'Assicurato si trovi già nello Stato Estero nel quale gli eventi sopra descritti siano insorti;*
- *occorsi in qualità di passeggero, su mezzi di trasporto terrestre, di superficie acqua nonché durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri, ferma la limitazione prevista all'Art. 23 lettera a);*
- *derivanti da avvenimenti quali arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto tali da causare, per le condizioni climatiche o per la perdita di orientamento, la morte dell'Assicurato o lesioni permanenti gravi;*
- *occorsi durante l'attività, derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o eventi naturali in genere – in deroga dell'Art. 23 comma I) – nonché a seguito di crollo di edifici, incendi e qualsiasi calamità derivante dall'incuria dell'uomo.*

Art. 22 - Rischi parificati ad infortunio

Sono altresì considerati infortuni:

- a) *l'asfissia non di origine morbosa; sono compresi anche i casi asfissia originati per involontaria aspirazione di gas e vapori;*
- b) *gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze tossiche, purché dovuti a cause fortuite e involontarie, nonché le affezioni acute e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di malattie tropicali;*
- c) *le lesioni corporali causate da contatto improvviso con sostanze corrosive;*
- d) *l'annegamento;*
- e) *l'assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore, gli effetti di influenze termiche ed atmosferiche, la disidratazione;*
- f) *la folgorazione;*

Polizza n. 48610204 Pagina 18

g) le lesioni muscolari determinate da sforzi (comprese le ernie addominali) e le lesioni sottocutanee dei tendini nei limiti di quanto indicato all'Art. 36; sono esclusi gli infarti e i colpi apoplettici, le lesioni muscolari non determinate da sforzi e le ernie diverse da quelle addominali da sforzo;

h) *l'intossicazione anche non avente origine traumatica;*

i) *il soffocamento da ingestione di solidi.*

Art. 23 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso anche come passeggero: di aeromobili di società e/o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, di aeromobili, di aeroclub e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio, compresa la pratica del paracadutismo);
- b) dall'utilizzo come pilota o come componente dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- c) dalla partecipazione come pilota e/o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, ivi compresa la pratica di motocross svolta anche al di fuori di gare, prove, allenamenti, fatto salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- d) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- e) da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, nonché da volontaria alterazione psichica da qualsiasi causa determinata; da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- f) dalla partecipazione ad azioni delittuose commesse e/o tentate, ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- g) da guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, salvo quanto previsto all'Art. 21 lettera e) e f);
- h) dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- i) da interventi chirurgici, accertamenti o di cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- j) dall'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici;
- k) dall'uso e/o della guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, se l'Assicurato è privo della abilitazione di legge; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che la patente sia successivamente rinnovata o rilasciata dagli organi competenti;
- l) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni o eventi naturali in genere (derogato dall'Art. 21 lettera i);
- m) dalla pratica di sport estremi quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: free climbing, skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewing, torrentismo, base jumping, canyoning, sci estremo, airboarding e altre discipline assimilabili a sport estremi;
- n) dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a livello ricreativo:
 - equitazione, hockey, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, pugilato, rugby, football americano, scalata di qualsiasi tipo dal terzo grado in poi, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, bob, skeleton, pugilato, speleologia, immersioni con autorespiratore;
 - calcetto, ciclismo e sport ippici in genere in occasione di manifestazioni svolte sotto l'egida delle rispettive federazioni;
 - occorsi in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri, in caso di polizze di durata inferiore ad un anno.

Art. 24 - Persone non assicurabili

Premesso che qualora gli Assicuratori fossero stati a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata da test HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) non avrebbero consentito a stipulare l'assicurazione, si conviene che nel caso in cui una o più delle malattie o delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso di efficacia del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile.

Non sono parimenti assicurabili:

- a) tutti gli appartenenti alle Forze Armate e alle Forze dell'Ordine quali a titolo esemplificativo, i Corpi di: Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Vigili del Fuoco – fatta eccezione dei Vigili del Fuoco Volontari, per quanto concerne il solo rischio "in ITINERE", ivi compreso il personale degli Istituti di Vigilanza;
- b) collaudatori di veicoli e motoveicoli in genere, attività che comportano il contatto con esplosivi e materiale pirotecnico, investigatori privati, guardie del corpo, controfigure e stuntman, attività circensi.

Le garanzie sono altresì estese ai lavoratori, volontari e soci attivi diversamente abili e precisamente:

A) con invalidità sensoriale;

B) con invalidità motoria.

A parziale modifica di quanto previsto dall'Art. 33 "Criteri di Indennizzabilità – Patologie preesistenti" gli Assicuratori corrisponderanno l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla Tabella INAIL sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

Polizza n. 48610204 Pagina 19

Qualora l'evento indennizzabile a termini di polizza comporti il ricovero in un Istituto di Cura e/o l'utilizzo delle prestazioni previste nella garanzia di cui all'Art. 32 "Rimborso Spese Mediche da Infortunio", anche se l'Assicurato è portatore di handicap con invalidità preesistente del 100%, verrà riconosciuto l'indennizzo senza alcuna esclusione o limitazione.

Lo stesso principio verrà applicato anche per il caso morte.

Per quanto concerne l'Invalidità Permanente da Infortunio, gli Assicuratori corrisponderanno l'indennizzo nelle seguenti modalità:

- per gli Assicurati diversamente abili di fascia A) - come i non vedenti – gli Assicuratori corrisponderanno l'indennizzo con esclusione degli organi già lesi e/o non funzionanti al momento della stipula dell'assicurazione;
- per gli Assicurati diversamente abili di fascia B) - come i paraplegici e i tetraplegici - valgono i seguenti criteri:
- per gli Assicurati paraplegici che mantengono inalterate le funzionalità degli arti superiori e degli organi di senso, gli Assicuratori corrisponderanno l'indennizzo in base alle percentuali previste alla Tabella INAIL;
- per gli Assicurati tetraplegici che mantengono una funzionalità parziale degli arti e degli organi di senso, gli Assicuratori corrisponderanno l'indennizzo tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla Tabella INAIL sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

Ai fini della validità della garanzia invalidità permanente per infortunio, deve essere presentata, in occasione di sinistro, la certificazione medico legale rilasciata dalla commissione sanitaria dell'ASL di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (Legge n. 104/92) con allegata tabella attestante tutte le invalidità preesistenti.

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

Art. 25 - Limiti di età

Nessuno.

Ai fini della presente assicurazione al compimento del 75° (settantacinquesimo) anno di età dell'Assicurato il capitale assicurato per il caso Morte da Infortunio, Invalidità Permanente da Infortunio, Indennità per Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Rimborso Spese Mediche da Infortunio si intende ridotto del **50% con l'applicazione di una franchigia fissa del 5% sull'Invalidità Permanente da Infortunio.**

RESTANTE PARTE DELLA PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Prestazioni Principali

Art. 26 – Morte da Infortunio

Gli Assicuratori indennizzeranno la somma assicurata prevista nella Scheda di Polizza qualora l'infortunio abbia come conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato.

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per il caso Invalidità Permanente da Infortunio.

La prestazione viene erogata anche se la morte dell'Assicurato si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto.

Per i soggetti assicurati di età inferiore ai 18 anni la somma assicurata per il caso di morte da infortunio non potrà essere superiore ad Euro 50.000,00.

Alla morte da infortunio è equiparato il decesso da **"Infortunio Biologico contratto in servizio e per cause di servizio"** avvenuto entro il sesto (6°) mese dall'inizio dell'iter sanitario.

