

CATTOLICA

SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE

DAL 1896

CATTOLICA&VOLONTARIATO

Avo Gabriella Grandinetti Lamezia Terme

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza n° 000305.31.300075

Il presente allegato MOD. CVOL 2 - ED. 05/2011 è parte integrante della polizza 000305.31.300075

AGENZIA DI LA SPEZIA - 606303

BATTISTINI S.R.L. SOCIETA' DI INTERMEDIAZIONE ASSICURATIVA

VIA CHIGIO, 161 - 19121 - LA SPEZIA (SP)

Telefono 0187718290

Fax 0187732748

E-MAIL LASPEZIA@CATTOLICA.IT



SCHEDA TECNICA N. 1

La presente scheda tecnica è parte integrante della polizza n° 000305.31.300075

Codice rischio: 2.46.11
Settore attività: Assistenza sociale - Ascolto sostegno assistenza morale

Il contraente dichiara che:

- l'organizzazione di volontariato è costituita ai sensi della "legge – quadro sul volontariato" n° 266/91;
- l'organizzazione è composta da un n. di aderenti rientrante nella fascia: **Fino a 50** e che i volontari in servizio contemporaneo arrivano fino al seguente n° massimo: **10**

INFORTUNI/MALATTIE

	<i>Somma assicurata per assicurato in euro</i>	<i>Limite massimo per evento in euro</i>
Morte per infortunio	125.000,00	1.250.000,00
Invalità permanente per infortunio	125.000,00	1.250.000,00
Ricovero per infortunio	25,00	25.000,00
Ricovero per malattia	5,00	5.000,00
Spese di cura per infortunio	2.500,00	25.000,00

Premio annuo totale netto

RESPONSABILITA' CIVILE

L'assicurazione vale fino alla concorrenza di euro 1.000.000,00

Che rappresentano il massimale complessivo per sinistro riguardante le garanzie di responsabilità civile prestatori di lavoro (RCO) con il limiti di:

<i>Massimali assicurati in euro</i>	<i>R.C.T.</i>
per ogni persona deceduta o ferita	1.000.000,00
per danni a cose	1.000.000,00

Premio annuo totale netto R.C.T

Premio annuo totale netto R.C.O.

Premio annuo totale netto

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIE

Art. 16 – Oggetto del contratto

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che dovessero subire gli assicurati durante lo svolgimento delle attività previste dallo statuto della Contraente Organizzazione di Volontariato e per le malattie che dovessero essere contratte in conseguenza dell'attività svolta nell'ambito dell'Organizzazione di Volontariato, compresa la partecipazione a raduni, mostre, manifestazioni aventi carattere promozionale, ricreative, e formative connesse ai fini istituzionali della stessa Organizzazione di Volontariato.

Sono altresì compresi gli infortuni che gli assicurati dovessero subire durante la permanenza nei locali della sede dell'Organizzazione di Volontariato o avvenuti durante i lavori attinenti la conduzione e/o la manutenzione della stessa e i rischi in itinere intendendosi come tali gli infortuni che gli assicurati possono subire durante il percorso dalla propria abitazione o sede di lavoro alla sede dell'Organizzazione di Volontariato e/o presso il luogo dove svolgono la propria attività e viceversa, nel tempo strettamente necessario al raggiungimento delle predetti sedi.

L'assicurazione è inoltre prestata durante la partecipazione a tutte le attività e manifestazioni previste dallo statuto della Contraente Organizzazione di Volontariato.

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione di garanzie per i casi di:

- morte per infortunio;
- invalidità permanente per infortunio;
- ricovero per infortunio;
- ricovero per malattia.
- spese di cura per infortunio.

Art. 17 – Criteri generali di indennizzabilità

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

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

Art. 18 - Rischi compresi

Sono compresi in garanzia:

- a) asfissia di origine non morbosa;
- b) avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) annegamento;
- d) assideramento o congelamento;
- e) colpi di sole o di calore;
- f) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili od a punture di insetti, aracnidi, **esclusa la malaria**;
- g) gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (a parziale deroga all'articolo 1900 del Codice Civile);
- h) gli infortuni causati da tumulti popolari, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva** (in deroga all'articolo 1912 del Codice Civile);
- i) gli infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, **non provocati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene**;
- l) le lesioni da sforzo, **con esclusione degli infarti e delle ernie**.

