

ECCLESIA PERSONA

Contratto di Assicurazione dedicato agli infortuni degli appartenenti al settore ecclesiastico.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **Nota Informativa**
- **Glossario**
- **Informativa privacy**
- **Condizione di assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.
Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE DANNI “RAMI ELEMENTARI” POLIZZA ECCLESIA PERSONA

(predisposta ai sensi dell'Art.185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07/09/2005)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni del Fascicolo Informativo prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

1. INFORMAZIONI GENERALI

Il contratto è concluso con Amissima Assicurazioni S.p.A., società appartenente al Gruppo Assicurativo AMISSIMA, iscritto con il n. 050 all'Albo dei Gruppi Assicurativi istituito presso l'IVASS ed assoggettata a direzione e controllo della Capogruppo Assicurativa AMISSIMA Holdings S.r.l., già Primavera Holdings S.r.l. Sede legale e Direzione Generale: ITALIA - Viale Certosa n. 222 - 20156 Milano tel. 02.3076.1 – telefax. 02.3086.125 – sito: www.amissimagruppo.it - indirizzo di posta elettronica certificata: amissima@pec.amissima.it. Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS: n. 1.00031 Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93).

2. INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Al 31 dicembre 2015, l'ammontare del Patrimonio Netto è pari ad € 236 milioni, di cui Capitale Sociale € 165,2 milioni* e Riserve Patrimoniali € 53,5 milioni. L'indice di solvibilità è pari a 2,26 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

*in data 15/12/2015 l'Assemblea dei Soci ha deliberato un'operazione di aumento di Capitale Sociale conclusasi nei primi mesi del 2016, a seguito della quale il capitale sociale risulta essere pari a Euro 209.652.480,00 e riserve patrimoniali pari a Euro 9.016.269,00

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Avvertenza - Durata del contratto

In mancanza di disdetta, da inviare a mezzo lettera raccomandata, fax o P.E.C. (disdette@pec.amissima.it) almeno trenta giorni prima della scadenza contrattuale (sessanta giorni nel caso di polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio), il contratto si intende tacitamente rinnovato, secondo quanto previsto dall'Art. 9 – Proroga dell'assicurazione, delle Norme che regolano il contratto di Assicurazione in generale.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture offerte dal contratto sono:

- **Settore A - Infortuni**

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati subiscano nei limiti e secondo le modalità indicate all'Art. 15 – Oggetto dell'Assicurazione, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni;

- **Settore B - Indennità da ricovero**

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera assicurata per il numero di giorni di degenza in caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia, infortunio o parto, secondo quanto indicato all'Art. 45 – Oggetto dell'Assicurazione, delle Norme che regolano l'assicurazione indennità da ricovero per malattia, infortunio o parto.

Cause di cessazione della copertura

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Avvertenza - Esclusioni di copertura

Le "Esclusioni" di polizza espressamente indicate dagli Artt. 18 e 48 determinano i casi di inoperatività delle coperture.

Avvertenza - Limitazioni di copertura - Franchigie e scoperti di polizza

Le coperture di polizza possono prevedere franchigie e/o scoperti tali da comportare riduzioni di indennizzo come previsto dagli Artt. 27, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 39 e 46.

ESEMPI DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI DI RISARCIMENTO:

- Per il caso di Invalidità Permanente, su somme assicurate sino ad € 200.000,00, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 3%;
- per somme assicurate superiori ad € 200.000,00, il capitale assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alla franchigia del 5%.

a) Somma assicurata I.P. pari ad € 150.000,00. Invalidità Permanente accertata 5% - Invalidità Permanente liquidata, pari a 2 punti percentuali: € 3.000,00.

Avvertenza - Limiti di età

Il limite massimo di età assicurabile è sancito in anni 80, come indicato all'Art. 20 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

4. PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALE

La garanzia Indennità da ricovero prevede dei termini di aspettativa secondo quanto previsto dall'Art. 47 delle Norme che regolano l'Assicurazione Indennità da ricovero per malattia, infortunio o parto.

5. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – NULLITÀ

Avvertenza - Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze relative alla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del contratto, possono comportare effetti sulla prestazione, secondo quanto previsto dall'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Avvertenza - Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

1. se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
2. se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
3. nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.

come indicato all'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

6. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione di rischio, secondo quanto previsto dall'Art. 5 - Aggravamento del rischio e Art. 6 - Diminuzione del rischio delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Esempio: viene concessa copertura ad un individuo che successivamente contrae la sindrome H.I.V.

7. PREMI

Il premio va pagato alla firma del contratto nonché ad ogni scadenza di polizza successiva, come indicato all'Art. 3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale. Per il pagamento del premio possono essere concordate forme di frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale o trimestrale. Il frazionamento semestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 3%, il frazionamento quadrimestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 4%, mentre il frazionamento trimestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 5%.