In caso di sinistro che determini uno stato di "Morte da Infortunio Biologico" gli Assicuratori corrisponderanno agli aventi diritto, su richiesta corredata da certificazione medica, una indennità pari ad **Euro 25.000,00**.

Ai fini della presente copertura è considerata morte da infortunio anche lo stato dichiarato di **"Coma Irreversibile"**.

In caso di sinistro che determini uno stato di "Coma Irreversibile" gli Assicuratori corrisponderanno agli aventi diritto, su richiesta corredata da certificazione medica, una indennità pari ad **Euro 15.000,00**.

Tale indennità si intende comunque acquisita dall'Assicurato, è compresa nel massimale indicato nella Scheda di Polizza e potrà essere erogata una sola volta per sinistro.

Art. 27 – Invalidità Permanente da Infortunio

Gli Assicuratori indennizzeranno la somma assicurata prevista nella Scheda di Polizza sulla base dei criteri di cui all'Art. 35 "Determinazione e liquidazione della Invalidità Permanente da Infortunio" qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente, intendendosi per tale la perdita o la diminuzione definitiva della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi attività, indipendentemente dalla sua professione, con esclusione dei danni di natura puramente estetica.

La garanzia è prestata anche se l'insorgere della invalidità permanente si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro 2 anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto.

Per i soggetti assicurati di età inferiore ai 18 anni la somma assicurata per il caso di invalidità permanente da infortunio non potrà essere superiore ad Euro 50.000,00.

Art. 28 – Indennità per Ricovero Ospedaliero

Gli Assicuratori indennizzano, nel limite della somma assicurata prevista nella Scheda di Polizza, qualora l'infortunio abbia come conseguenza un ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura, con degenza comportante pernottamento e documentata da cartella clinica oppure in regime di Day Hospital per un periodo non inferiore a 3 giorni:

1. Indennità per Ricovero da Infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza un ricovero in Istituto di Cura secondo quanto previsto dal presente articolo, gli Assicuratori corrisponderanno per ogni giorno di degenza con pernottamento, l'indennizzo giornaliero per la durata massima dei giorni indicati nella Scheda di Polizza.

Il rimborso sarà effettuato dagli Assicuratori a completa guarigione clinica, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti le cause e la durata del ricovero.

Il giorno di entrata e di dimissione sono considerati un'unica giornata.

La domanda di rimborso e la relativa documentazione di cui sopra devono essere presentati agli Assicuratori entro il 45 giorno successivo a quello in cui è avvenuta la dimissione dall'Istituto di Cura.

In caso di ricovero in regime di Day Hospital per un periodo non inferiore a 2 giorni, gli Assicuratori corrisponderanno un indennizzo pari al 50% della somma assicurata per un massimo di giorni indicati nella Scheda di Polizza, per ogni giorno di degenza, per infortunio e anno assicurativo.

2. Indennità per Assenza Scolastica (per assicurati di età inferiore ai 18 anni)

Per gli Assicurati di età inferiore ai 18 anni che frequentino scuole di istruzione Elementare, Media e Secondaria e sempre che il ricovero, in Ospedale o Istituto di cura, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza avvenga durante il periodo scolastico, gli Assicuratori corrisponderanno a titolo di rimborso spese per recupero scolastico un'indennità pari al 50% di quella prevista in Scheda di Polizza per l'Indennità per Ricovero, per ogni giorno di ricovero.

Gli Assicuratori effettueranno il pagamento di quanto dovuto ai genitori dell'Assicurato o a chi ne ha la patria potestà, a termini della presente polizza su presentazione della documentazione attestante l'avvenuto ricovero e di copia della cartella clinica.

Il pagamento verrà effettuato a ricovero ultimato.

Per i ricoveri avvenuti all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Euro ed in Italia.

Polizza n. 48610204 Pagina 21

Art. 29 – Indennità per Immobilizzazione

Gli Assicuratori indennizzeranno la somma assicurata per la durata massima di giorni prevista nella Scheda di Polizza, qualora l'infortunio abbia come conseguenza l'applicazione di gessatura, o comunque di immobilizzazione, la contenzione con bende impastate di gesso, schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanicata o con apparecchi ortopedici immobilizzanti non amovibili autonomamente.

Alla gessatura è parificata l'immobilizzazione attuata chirurgicamente attraverso mezzi di osteosintesi.

Qualora l'osteosintesi non riguardi uno o più arti o la colonna vertebrale, l'indennità verrà corrisposta per un massimo di 60 giorni per sinistro.

In caso di applicazione di un mezzo di contenzione, anche diverso da quelli indicati, l'indennità da immobilizzazione verrà riconosciuta per le seguenti patologie:

- fratture di una o più arti o di vertebre, radiograficamente rilevate;
- lesioni miocapsulari e/o legamentose rilevate con diagnostica strumentale (Tomografia Assiale Computerizzata, Risonanza Magnetica Nucleare, Ecografia).

Art. 30 – Indennità per Convalescenza

Gli Assicuratori corrisponderanno un'indennità giornaliera per il caso di convalescenza d'importo **pari al 50% dell'Indennità per Ricovero** prescelta a seguito di ricovero.

Detta indennità giornaliera per convalescenza verrà corrisposta per la durata massima di giorni prevista nella Scheda di Polizza, per ogni ricovero e per anno solare.

La convalescenza deve essere prescritta dal medico curante e/o dal medico che ha sancito le dimissioni a seguito di degenza e dovrà essere documentata con idonea certificazione.

Sono esclusi dalla garanzia il parto, l'aborto, le malattie dipendenti da gravidanza e da puerperio, gli interventi su tonsille e vegetazioni adenoidee.

La garanzia ha decorrenza immediata dalla dimissione dalla Struttura sanitaria.

In caso di ricovero in Day Hospital con intervento chirurgico, l'Indennità giornaliera per il caso di convalescenza verrà corrisposta per una durata massima di 15 giorni.

Art. 31 – Inabilità Temporanea da Infortunio

Gli Assicuratori indennizzeranno la somma assicurata prevista nella Scheda di Polizza qualora l'infortunio abbia come conseguenza una inabilità temporanea, intendendosi per tale la perdita temporanea, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle abituali attività.

La liquidazione dell'indennizzo per inabilità temporanea, verrà effettuata nel modo seguente:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività principali e secondarie dichiarate.

L'indennizzo per inabilità temporanea decorre dal quarto giorno successivo a quello dell'infortunio e viene corrisposta per il periodo massimo di giorni previsto nella Scheda di Polizza.

L'indennizzo stesso sarà liquidato, qualora sia attiva contemporaneamente la garanzia "Indennità per Ricovero Ospedaliero", solo se tale garanzia non sarà efficace.

La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio purché regolarmente denunciato nei termini di polizza, o in caso di denuncia tardiva dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando come data di guarigione quella della prognosi indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato agli Assicuratori.

Per gli infortuni che si verificano al di fuori dell'Europa, l'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto limitatamente all'accertato periodo di ricovero ospedaliero fino alle ore 24 del giorno del rientro in Europa. L'indennizzo per inabilità temporaneo è cumulabile con quello dovuto per Morte e Invalidità Permanente (Artt. 26 e 27).

Per i soggetti di età inferiore ai 18 anni tale garanzia non è concedibile.