Art. 19 - Rischio volo

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i voli di linea regolari e i chartered entrambi eserciti da Società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è rilevabile dalla pubblicazione "Flight Guide Worldwide" - OAG), **a condizione che non siano eserciti da Società e/o aziende di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs**. L'assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato è salito a bordo in un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso. Sono inoltre considerati infortuni anche quelli occorsi in conseguenza di imprudenza o negligenza grave dell'Assicurato in qualità di passeggero.



Art. 20 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 21 - Rischio guerra

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

Art. 22 - Rischi esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta se rinnovata entro quarantacinque giorni dalla data del sinistro. Non si terrà conto di tale termine qualora l'infortunio comporti tempi di guarigione più lunghi;
- b) guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole e operatrici, di natanti a motore per uso non privato.
L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività dell'Organizzazione di Volontariato dichiarata nel contratto;
- c) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- d) azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;

Per quanto riguarda le MALATTIE, l'assicurazione non comprende:

- f) i ricoveri conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
- h) day hospital con finalità diagnostiche;
- k) le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;
- l) i ricoveri per la cura della paradontite e le cure dentarie in genere.

Per quanto riguarda le garanzie INFORTUNI e MALATTIE, l'assicurazione non comprende:

- m) gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- n) l'intossicazione cronica alcolica, la tossicodipendenza, l'epilessia e le sindromi epilettoidi, le sindromi psico-organiche, la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoidi, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (HIV);
- o) i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;
- p) rischi di energia nucleare;
- q) le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- r) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Art. 23 – Limite massimo di esborso per evento che colpisca più persone

Nel caso di infortunio che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate, l'esborso massimo complessivo a carico di la Società non potrà essere superiore a 1.500.000,00 euro.

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

Art. 24 - Persone assicurabili

Sono assicurabili tutte le persone fino all'età di 85 anni.

Per quanto riguarda la garanzia invalidità permanente per infortunio, relativamente alle persone di età superiore a 80 anni, opererà una franchigia assoluta del 5%.

Qualora si verifichi il raggiungimento dell'85° anno di età nel corso di un periodo annuale di assicurazione, l'assicurazione resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia,

forme maniacodepressive o stati paranoici.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 25 - Esonero dall'obbligo di denuncia di mutilazioni o difetti preesistenti

Fermo il disposto dell'Art. 5 delle Condizioni generali di assicurazione, l'Organizzazione di Volontariato è esonerata dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti da cui i volontari assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Nel caso di infortunio sofferto da persona affetta da difetti fisici o mutilazioni rilevanti, l'indennità per invalidità permanente sarà liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, fermo il disposto dell' Art. 17 delle norme che regolano l'assicurazione infortuni e malattie.

MORTE PER INFORTUNIO

Art. 26 - Morte

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

Art. 27 - Morte presunta

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

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

Art. 28 - Cumulo dell'indennità

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

INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Art. 29 - Invalidità permanente per infortunio

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

Art. 30 - Calcolo dell'indennizzo

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

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado d'invalidità permanente che deve essere accertata con riferimento alla seguente tabella:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	destro	sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	



un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
perdita anatomica di un rene	15%	
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue le orecchie	40%	
perdita totale della voce	30%	
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di una frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
una vertebra cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
dodicesima dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
Anchilosi:		
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astralgica	15%	
Paralisi completa:		
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
dello sciatico popliteo esterno	15%	
Amputazione o perdita funzionale di un arto inferiore:		
sopra la metà della coscia	70%	
sotto la metà della coscia ma sopra il ginocchio	60%	
sotto del ginocchio, ma sopra il terzo medio di gamba	50%	
Amputazione o perdita funzionale di:		
un piede	40%	
ambidue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	1%	
una falange dell'alluce	3%	
ernie addominali da sforzo non operabile	max 10%	

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

Art. 31 – Franchigia sull'invalidità permanente

Le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio, indicate nella tabella e nei criteri sopra riportati, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

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

Limitatamente agli assicurati con età superiore agli 80 anni, le prestazioni per invalidità permanente per infortunio, indicate nella tabella e nei criteri sopra riportati, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- non si fa luogo a indennizzo quando l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della

totale;

- se l'invalidità permanente definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