Art. 32 – Rimborso Spese Mediche da Infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza un rimborso delle spese, gli Assicuratori rimborseranno nel limite della somma assicurata, per infortunio e anno assicurativo, prevista nella Scheda di Polizza le spese sostenute – decurtate della relativa franchigia – per:

- gli onorari dei medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati;
- è escluso il rimborso delle cure odontoiatriche, delle paraodontopatie e delle protesi dentarie quando non siano conseguenza diretta e/o rese necessarie dall'infortunio. Il rimborso delle spese per le protesi dentarie, se dovuto, sarà comunque indennizzato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi;
- gli accertamenti diagnostici;
- le cure, i medicinali;
- i trattamenti fisioterapici, rieducativi e le cure termali – anche in assenza di ricovero ospedaliero purché motivato e documentato (escluse le spese di natura alberghiera e di alloggio);

Polizza n. 48610204 Pagina 22

- f) le rette di degenza;
- g) l'acquisto o il noleggio, per un periodo massimo di 365 giorni, di carrozzine ortopediche;
- h) il trasporto dell'Assicurato, con qualsiasi mezzo di soccorso allo scopo abilitato, all'Istituto di Cura o in ambulatorio entro il limite massimo percentuale previsto nella Scheda di Polizza.

Per i soggetti assicurati di età inferiore ai 18 anni la somma assicurata per la garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio non potrà essere superiore ad Euro 500,00.

Prestazioni Complementari

A) Anticipo indennizzo

Su richiesta dell'Assicurato e trascorsi almeno 90 giorni dalla data di accadimento dell'infortunio, **in caso di evento con postumi invalidanti stimabili dagli Assicuratori non inferiori al 15%**, e previa presentazione di idonea documentazione medica, gli Assicuratori stessi pagheranno un acconto pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro, fermo il limite massimo della somma assicurata indicata in polizza.

Il pagamento dell'acconto – che non potrà essere superiore a **Euro 125.000,00** qualunque sia l'ammontare del sinistro – non costituisce impegno definitivo degli Assicuratori circa il grado percentuale definitivo di invalidità permanente da liquidarsi.

B) Commorienza genitori

Se in seguito ad infortunio, determinato dal medesimo evento, consegue la morte dei genitori, sempre ch  entrambi assicurati con gli Assicuratori del presente contratto, **l'indennizzo per il caso morte spettante ai figli minorenni, se beneficiari ai sensi del presente contratto, viene aumentato del 50%**.

Tale aumento opera anche nei confronti dei figli portatori di handicap ancorch  maggiorenni (intendendosi per tali le persone che per il loro stato fisico o psichico sono impossibilitati a partecipare alla vita sociale o lavorativa).

Il cumulo delle somme pagate in eccedenza al capitale assicurato non potr  superare la somma assicurata indicata in polizza.

C) Decesso all'estero – Rimpatrio Salma

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, gli Assicuratori rimborseranno le spese sostenute e documentate per il rimpatrio della salma, fino all'importo massimo di **Euro 5.000,00**. In caso di decesso di pi  persone assicurate con la presente polizza, a seguito del medesimo evento, la Societ  ripartir  l'indennizzo proporzionalmente ai capitali assicurati per la garanzia "Morte da Infortunio" e non sar  comunque tenuta a corrispondere somme superiori a quella prevista.

Si intendono escluse le spese relative alla composizione della salma, alla cremazione della stessa, come anche ogni altra spesa relativa alla cerimonia funebre.

D) Lesioni al viso

Per le persone fino a 50 anni di et  (per le donne 55 anni di et ), se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti, gli Assicuratori liquideranno una somma a titolo di ulteriore indennit  per il rimborso delle spese documentate e sostenute per l'intervento cosmetico chirurgico riparatore fino ad un massimo di **Euro 10.000,00**.

E) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Societ  liquider  ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverr  prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Artt. 60 e 62 C.C.

Resta inteso che, se dopo che la Societ  ha pagato l'indennit , risulter  che l'Assicurato   vivo, la Societ  avr  diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potr  far valere i propri diritti per l'invalidit  permanente eventualmente subita.

RESTANTE PARTE DELLA PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Norme Specifiche che Regolano la Liquidazione dei Sinistri

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, **gli Assicuratori liquideranno l'indennità – se dovuta – dandone comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederanno al pagamento entro 30 giorni.**

Art. 33 - Criteri di indennizzabilità – Patologie preesistenti

Gli Assicuratori corrispondono l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un senso, di un arto o di un organo già minorato, le percentuali di cui alla Tabella allegata alla Polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 34 - Liquidazione ai beneficiari in caso di morte dell'Assicurato

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo quanto previsto all'Art. 25) "Morte da infortunio", gli Assicuratori corrisponderanno la somma assicurata prevista ai beneficiari designati.

In difetto di designazione, gli Assicuratori liquideranno detta somma agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza e in applicazione degli Artt. 60 comma 3) e 62 del C.C. o dell'art. 211 del C.N. l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, gli Assicuratori corrisponderanno ai beneficiari l'indennizzo previsto per il caso di morte.

Se, dopo che gli Assicuratori avranno pagato l'indennizzo, sarà provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, gli Assicuratori avranno diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta della somma pagata, l'Assicurato potrà far valere i suoi diritti nel caso in cui abbia subito un infortunio con conseguenze invalidanti permanenti come previste all'Art. 27) "Invalidità permanente da infortunio". Tuttavia se dopo il pagamento dell'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti a nessun rimborso, mentre i beneficiari hanno il diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 35 - Determinazione e liquidazione della Invalidità Permanente da Infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente secondo quanto previsto all'Art. 27) "Invalidità permanente da infortunio", per la valutazione delle menomazioni si farà riferimento alla Tabella di seguito riportata.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di funzionalità perduta, che sarà accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri della Tabella seguente:

	Destro		Sinistro
Sordità completa da un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedi tabella specifica)		=	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		=	
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85%		75%
b) per amputazione del terzo superiore	80%		70%
Perdita:			
a) del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
b) dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
c) di tutte le dita della mano	65%		55%
d) del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
e) totale del pollice	28%		23%
f) totale dell'indice	15%		13%
g) totale del medio		12%	

Polizza n. 48610204 Pagina 24

	Destro	Sinistro
h) totale dell'anulare		8%
i) totale del mignolo		12%
j) della falange ungueale del pollice	15%	12%
k) della falange ungueale dell'indice	7%	6%
l) della falange ungueale del medio		5%
m) della falange ungueale dell'anulare		3%
n) della falange ungueale del mignolo		5%
o) delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
p) delle due ultime falangi del medio		8%
q) delle due ultime falangi dell'anulare		6%
r) delle due ultime falangi del mignolo		8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi		
	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpicca in estensione rettilinea		
	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		
		45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		
		80%
Perdita totale di una coscia in un qualsiasi altro punto		
		70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		
		65%
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		
		55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		
		50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		
		30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		
		16%
Perdita totale del solo alluce		
		7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		
		3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		
		35%
Anchilosi tibiio-tarsica ad angolo retto		
		20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		
		11%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somme matematiche, fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva			
Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.

Polizza n. 48610204 Pagina 25

Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da due a dieci punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.

La perdita di cinque decimi di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata al 16% se si tratta di infortunio agricolo.

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva		
In caso di afachia monolaterale:		
s)	con visus corretto 10/10, 9/10, 8/10	15%
t)	con visus corretto 7/10	18%
u)	con visus corretto 6/10	21%
v)	con visus corretto 5/10	24%
w)	con visus corretto 4/10	28%
x)	con visus corretto 3/10	32%
y)	con visus corretto inferiore a 3/10	35%

In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativi.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi 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%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e criteri ivi indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Criteria di liquidazione:

la liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente, determinata in base alla Tabella, ove non diversamente indicato con eventuali allegati, verrà effettuata nel modo seguente:

- non si farà luogo a risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente;**
- tale franchigia assoluta è fissata al 5% per gli Assicurati di età inferiore ad anni 18 e in generale per gli Assicurati nel momento effettivo dello svolgimento delle attività previste al Cod. A24 dell'elenco "Attività Assicurabili";**
- per coloro che abbiano compiuto 75 anni di età tale franchigia assoluta è altresì fissata al 5%;**
- Tale franchigia assoluta è altresì fissata al 5% per tutti gli Assicurati durante lo svolgimento di qualsivoglia attività ricreativa a carattere sportivo.**

Se dopo il pagamento dell'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti a nessun rimborso, mentre i beneficiari hanno il diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore a quello per invalidità permanente.