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

Art. 32 - Criteri specifici d'indennizzabilità

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

Art. 33 - Criteri particolari d'indennizzabilità

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente parziale non prevista dalla tabella si fa riferimento ai seguenti criteri:

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

Art. 34 - Massimo indennizzo per lesioni plurime

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 35 - Cumulo indennità

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

Art. 36 - Decesso indipendente dall'infortunio

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

RICOVERO PER INFORTUNIO

Art. 37 - Ricovero per infortunio

La Società corrisponde, in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in un istituto di cura, un'indennità giornaliera, il cui importo risulta indicato nella scheda tecnica che forma parte integrante della polizza, per ciascun giorno di degenza, per la durata massima di cento giorni per evento e per anno assicurativo.

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

L'indennità assicurata verrà corrisposta a partire dal quinto giorno successivo a quello dell'infortunio.



RICOVERO PER MALATTIE

Art. 38 - Ricovero per malattia

La Società corrisponde, in caso di ricovero per malattia dell'Assicurato in un istituto di cura, un'indennità giornaliera pari a **Euro 5,00 (cinque/00)** per ciascun giorno di degenza per la **durata massima di cento giorni per evento e per anno assicurativo**.

In caso di day hospital per malattia per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante purché risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

L'indennità assicurata verrà corrisposta a partire dal quinto giorno successivo a quello del ricovero.

SPESE DI CURA PER INFORTUNIO

Art. 39 – Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere a seguito di infortunio

La Società assicura fino alla concorrenza della somma assicurata il rimborso: degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle spese ospedaliere (accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio), delle terapie fisiche prestate presso centri specializzati e sempreché prescritte dal medico curante, delle spese farmaceutiche nonché delle rette di degenza conseguenti ad un evento considerabile come infortunio a norme di polizza. Nelle prestazioni previste dal capoverso che precede, s'intendono comprese anche le spese inerenti agli interventi di chirurgia plastica resi necessari per eliminare o contenere sfregi o deturpazioni di natura estetica fisiognomica subiti in occasione dei medesimi eventi dannosi considerati come infortunio. La garanzia è altresì estesa al rimborso delle spese di trasporto dell'infortunato all'istituto di cura esclusivamente con mezzi di pronto soccorso anche aerei, fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari al 10% (dieci per cento) della somma prevista nella scheda di polizza sotto il presente titolo. Il rimborso viene effettuato da la Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili). La denuncia dell'infortunio, anche agli effetti del presente articolo, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste. In caso di ritardata denuncia non vengono rimborsate le spese relative al periodo anteriore al giorno della denuncia stessa.

La domanda per il rimborso di dette spese corredata dai documenti giustificativi di cui sopra deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e la degenza.

Il rimborso viene riconosciuto con l'applicazione di una franchigia di euro 50,00 per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato.

Art. 40 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 41 - Estensione della garanzia ai diversamente abili

Le garanzie sono estese ai volontari o soci attivi diversamente abili e precisamente:

- A) con invalidità sensoriale;
- B) con invalidità motoria.

A parziale modifica delle norme che regolano l'assicurazione infortuni e malattie, si intende abrogato il 1° comma del disposto dell'art. 17 - Criteri generali di indennizzabilità.

La Società pertanto corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 30 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

Qualora l'evento indennizzabile a termini di polizza comporti il ricovero in un Istituto di Cura e/o l'utilizzo delle prestazioni previste nella garanzia "rimborso spese mediche", 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, la Società corrisponde l'indennizzo nelle seguenti modalità:

- per gli Assicurati diversamente abili di fascia A) come i non vedenti, la Società corrisponde l'indennizzo con esclusione degli organi già lesi e/o non funzionanti al momento della stipula dell'assicurazione;
- per gli Assicurati diversamente abili di fascia B) come i paraplegici e i tetraplegici, valgono i seguenti criteri:
 - 1) per gli Assicurati paraplegici che mantengono inalterate le funzionalità degli arti superiori e degli organi di senso, la

Società corrisponde l'indennizzo in base alle percentuali previste all'art. 30 .

- 2) per gli Assicurati tetraplegici che mantengono una funzionalità parziale degli arti e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 30 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 104/92) con allegata tabella attestante tutte le invalidità preesistenti.

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

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 42 - Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro dovrà essere trasmessa all'agenzia cui è assegnata la polizza.