Si dà inoltre atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del Contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 35bis – Franchigia sull'Invalidità Permanente da Infortunio (3% relativa 10%)

Da Euro 0,00 e fino ad Euro 250.000,00 a deroga dell'Art. 35 delle Condizioni di Polizza è stabilito che non verrà corrisposta alcuna indennità per Invalidità Permanente quando questa non sia di grado superiore al 3% della totale.

Se invece l'Invalidità Permanente medesima è superiore al 3% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 10% della totale, l'Assicuratore liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

Da Euro 250.000,00 e fino ad Euro 500.000,00 non verrà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 5% della totale.

Eccedente Euro 500.000,00 e fino ad Euro 1.000.000,00; non verrà corrisposta alcuna indennità per invalidità permanenti non superiori al 7% della totale.

Polizza n. 48610204 Pagina 26

Art. 36 - Liquidazione delle ernie traumatiche o da sforzo – Lesioni sottocutanee dei tendini

Se l'infortunio ha come conseguenza ernie traumatiche o da sforzo o lesioni sottocutanee dei tendini, gli Assicuratori corrisponderanno:

- nel caso in cui l'ernia risulti operabile, un indennizzo giornaliero per il periodo di ricovero in Istituto di Cura con il limite di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente (Art. 27) con il massimo di Euro 100,00;
- nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente (Art. 27). Restano fermi i criteri di liquidazione previsti all'Art. 35 "Determinazione e liquidazione dell'invalidità permanente da infortunio";
- nel caso di lesioni sottocutanee dei tendini, verrà riconosciuto un indennizzo forfettario pari al 1% della somma assicurata per invalidità permanente (Art. 27) con il massimo di Euro 1.000,00.

In tal caso non saranno operanti i criteri di liquidazione previsti all'Art. 35 "Determinazione e liquidazione dell'invalidità permanente da infortunio".

Art. 37 - Controversie - Arbitrato irrituale

Ferma la facoltà di ricorso al giudice ordinario competente, le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado di durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di liquidazione previsti, debbono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici. Il Collegio Medico risiede nel comune sede di istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Art. 38 - Diritto di surrogazione

Gli Assicuratori rinunciano a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i responsabili dell'infortunio.

Condizioni Speciali di Assicurazione (sempre operanti)

Art. 39 - Assicurazioni per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi di quanto disposto dall'Art. 1891 del C.C.

Art. 40 - Evento Catastrofale

Nel caso in cui un unico evento provochi l'infortunio di 2 o più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico degli Assicuratori e della Società non potrà comunque superare l'importo complessivo di **Euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00)**.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il suddetto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto intercorrente fra il detto limite e il totale delle somme assicurate.

Art. 41 - Estensione al rischio volo per polizze cumulative

In caso di polizza stipulata per una pluralità di assicurati, l'assicurazione prestata con il presente contratto è estesa anche agli infortuni che gli Assicurati subiscano in qualità di passeggeri, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, ad eccezione dei servizi di Elisoccorso e di Rimpatrio Sanitario);
- su aeromobili di aeroclubs.

La copertura inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne è disceso.

La presente estensione di garanzia non è valida se la polizza:

- ha durata inferiore ad un anno;
- è stipulata da agenzie di viaggio a favore della clientela.

Resta stabilito che il totale delle somme assicurate con la presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dal Contraente, dagli Assicurati o da altri in suo favore con la Società, non potrà superare l'importo di:

Euro 1.000.000,00 per il caso di morte per persona, Euro 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente per persona e di Euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00) per aeromobile.

Polizza n. 48610204 Pagina 27

Art. 42 – Supervalutazione dell’Invalità Permanente da Infortunio

Qualora l’invalità permanente conseguente ad infortunio accertata con i criteri di indennizzabilità previsti in polizza, comporti una riduzione permanente della capacità lavorativa generica in misura non inferiore al **50%** la Società liquiderà un indennizzo pari al **100%** del capitale assicurato.

Art. 43 – Limitazione dell’assicurazione: Rischi professionali e Rischi extraprofessionali

A parziale deroga di quanto previsto all’Art. 19 “Oggetto dell’assicurazione”, si precisa che solamente per i lavoratori dipendenti e/o soci lavoratori o altri prestatori di lavoro, si intende operante la sola garanzia per gli infortuni professionali. A parziale deroga di quanto previsto all’Art. 19 “Oggetto dell’assicurazione”, si precisa che solamente per i volontari, si intende operante la sola garanzia per gli infortuni extraprofessionali, limitatamente all’attività volontaria precisata nella Scheda di Polizza.

Art. 44 – Malattie Professionali (come richiesto dalla L. 266/91 e successive)

L’assicurazione – per i soli **Volontari** – si intende estesa anche alle *malattie professionali* (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni intervenute) che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che comportino la morte o riducano l’attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale. Sono escluse la silicosi e l’asbestosì. Resta ferma l’esclusione di cui all’Art. 23 lettera d).

Art. 45 – Malattie contratte per causa di servizio (garanzia Ricovero e Convalescenza)

In caso di ricovero dell’Assicurato in istituto di cura a seguito di **malattia contratta in servizio e per cause di servizio** e relativa esclusivamente allo svolgimento dell’attività descritta in polizza e per la quale viene prestata la presente Assicurazione, la Società corrisponderà all’Assicurato stesso, **un’indennità giornaliera** per ciascun giorno di ricovero, per la durata massima dei giorni indicati nella Scheda di Polizza, per sinistro e per anno assicurativo.

Il giorno di dimissione dall’istituto di cura non viene considerato nel computo dei giorni.

L’assicurazione decorre dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per i ricoveri dovuti a malattia.

In caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Successivamente alla dimissione ospedaliera o da struttura equivalente, nel caso in cui sul certificato medico di dimissione venga specificato che l’Assicurato necessita di un periodo di forzato riposo con una prognosi superiore a 5 (cinque) giorno lavorativi, verrà riconosciuta un’indennità giornaliera di convalescenza a partire dall’ottavo giorno lavorativo e non oltre i **15 (quindici) giorni**.

Alla Convalescenza è equiparata la “quarantena” imposta dall’autorità sanitaria e certificata dal test (tamponi e/o sierologici) risultato positivo.

Le somme assicurate per gli eventi conseguenti a malattie contratte in servizio e per cause di servizio per le quali, al momento dell’accadimento dell’evento, non siano operanti presso il Ministero della Salute protocolli operativi di cura, si intendono ridotte del 50%.

Art. 46 – Infortunio Biologico e Malattia da Contagio (operante se pagato il relativo premio)

Art. 46.1 – Oggetto dell’Assicurazione

L’Assicurazione, prestata con la presente polizza, si intende operante ai sensi del D.Lgs. 3 luglio 2017 n. 117 per tutti i Volontari che risultino regolarmente iscritti negli appositi registri dell’Associazione Contraente, nonché per i lavoratori dipendenti, e garantisce esclusivamente gli eventi conseguenti a **infortunio biologico e malattia infettiva e diffusiva da contagio** occorsi agli stessi durante l’attività di volontariato svolta per conto ed ordine della Contraente.

A miglior precisazione di quanto sopra, per infortunio biologico e malattie infettive e diffuse da contagio - **inerenti l’attività svolta** – si intendono **solo quelle esplicitamente menzionate nel seguente elenco** (estratto dall’ELENCO MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE CHE DANNO ORIGINE A PARTICOLARI MISURE DI SANITÀ PUBBLICA di cui al DECRETO MINISTERIALE 15 DICEMBRE 1990):

CLASSE PRIMA:

1-3) non operante;

4) Virus Ebola, se contratto sul territorio italiano;

5-8) non operante;

9) differite;

10) influenza con isolamento virale

11) rabbia;

12) tetano;

13) non operante;

Polizza n. 48610204 Pagina 28

CLASSE SECONDA:

- 14)-16) non operante;
- 17) epatite virale B;**
- 18) epatite virale C;**
- 19) epatite virale non specificata;**
- 20)-25) non operante;
- 26) meningite ed encefalite acuta virale;**
- 27) meningite meningococcica;**
- 28)-33) non operante;
- 34) salmonellosi non tifoidee;**
- 35) non operante;
- 36) sifilide;**
- 37)-38) non operante;

CLASSE TERZA:

- 39) AIDS;**
- 40) non operante;
- 41) non operante (*Malaria operante solo se acquistata la relativa Condizione Particolare "Malattie Tropicali" della Sezione I – Infortuni di polizza*)
- 42) non operante;
- 43) tubercolosi**

CLASSE QUARTA: non operante;

CLASSE QUINTA: **malattie infettive e diffuse notificate all'unità sanitaria locale e non comprese nelle classi precedenti.**

Art. 46.2 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- le malattie mentali, i disturbi psichici in genere come pure i comportamenti nevrotici;
- le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
 - abuso di alcolici,
 - uso di allucinogeni,
 - uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- le conseguenze derivanti da:
 - atti di terrorismo,
 - stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata ed insurrezione, fatta eccezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi sopra descritti, se e in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace,
 - movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
 - **epidemie e/o pandemie**, intese come insorgenza improvvisa e simultanea di molti casi della stessa malattia infettiva, per un periodo di tempo limitato, con diffusione su larga scala;
- le conseguenze dirette o indirette - derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc...);
- i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici.
- **gli eventi conseguenti ad infortunio biologico e malattie infettive e diffuse da contagio per le quali, al momento dell'accadimento dell'evento, non siano operanti presso il Ministero della Salute protocolli operativi di cura.**

Art. 46.3 – Efficacia della garanzia

La garanzia decorre dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione ed è operante per tutti i soggetti sia Volontari, che risultino iscritti nell'apposito registro, sia lavoratori dipendenti a libro paga alla data di stipulazione della polizza, nonché per coloro che aderiscano successivamente all'organizzazione di volontariato.

Per questi ultimi la garanzia decorrerà dalle ore 24 del giorno di iscrizione nel registro o di assunzione. Per coloro che invece cessino di far parte dell'organizzazione la garanzia assicurativa, perderà efficacia dalle ore 24 del giorno dell'annotazione della cancellazione nel registro.

Art. 46.4 – Persone non assicurabili - Limite di Età

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, da tutte le malattie elencate in polizza ove già diagnosticate o infermità mentali.

Di conseguenza l'assicurazione cessa nel momento in cui le malattie elencate in polizza vengono definitivamente diagnosticate.

Ai fini della presente assicurazione dal compimento del settantesimo (70°) anno di età il capitale assicurato si intende ridotto così come segue: massimo indennizzo Euro 25.000,00

Polizza n. 48610204 Pagina 29

Art. 46.5 – Garanzia prestata**Indennizzo Forfait**

Entro il limite della somma assicurata nella Scheda di Polizza ciascun volontario e/o lavoratore dipendente potrà ottenere un indennizzo di Invalidità Permanente conseguente a quanto previsto all'Art. 46.1) del presente contratto qualora – al termine dell'iter sanitario (*Protocolli Operativi Sanitari*) previsto nella presente polizza – risulti ancora affetto e contagioso per la medesima malattia infettiva.

È considerata **Invalidità Permanente** la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa dell'Assicurato indipendentemente dalla propria attività/professione.

Il caso di decesso da Malattia da Contagio – avvenuto entro il sesto (6°) mese dall'inizio dell'iter sanitario – è equiparato alla "Morte da Infortunio" e pertanto verrà liquidato un capitale pari:

a) al 50% della somma assicurata nella Scheda di Polizza relativamente ai casi afferenti l'Art. 46.1) ai punti 9), 11), 12), 17), 18), 19), 26), 27), 34), 36), 39) e 42);

b) al 25% della somma assicurata nella Scheda di Polizza relativamente ai casi afferenti l'Art. 46.1) ai punti 10), 43) e Classe Quinta.

Ai fini della presente copertura è considerato anche lo stato dichiarato di "Coma Irreversibile".

Art 46.6 - Liquidazione dell'indennità**46.6.1 - Valutazione dell'indennità**

L'ammontare dell'indennità è concordata direttamente dalla Compagnia – o da persona da essa incaricata - con il Contraente o persona da lui designata.

L'interpretazione, la validità e l'esecuzione di questa Polizza ricadono sotto la Legge Italiana e tutte le controversie che ne possono derivare con riferimento a o in relazione a tale polizza devono essere sottoposte all'Arbitrato del Foro Competente dove ha domicilio l'Assicurato, nel rispetto di e in conformità con le sue regole alla data del presente atto.

La Compagnia effettuerà – alla scadenza dell'Iter Sanitario previsto dal successivo Art. 46.6.2. "Metodi di Accertamento" e/o su richiesta dell'Assicurato a cura ultimata – il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato stesso a termini di polizza così come previsto dall'Art. 46.6.3 "Criteri di liquidazione della Garanzia".

Per i ricoveri eventualmente avvenuti all'estero il pagamento sarà effettuato in Italia ed in valuta corrente in Italia.

46.6.2 - Metodi di accertamento

a) Per quanto concerne le malattie di cui ai punti 9), 10), 11), 12), 17), 18), 19), 34), 36) e 39) dell'Art. 46.1 della polizza sarà utilizzato il sistema **"tempo zero" per la durata di 6 mesi**, ovvero: "obbligatorietà di sottoporre l'assicurato dopo un eventuale fatto improvviso ed esterno ad esame, **entro 8 ore dal fatto**, per accertare che la malattia infettiva/contagiosa non fosse pregressa o già in corso per cause non derivanti dall'attività di volontario o dipendente dell'associazione stessa.

Farà fede il Protocollo Operativo in caso di ESPOSIZIONE ACCIDENTALE A MATERIALE BIOLOGICO (Infortunio Biologico previsto dal Ministero della Salute) nonché il Protocollo Operativo adottato dal singolo Ente o dai servizi 118 Regionali

Nel secondo caso la Direzione Sanitaria dell'Ente provvederà a fornire copia degli esiti degli esami eseguiti ai singoli infortunati e ad attivare un sistema di registrazione e di archiviazione della documentazione sanitaria acquisita relativa ad ogni infortunio di questa tipologia. Qualora, durante il periodo di osservazione, si dovesse verificare una sieroconversione o il manifestarsi di una sintomatologia attribuibile ad infezioni a trasmissione ematica, la Direzione Sanitaria dell'Ente attiverà gli eventuali ulteriori accertamenti sanitari e provvederà altresì ad aggiornare la pratica INAIL, ove previsto.

b) Nel caso di malattie di cui ai punti 26), 27), 43) dell'Art. 46.1 qualora l'assicurato ritenga o supponga di esser stato contagiato in servizio o per causa di servizio, deve nel più breve tempo possibile da quando si presume si sia verificato il fatto, denunciare l'evento dannoso ritenuto causa del presunto contagio.