Questa va inviata tramite raccomandata entro 5 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi o ne siano venuti a conoscenza. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso in forma scritta all'agenzia cui è assegnata la polizza.

La denuncia andrà firmata dall'Assicurato o dagli eventuali eredi.

L'Assicurato, i suoi familiari o eredi si obbligano a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza.

Se il sinistro è indennizzabile, la Società provvede alla liquidazione su presentazione della seguente documentazione:

1. per la garanzia morte per infortunio

- certificato di morte in originale;
- stato di famiglia in originale;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai fini successori;
- ogni altra documentazione necessaria richiesta dalla Società ai fini della liquidazione;

2. per la garanzia invalidità permanente per infortunio

- originale o copia del referto del pronto soccorso o certificato medico;
- ogni altra documentazione necessaria richiesta dalla Società ai fini della liquidazione;
- certificato di chiusura dell'infortunio;

3. per la garanzia rimborso spese di cura per infortunio il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione ultimata su presentazione dei documenti in originale giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista con prescrizione del medico curante e/o dello specialista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

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

4. per la garanzia diaria da ricovero originale o copia della cartella clinica.

Art. 43 - Pagamento dell'indennizzo

La Società provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 44 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti ad infortunio oppure, in caso di malattia, insorgano divergenze sulla natura medica, la loro determinazione può essere demandata a un Collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici legali la



documentazione eventualmente acquisita dalle Parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

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

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

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

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

Le Parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla Parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE GENERALE

Art. 45 - Oggetto della garanzia Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.)

La Società si obbliga a tenere indenni gli assicurati di quanto questi siano tenuti a pagare, quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a Terzi per:

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

in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione allo svolgimento delle attività previste dallo Statuto dell'Organizzazione di Volontariato che agisce ai sensi della Legge 11 agosto 1991 n. 266 e ai successivi Decreti del 14 febbraio e del 16 novembre 1992 Minindustria.

L'assicurazione R.C.T. vale anche per:

A. la responsabilità civile che possa derivare alla Organizzazione di Volontariato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere;

B. le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

L'assicurazione vale altresì per la responsabilità civile derivante alla Organizzazione di Volontariato da:

- 1) proprietà e/o conduzione dei fabbricati di proprietà o ad essa locati o in comodato d'uso o in uso gratuito nei quali si svolge l'attività della stessa;
- 2) uso di macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande in genere;
- 3) partecipazione a esposizioni, fiere, mostre e mercati, compreso il rischio derivante dall'allestimento e dallo smontaggio degli stand, o dei banchi ed attrezzature complementari.

Limitatamente alle operazioni di montaggio e smontaggio di stands, impianti ed attrezzature si conviene che, a parziale deroga dell'art. 50 lett. g) delle Norme che regolano l'assicurazione di responsabilità civile, l'assicurazione è estesa ai danni alle cose trovantisi nell'ambito di esecuzione dei lavori stessi che, per volume o peso, non possono essere rimosse.

Questa estensione di garanzia è prestata con la franchigia assoluta di euro 500,00 per ogni sinistro, nel limite del massimale per danni a cose e comunque con il massimo indennizzo di euro 100.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel corso dello stesso periodo di assicurazione.

La presente estensione di garanzia non opera nel caso in cui le suddette operazioni di montaggio e smontaggio degli impianti e attrezzature siano affidate a ditte esterne o comunque a personale ad uopo retribuito non appartenente all'Organizzazione di Volontariato;

- 4) organizzazione o partecipazione a convegni, congressi, corsi di aggiornamento e di formazione, ed iniziative a scopo benefico **ferma l'esclusione dell'organizzazione di sagre, concerti e dei rischi ad essi connessi.**

L'assicurazione vale inoltre per la responsabilità civile personale dei singoli volontari in conseguenza di danni cagionati a terzi mentre prestano attività di volontariato per conto dell'Organizzazione di Volontariato.

Art. 46 - Qualifica di Terzi

a) I singoli volontari sono considerati terzi:

1. tra loro ;
2. rispetto alla Organizzazione di Volontariato;

b) **l'Organizzazione di Volontariato non è considerata terza rispetto ai singoli volontari.**

Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione R.C.T.:

- c) il coniuge, i genitori, i figli nonché qualsiasi altro parente od affine convivente dei soggetti di cui alla lettera a);
 - d) le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Organizzazione di Volontariato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio;
- tutti coloro (volontari e assistiti esclusi) che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Organizzazione di Volontariato subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'assicurazione.**



Art. 47 - Estensione territoriale (R.C.T.)