È fatto altresì obbligo all'assicurato di inviare una relazione dettagliata dell'evento dannoso, certificata dall'Ente di cui è affiliato.

Con la **durata massima di 6 mesi** faranno fede i Protocolli Operativi per le MENINGITI BATTERICHE CONTAGIOSE (Meningite Meningococcica e Meningite da *Haemophilus Influezae*) o in caso di ESPOSIZIONE ACCIDENTALE A T.B.C. (Infortunio Biologico) nonché il Protocollo Operativo adottato dal singolo Ente o dai servizi 118 Regionali.

Nel secondo caso la Direzione Sanitaria dell'Ente provvederà a fornire copia degli esiti degli esami eseguiti ai singoli infortunati e ad attivare un sistema di registrazione e di archiviazione della documentazione sanitaria acquisita relativa ad ogni infortunio di questa tipologia. Qualora, durante il periodo di osservazione, si dovesse verificare una sieroconversione o il manifestarsi di una sintomatologia attribuibile ad infezioni a trasmissione ematica, la Direzione Sanitaria dell'Ente attiverà gli eventuali ulteriori accertamenti sanitari e provvederà altresì ad aggiornare la pratica INAIL, ove previsto.

Polizza n. 48610204 Pagina 30

- c) Nel caso di malattie di cui ai punti 4) e Classe Quinta dell'Art. 46.1 della polizza, qualora l'assicurato ritenga o supponga di esser stato contagiato in servizio o per causa di servizio, deve nel più breve tempo possibile da quando si presume si sia verificato il fatto, denunciare l'evento dannoso ritenuto causa del presunto contagio.
È fatto altresì obbligo all'assicurato di inviare una relazione dettagliata dell'evento dannoso, certificata dalla Associazione di cui è affiliato.
Con la **durata massima di 6 mesi** faranno fede gli eventuali Protocolli Operativi del Ministero della Salute nonché i Protocolli Operativi adottati dai servizi 118 Regionali.

46.6.3 - Criteri di liquidazione della Garanzia

Non si darà luogo ad indennizzo per invalidità permanente, causata da malattia contratta in servizio e per causa di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al **15%** del totale.

Se l'Invalidità Permanente accertata è superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente applicando la percentuale di Invalidità accertata alla somma assicurata per Invalidità permanente totale, senza alcuna franchigia, **con il minimo di Euro 15.000,00**

Qualora l'Invalidità Permanente accertata sia pari o superiore al 66% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.

A parziale deroga dell'art. 42 (Persone non assicurabili), in caso di sinistro causato da AIDS gli Assicuratori indennizzeranno agli eventi diritto, su richiesta corredata da certificazione medica, una somma assicurata pari ad **Euro 15.000,00** sulla base dei criteri di cui indicato al medesimo articolo.

Tale somma si intende comunque acquisita dall'Assicurato, è compresa nel massimale indicato nella Scheda di Polizza e potrà essere erogata una sola volta per sinistro.

Art. 46.7 – Evento Catastrofale

Nel caso in cui un unico evento provochi l'infortunio biologico e/o malattia da contagio di 2 o più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo di polizza non potrà comunque superare l'importo complessivo di Euro 2.000.000,00 (duemilioni/00).

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il suddetto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto intercorrente fra il detto limite e il totale delle somme assicurate.

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la Società, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 6.000.000,00 (seimilioni/00). Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di polizza eccedono nel loro complesso tale importo, saranno proporzionalmente ridotti.

RESTANTE PARTE DELLA PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Condizioni Particolari di Assicurazione (operanti solo se attivate nella Scheda di Polizza)

Attività Temerarie

Se tra le attività svolte risulta esserci anche quella prevista al Codice A24 dell'elenco "Attività Assicurabili", il caso di morte o invalidità permanente da infortunio potrà essere derivante anche da una delle seguenti sotto-attività, se richiamate in Scheda di Polizza.

Tale estensione di garanzia è prestata fino alla concorrenza delle somme assicurate previste nella Scheda di Polizza:

A24 a) Soccorso Alpino: l'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica del Soccorso Alpino, a condizione che l'Associazione e gli Assicurati siano in possesso dei requisiti e delle abilitazioni previste per lo svolgimento dell'attività. Nonché l'attività specifica sia effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzature.

A24 b) Soccorso Speleologico: l'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica del Soccorso Speleologico, a condizione che l'Associazione e gli Assicurati siano in possesso dei requisiti e delle abilitazioni previste per lo svolgimento dell'attività. Nonché l'attività specifica sia effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzature.

A24 c) Soccorso in Mare – Tecnico Fluviale Lacustre – OPSA: l'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da immersioni subacquee con uso di autorespiratore comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose a condizione che non siano dovute allo svolgimento di attività professionale. La garanzia è valida a condizione che l'Associazione sia in possesso dei requisiti e delle abilitazioni previste per lo svolgimento dell'attività e che ogni singolo Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea – rilasciato da associazione a ciò legalmente autorizzata.

A24 d) A.I.B.: l'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dall'attività di Antincendio Boschivo, a condizione che l'Associazione e gli Assicurati siano in possesso dei requisiti e delle abilitazioni previste per lo svolgimento dell'attività. Nonché l'attività specifica sia effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzature.

Indennizzi alla Contraente (a valere solo per le Indennità)

Poiché la presente assicurazione è stipulata dalla Contraente per garantirsi, nei limiti ed alle condizioni convenute, dal danno economico che allo stesso possa derivare da infortuni subiti dalle persone indicate in polizza come Assicurati, si conviene che:

- i rapporti fra l'Assicuratore e le persone infortunate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze dell'infortunio, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti della Contraente;
- le indennità liquidate a termini di polizza verranno versate unicamente alla Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per gli Assicuratori.

La Contraente è esonerata dalla dichiarazione che gli assicurati hanno dato il proprio consenso alla conclusione del presente contratto.

Limitazione dell'assicurazione alla sola guida di autoveicoli

A totale deroga di quanto previsto all'Art. 20 "Oggetto dell'assicurazione", solo per i lavoratori dipendenti e/o soci cooperatori e/o altri prestatori d'opera, la garanzia prestata con la presente assicurazione vale unicamente per gli infortuni sofferti dall'Assicurato, durante la guida di qualsiasi veicolo terrestre, motociclo, sempre che lo stesso sia abilitato a norma delle disposizioni di legge. L'assicurazione si intende operante dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del mezzo, fino al momento in cui ne è disceso, ivi comprese le operazioni di salita e discesa.

Non è richiesta l'identificazione dei veicoli in polizza.

Malattie Tropicali

L'assicurazione è estesa, per il caso di morte e per il caso di invalidità permanente, alle malattie tropicali quali: amebiasi, bilarziiosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre ittero, emoglobina, meningite cerebro-spinale, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica, pernicioso e peste bubbonica, dalle quali le persone fossero colpiti durante la loro permanenza all'Estero (paesi della fascia tropicale del globo).

Tale estensione di garanzia è prestata fino alla concorrenza della somma assicurata prevista nella Scheda di Polizza.

L'estensione è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Per quanto riguarda la presente garanzia resta convenuto che non si farà luogo al risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto il risarcimento integrale sempre in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuo. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

Polizza n. 48610204 Pagina 32

Rischio Carica – Consiglio Direttivo

A totale deroga di quanto previsto all'Art. 20 "Oggetto dell'assicurazione", la garanzia prestata con la presente assicurazione vale per gli infortuni che ciascuno degli Assicurati subisca nello svolgimento delle attività connesse all'adempimento del **mandato di carica**, intendendosi per tali:

- le convocazioni ordinarie e/o straordinarie degli Organi Sociali, compresi gli infortuni occorsi durante il percorso di trasferimento dall'abitazione al luogo di convocazione e viceversa;
- le attività diverse dalle precedenti, ma svolte per conto e su mandato degli Organi Sociali.

Le condizioni di assicurazione si intendono valide per le persone fisiche debitamente designate e/o nominate quali componenti gli Organi Sociali della Contraente (Consiglio Direttivo), che ricoprono tale carica al momento della stipulazione del contratto.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate; per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alle delibere di nomina prevista dallo Statuto, che fin d'ora il Contraente si impegna a fornire in caso di sinistro.

Estensione Guerra e Terrorismo con Clausola di Recesso entro le 168 ore

(Questa clausola si intende estesa al mondo intero ad esclusione dei paesi indicati nell'allegata lista)

Ferme le altre condizioni di polizza si estende l'Assicurazione a lesioni corporee direttamente o indirettamente causate, conseguenti o in relazione con quanto di seguito precisato:

1. Guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. Invasioni;
3. Atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. Guerra civile;
5. Sommosse;
6. Ribellioni;
7. Insurrezioni;
8. Rivoluzioni;
9. Rovesciamento di governi legalmente costituiti;
10. Tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una sommossa e rivolta;
11. Colpi di stato militari o usurpazioni di potere;
12. Esplosioni di armi da guerra;
13. Omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti ad uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'Assicurato, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;
14. Attività terroristica

fermo restando che,

- a) i soggetti Assicurati non partecipino attivamente ad alcuno degli eventi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (14) e
- b) che nessuno dei punti sopra elencati da (1) a (14) siano la conseguenza dell'utilizzazione di armi nucleari, chimiche e biologiche a distruzione di massa in qualsiasi forma esse siano utilizzate e/o combinate tra loro e
- c) che la presente estensione è soggetta ai termini e condizioni della clausola di "Limitata Esclusione di Stato di Guerra".

Ai fini della presente estensione:

Per attività terroristica:

s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da un gruppo/i di soggetti, compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare il governo e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa.

L'attività terroristica può comprendere, senza essere a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e o la minaccia di ricorrervi. Inoltre potranno essere ritenuti responsabili di attività terroristiche soggetti che agiscano individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i.

Per utilizzazione delle armi nucleari a distruzione di massa:

si intende l'uso di ogni tipo di esplosivo nucleare o mezzo di emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile con livello di radioattività e con capacità di rendere inabile o portare alla morte persone e animali.

Per utilizzazione di armi chimiche a distruzione di massa:

si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni materiale chimico composto, solido, liquido o gassoso che quando usato causa incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Per utilizzazione di armi biologiche a distruzione di massa:

si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni agente patogeno (produttore di malattie) micro-organismi e/o tossine biologiche (inclusi modifiche genetiche e tossine chimiche) capaci di causare incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Polizza n. 48610204 Pagina 33

Fermo restando quanto sopra indicato, gli Assicuratori si riservano il diritto di concedere all'Assicurato un preavviso di 168 ore per la notifica dell'annullamento dell'inclusione di uno o tutti i rischi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (14). Tale notifica sarà ritenuta debitamente ricevuta da parte dell'Assicurato all'ora e alla data in cui la medesima sarà stata ricevuta dall'intermediario che avrà negoziato la polizza direttamente con gli Assicuratori.

Lista dei Paesi esclusi per i Rischi Italiani

Afghanistan – Chechnya – Iran – Iraq – Sudan – Yemen - Zimbabwe

Clausola di Limitata Esclusione di Stato di Guerra

In deroga a quanto previsto dalla presente polizza, la stessa non copre danni conseguenti a:

- . stato di guerra, dichiarato o no, tra almeno due dei seguenti paesi: Cina, Francia, Regno Unito, Federazione Russa e Stati Uniti d'America;
- . stato di guerra sul territorio europeo, dichiarato o no (ad eccezione di guerre civili o azioni applicative condotte da o per conto delle Nazioni Unite) nel quale siano coinvolti i paesi sopra elencati o loro forze armate.



La Contraente

x AIML, il legale rappresentante

Clausole Vessatorie (Clausole da approvare esplicitamente per iscritto)

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le seguenti disposizioni contenute nelle Norme che Regolano l'Assicurazione Infortuni:

Art. 23 – Rischi esclusi dall'assicurazione

Art. 25 – Limiti di età

Art. 33 – Criteri di indennizzabilità – Patologie pregresse

Art. 35 – Determinazione e liquidazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio

Art. 37 – Controversie – Arbitrato irrituale

C.P. - Attività Temerarie

C.P. - Estensione Guerra e Terrorismo con Clausola di Recesso entro le 168 ore

C.P. - Clausola di limitata esclusione di stato di guerra



La Contraente

x AIML, il legale rappresentante

RESTANTE PARTE DELLA PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

ELENCO DELLE ATTIVITA' ASSICURABILI – CODICE DEL TERZO SETTORE

Cod.	Attività di Interesse Generale
a	Interventi e servizi sociali
b1	Interventi e prestazioni sanitarie di base
b2	Interventi e prestazioni sanitarie di Emergenza Sanitaria (ex 118)
c	Prestazioni socio-sanitarie
d	Educazione, istruzione e formazione professionale
e	Interventi e servizi finalizzati alla salvaguardia e al miglioramento delle condizioni dell'ambiente
f	Interventi di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale e del paesaggio
g	Formazione universitaria e post universitaria
h	Ricerca scientifica di particolare interesse sociale
i	Organizzazione e gestione di attività culturali, artistiche o ricreative di interesse sociale
j	Radiodiffusione sonora a carattere comunitario
k	Organizzazione e gestione di attività turistiche di interesse sociale, culturale e religioso
l	Formazione extra-scolastica
m	Servizi strumentali ad Enti del Terzo Settore
n	Cooperazione allo sviluppo
o	Commercio equo e solidale
p	Servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro di lavoratori
q	Alloggio sociale
r	Accoglienza umanitaria ed integrazione sociale dei migranti
s	Agricoltura sociale
t	Organizzazione e gestione di attività sportive dilettantistiche
u	Beneficenza, sostegno a distanza, cessione gratuita di alimenti o prodotti
v	Promozione della cultura della legalità, della pace tra i popoli, della nonviolenza e della difesa non armata
w	Promozione e tutela dei diritti umani, civili, sociali e politici
x	Cura di procedure di adozione internazionale
y	Protezione civile
y1	PC: Soccorso Alpino
y2	PC: Soccorso Speleologico
y3	PC: Soccorso in mare – Tecnico Fluviale Lacustre
y4	PC: A.I.B.
y5	PC: Operatori Radio
z	Riqualificazione di beni pubblici inutilizzati o di beni confiscati alla criminalità organizzata
AD	Attività diverse
RF	Raccolta fondi

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'INFORMATIVA PRIVACY prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e si impegna a fornire copia conforme al testo ricevuto, in nome e per conto del Titolare, agli eventuali altri interessati di cui lo stesso abbia conferito o conferirà al Titolare i dati personali.