La garanzia R.C.T. vale per i sinistri che avvengano nel territorio di tutti i Paesi Europei.

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

Art. 48 - Estensioni di garanzia:**1) Mezzi di trasporto sotto carico e scarico**

A parziale deroga della lettera f) dell'art.50, delle norme che regolano l'assicurazione di responsabilità civile la garanzia comprende i danni a mezzi di trasporto sotto carico o scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni. **ferma restando l'esclusione dei danni alle cose trasportate sui mezzi stessi. Sono esclusi i danni da furto e da incendio, nonché quelli conseguenti al mancato uso.**

2) Attività presso Terzi

A parziale deroga delle lettere g) e l) dell'art. 50, delle norme che regolano l'assicurazione di responsabilità civile, l'assicurazione è estesa ai danni:

a) a cose altrui, derivanti da incendio delle cose di proprietà dell'Organizzazione di Volontariato o da essa detenute a qualsiasi titolo con **esclusione comunque dei danni subiti dalle cose in possesso, uso o custodia della stessa. Questa estensione di garanzia è prestata nel limite del massimale per danni a cose e , comunque, con il massimo di euro 100.000,00 per ciascun periodo assicurativo annuo;**

b) alle cose trovantisi nell'ambito di esecuzione delle attività, che, per volume o peso, non possono essere rimosse. **Questa estensione di garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia assoluta di euro 500,00 per ogni sinistro, nel limite del massimale per danni a cose e comunque con il massimo di euro 100.000,00 per ciascun periodo assicurativo annuo.**

3) Danni derivanti da interruzioni o sospensioni di attività

A parziale deroga della lettera q) dell'art. 50 delle norme che regolano l'assicurazione di responsabilità civile l'assicurazione comprende i danni derivanti da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, **purchè conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza.**

Questa estensione di garanzia è prestata con uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo assoluto di euro 2.500,00 nel limite del massimale per danni a cose e comunque con il massimo indennizzo di euro 100.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel corso di ciascun periodo assicurativo annuo.

4) R.C. del committente, per danni provocati da dipendenti in relazione alla guida di veicoli a motore

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante all'Organizzazione di Volontariato , ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti compresi eventuali lavoratori parasubordinati, in relazione alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, **purchè i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Assicurato o allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati.** La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate. E' fatto salvo in ogni caso il diritto di surrogazione della Società nei confronti dei responsabili . La presente garanzia vale nei limiti territoriali dello Stato Italiano, nella Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

5) Responsabilità civile personale di dipendenti, prestatori di lavoro in regime di somministrazione lavoro (D.Lgs. n.276 del 10/09/2003), lavoratori atipici e parasubordinati (Legge 08/08/1995 n.335)

si obbliga a tenere indenni, per danni involontariamente cagionati a terzi, **escluso l'Assicurato** , nello svolgimento dello loro mansioni:

- i prestatori di lavoro dipendenti dell'Assicurato (dirigenti, funzionari, quadri, impiegati e operai), ivi compresa la responsabilità derivante ai sensi del D. Lgs n. 81 del 09/04 2008, e successive modifiche e/o integrazioni;
- i prestatori di lavoro in regime di somministrazione lavoro ai sensi del D.Lgs. n.276 del 10/9/2003;
- i prestatori di lavoro in rapporto di collaborazione coordinata e continuativa ai sensi della Legge 08/08/1995 n.335;
- I lavoratori parasubordinati.

Art. 49 - Franchigia per danni a cose

Relativamente a quanto previsto dall'art. 46 – Qualifica di terzi – lettera a) punto 1) in caso di sinistro riguardante danni a cose la presente assicurazione è prestata, per ogni sinistro, con una franchigia di euro 50,00

(cinquanta/00). Restano ferme le maggiori franchigie e/o minimi scoperti previsti dalle norme che regolano l'assicurazione di responsabilità civile.

Art. 50 - Danni esclusi dalla garanzia R.C.T.