Agli effetti della validità della garanzia, il Contraente dichiara:

- che nei tre anni precedenti la stipula della presente polizza NON si sono verificati sinistri causati dai medesimi eventi garantiti con la presente polizza;
- che per gli stessi rischi NON esistono assicurazioni con altre imprese di assicurazione;
- che NON sono state annullate da altre imprese di assicurazione precedenti polizze che assicuravano i medesimi rischi garantiti con la presente polizza;
- di non avere e di non essere a conoscenza che le persone assicurate abbiano difetti fisici, malattie croniche o che comportino l'assunzione di una terapia farmacologica continuativa, menomazioni o subito infortuni con residue gravi invalidità permanenti;
- che la polizza è liberamente stipulata in aggiunta ed indipendentemente da obblighi assicurativi di leggi vigenti e future.

Il contratto è stipulato in base alle Dichiarazioni del Contraente sopra riportate ed è regolato dalle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione, che costituiscono parte integrante del contratto e che il Contraente dichiara di aver ricevuto, conoscere e di accettare.

AVVERTENZA

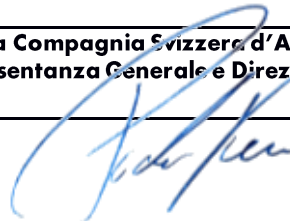
Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese al momento della stipulazione del contratto relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assicurato e sulla determinazione del premio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e comunque compromettere il diritto alla prestazione, nonché la cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

La Contraente


Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia




x AIML, il legale rappresentante



PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio è previsto con periodicità annuale, semestrale o quadrimestrale. I mezzi di pagamento del premio accettati dalla Società, ai sensi della vigente normativa anticiclaggio D.Lgs. n° 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni, sono: assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico e denaro contante, con i limiti e le modalità previsti dalle vigenti norme.



La Contraente

x AIML, il legale rappresentante

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO

Premio incassato il

L'intermediario

Informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 in materia di privacy (di seguito Regolamento) e in relazione ai dati personali che Lei comunica alla Compagnia direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o che sono da questa raccolti tramite la rete di intermediari e che formeranno oggetto di trattamento¹, La informiamo di quanto segue:

1. Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Compagnia del Gruppo Helvetia Italia alla quale fornisce i suoi dati personali:

- Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, con sede in via G.B. Cassinis 21 – 20139 Milano;
- Helvetia Vita S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano;
- Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano;
- Chiara Assicurazioni S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.

2. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento delle attività amministrativo-contabili (di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile), e di quelle attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa, alla quale il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, quali a titolo non esaustivo, la conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei contratti in essere, raccolta dei premi, riassicurazione, coassicurazione, gestione e liquidazione dei sinistri, liquidazione per altre cause, prestazioni a scadenza, recupero dei crediti, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, nonché per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio;
- b) qualora Lei aderisca all'installazione dell'apparato satellitare sul Suo veicolo, può anche riguardare dati che indicano la posizione geografica di persone od oggetti (km percorsi dal veicolo suddivisi per fasce di percorrenza, orario, provincia, e tipologia di strada, numero di viaggi suddivisi per fascia oraria), e le informazioni riferite allo stile di guida registrato (km percorsi a velocità superiore ai limiti, accelerazioni, decelerazioni, numero di incidenti), per le finalità connesse alla conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei contratti in essere;
- c) qualora Lei aderisca all'installazione dell'apparato Home Box all'interno dell'abitazione, può anche riguardare i dati registrati (data, ora, tipo di evento, richiesta di assistenza) per le finalità connesse all'esecuzione dei contratti in essere o per analisi statistiche in forma aggregata;
- d) qualora Lei presti il Suo consenso, può anche essere diretto, all'espletamento di attività di marketing (ossia: invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale, partecipazione a concorsi a premi) e di profilazione connessa al marketing (trattamento automatizzato di dati personali per analizzare o prevedere aspetti riguardanti la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti).

In relazione alle suddette finalità, il trattamento dei dati personali avviene:

- e) anche con l'ausilio dei mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- f) dall'organizzazione del Titolare tramite dipendenti e collaboratori nominati, "incaricati" nell'ambito delle rispettive funzioni aziendali;
- g) da soggetti esterni a tale organizzazione facenti parte della catena assicurativa o da società di servizi, che potranno agire a seconda dei casi, come titolari autonomi del trattamento o come responsabili esterni del trattamento;
- h) per finalità di marketing, sia con strumenti tradizionali quali la posta cartacea e/o le chiamate con operatore, sia tramite strumenti automatizzati, ossia, sistemi di chiamata o di comunicazione di chiamata senza l'intervento di un operatore, mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms (Multimedia Messaging Service) o Sms (Short Message Service) o di altro tipo.

3. Destinatari dei dati

I dati personali possono essere comunicati dal titolare:

- a) per le finalità di cui al punto 2, lettera a), ove necessario per l'esecuzione di contratti o per obblighi di legge a: altri soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori); intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione); banche e SIM; fornitori terzi (legali, medici legali, cliniche, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli); società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri, il recupero dei crediti, il controllo delle frodi, le indagini sul grado di soddisfazione delle clientela, nonché società di servizi informatici, di factoring, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza); organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dello sviluppo economico, MEF, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, INPS, INAIL ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Ministero delle Infrastrutture – Motorizzazione Civile);
- b) per le finalità di cui al punto 2, lett. d), alle Compagnie del Gruppo Helvetia Italia (elencate al punto 1) ed alla relativa rete di intermediari o a società esterne di promozione e/o sviluppo commerciale incaricate a supportare le Compagnie nei trattamenti;
- c) per quanto riguarda le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" ai sensi della normativa in materia di prevenzione del riciclaggio, alle altre Compagnie del Gruppo Helvetia Italia.

4. Trasferimento dei dati verso paesi terzi

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso quei Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

5. Periodo di conservazione dei dati

I dati personali sono conservati secondo i seguenti criteri:

- per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge (es. conservazione documentale);

¹ Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

- per il tempo strettamente necessario alla prestazione di eventuali servizi da Lei richiesti;
- per il tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, indicate al punto 2;
- per dodici mesi dalla raccolta dei dati utilizzati ai soli fini di marketing e profilazione connessa al marketing.

6. Diritti dell'interessato

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere ai contitolari del trattamento:

- la conferma che sia o no in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art. 15 del Regolamento;
- la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
- la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
- la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento;
- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al titolare e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.

Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca e di opporsi in qualsiasi momento al trattamento per finalità di marketing e/o di profilazione connessa al marketing (diritto di opposizione), ex art. 21 del Regolamento. Per esercitare i diritti, può rivolgere richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati, mediante lettera raccomandata all'indirizzo della Compagnia, telefax (n. 02.5351.969), o posta elettronica (privacy@helvetia.it).

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, Lei ha il diritto di proporre reclamo a un'Autorità di controllo, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento.

7. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto

Ferma la Sua autonomia, la comunicazione dei dati personali al titolare ed il loro trattamento è:

- a) strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte al punto 2, lettera a), b), c);
- b) facoltativa ai fini dello svolgimento dell'attività descritte al punto 2, lettera d);
- c) obbligatoria in base a leggi, regolamenti, normative nazionali o comunitarie.

L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati ed autorizzare il trattamento:

- d) nel caso di cui alla lett. a) e c), comporta l'impossibilità di adempiere, prima della conclusione del contratto, a Sue specifiche richieste, di concludere nuovi contratti di assicurazione ed eseguire i relativi obblighi e di gestire e liquidare i sinistri;
- e) nel caso di cui alla lett. b), non comporta alcuna conseguenza sui contratti in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di usufruire dei servizi sopra descritti e di svolgere attività di marketing e profilazione.