La garanzia R.C.T. non comprende la responsabilità per i danni:

a) da proprietà o uso di:

1. veicoli a motore su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate;
2. natanti a vela di lunghezza superiore a metri sei e di unità naviganti a motore;
3. aeromobili;
4. veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti o azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;

b) conseguenti a:

1. inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
2. interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua;
3. alterazione od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo e sia suscettibile di sfruttamento;

c) alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;

d) alle cose che l'Assicurato detenga o possieda a qualsiasi titolo;

e) alle cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;

f) ai mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione di tali operazioni e alle cose trasportate sui mezzi stessi;

g) alle cose trovantisi nell'ambito di esecuzione dei lavori;

h) a condutture ed impianti sotterranei;

i) a cose dovuti ad assestamento, cedimento, franamento, vibrazioni del terreno;

j) da furto;

k) a cose di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli artt. 1783 – 1784 – 1785 bis e 1786 del Codice Civile;

l) a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute o possedute;

m) provocati da soggetti diversi dai dipendenti e dai lavoratori parasubordinati dell'Assicurato;

n) cagionati da:

1. prodotti e cose in genere dopo la loro messa in circolazione;
2. opere e installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori; per le opere che richiedano spostamenti successivi dei lavori e comunque ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori ad essa inerenti e comunque dopo 30 giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso o aperta al pubblico;
3. operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera verificatesi dopo l'esecuzione dei lavori;

o) derivanti da proprietà di fabbricati diversi da quelli ove si svolge l'attività assicurata;

p) derivanti da:

1. detenzione o impiego di esplosivi;
2. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici) ovvero da produzione, detenzione, possesso ed uso di sostanze radioattive;

q) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, professionali, artigianali, agricole o di servizi;

r) derivanti da:

- estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di asbesto puro e/o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
- uso di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;

s) derivanti da violazione di contratti di lavoro, discriminazione razziale, sessuale o religiosa;

t) provocati da campi elettromagnetici;

u) conseguenti a guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra;

v) derivanti dallo svolgimento di attività mediche e/o infermieristiche;

w) derivanti dall'organizzazione di sagre, concerti e dei rischi connessi.



Art. 51 - Oggetto della garanzia Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (R.C.O)
(Operante se espressamente indicato il relativo massimale nella Scheda Tecnica di polizza) .

La Società si obbliga a tenere indenne l'Organizzazione di Volontariato, purché questa sia in regola, al momento del sinistro, con gli obblighi dell'assicurazione di legge, di quanto sia tenuta a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

A) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e dell'art. 13 del D. Lgs. 23/02/2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lei dipendenti, da lavoratori parasubordinati, addetti alle attività dell'Organizzazione di Volontariato, per le quali è prestata l'assicurazione;

B) ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, cagionati ai prestatori di lavoro di cui alla precedente lettera A) per morte e per lesioni personali da infortunio dalle quali sia derivata un'invalidità permanente, calcolata sulla base dei criteri adottati dall'INAIL.

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

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

Art. 52 - Estensione territoriale (R.C.O)

La garanzia R.C.O. vale per il mondo intero.

Art. 53- Danni esclusi dalla garanzia R.C.O. .

La garanzia Responsabilità Civile verso i Prestatori di Lavoro non copre la responsabilità per i danni:

- a) conseguenti a malattie professionali;
- b) verificatisi in connessione con la detenzione, il possesso o l'impiego di esplosivi;
- c) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici) ovvero di produzione, detenzione, possesso ed uso di sostanze radioattive.
- d) derivanti da:
 - estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di asbesto puro e/o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
 - uso di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
- e) derivanti da violazione di contratti di lavoro, discriminazione razziale, sessuale o religiosa;
- f) provocati da campi elettromagnetici;
- g) conseguenti a guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra

Art. 54 - Pluralità di assicurati - Massimo risarcimento .

Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati tra loro.

Nel caso in cui un unico sinistro interessi contemporaneamente l'assicurazione R.C.T. e l'assicurazione R.C.O. il massimale R.C.T. per ogni sinistro rappresenta la massima esposizione da parte di la Società.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 55 - Obblighi in caso di sinistro .

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a la Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 56 - Gestione delle vertenze di danno - Spese di resistenza .

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze sia in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle

suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda. La Società ha il diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, **entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.**

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra la Società ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

La Società non rimborsa le spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