Il Contraente, fermo restando quanto disposto dal codice civile in tema di adempimenti alle obbligazioni, può pagare il premio, in ossequio a quanto previsto dall'Art. 47 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5 del 16/10/2006, secondo le seguenti forme:

- a) per mezzo di assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità intestato all'intermediario espressamente in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- b) per mezzo di ordine di bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico laddove il beneficiario è l'intermediario espressamente identificato in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- c) il pagamento in contanti è ammesso soltanto nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di anticiclaggio e per le polizze aventi premio annuo non superiore a € 750,00 (settecentocinquanta).

Avvertenza - è facoltà della Società o dell'intermediario prevedere sconti di premio con le seguenti modalità:

- concordando con il Contraente limitazioni di garanzia;
- sulla base di specifiche valutazioni o iniziative di carattere commerciale.

8. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate ed il premio possono essere soggetti ad adeguamento, secondo quanto previsto dalla clausola di indicizzazione indicata all'Art. 14 – Adeguamento automatico, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

9. DIRITTO DI RECESSO

Avvertenza - Le Parti hanno la possibilità di recedere entro i termini previsti dall'Art. 7 - Facoltà di recesso, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

In caso di **polizza annuale**, emessa senza deroga al patto di tacita proroga, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata, fax o P.E.C. (per disdette inviate dal Contraente alla Società la P.E.C. dedicata è: disdette@pec.amissima.it) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Nel caso di **polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio**, le Parti possono recedere alla scadenza indicata in polizza, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, come previsto dall'Art. 9 – Proroga dell'assicurazione.

Avvertenza – Nel caso di polizza poliennale a fronte della suddetta riduzione di premio il Contraente non può esercitare la facoltà di disdetta fino alla scadenza pattuita nei primi 5 anni.

Avvertenza - In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C..

In caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso.

Per sinistro:

a) nel caso in cui Il Contraente/Assicurato "è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.;

b) nel caso in cui il Contraente/Assicurato "non è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C. del Contraente. Tale facoltà viene estesa anche al Contraente, se trattasi di persona fisica.

Avvertenza in caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso. Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto delle parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

10. TERMINE DI PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 c.c..

L'inadempimento da parte dell'Assicurato dell'obbligo di dare avviso del sinistro ai sensi dell'Art. 1913 c.c., può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità, come meglio specificato dall'Art. 8 – Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

11. LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'Art.180 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n° 209, il presente contratto è regolato dalla legge italiana.

La legge italiana si intende pertanto applicata al presente contratto, fatta salva espressa contraria pattuizione delle parti.

12. REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali a carico del Contraente, sono pari al 2,50% del premio imponibile.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Avvertenza - In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso per iscritto, anche via P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, alla Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 c.c., secondo quanto riportato dall'Art. 8 – Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificati medici secondo quanto previsto dall'Art. 33 – Denuncia dell'Infortunio ed oneri relativi, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dalla Società, secondo quanto previsto dall'Art. 52 – Obblighi in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione Indennità da Ricovero per malattia, infortunio o parto.

Avvertenza - ai sensi dell'Art. 8 – Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale, per quanto riguarda le garanzie relative ad Infortuni e Malattie si applica quanto segue:

- **Momento di insorgenza del sinistro.** L'insorgenza del sinistro è il momento in cui si determina l'evento previsto dalle coperture assicurative (verificarsi dell'infortunio o manifestarsi della malattia);
- **Modalità e termini per la denuncia del sinistro.** La denuncia deve essere presentata, per iscritto, entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando l'Assicurato o i suoi aventi causa ne hanno avuto conoscenza (Art. 8). La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato e deve essere corredata dalla documentazione di cui agli Artt. 33 e 52;
- **Spese per l'accertamento del danno.** Non sono previste spese salvo quelle necessarie per la produzione ed invio della documentazione attestante il diritto all'indennizzo nonché quelle previste dalla procedura arbitrale (Artt. 31 e 54);
- **Richiesta visita medica.** La visita medica può essere richiesta dalla Società, a sue spese, per la verifica del diritto all'indennizzo.

14. RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Secondo quanto previsto dal Regolamento Ivass n. 24/2008 e successive integrazioni:

In tutti i casi in cui l'utente, ad esempio contraente, assicurato, beneficiario o danneggiato, associazione dei consumatori, si ritenga insoddisfatto relativamente ad un contratto o a un servizio assicurativo, potrà, in prima battuta, sporgere formale reclamo **per iscritto**, attraverso i seguenti canali:

- a mezzo raccomandata al seguente indirizzo: Amissima Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano
- a mezzo fax 02/45402417
- a mezzo mail: reclami@amissima.it

Si precisa che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- nome, cognome e domicilio del reclamante,
- elementi che consentano un'esatta individuazione del prodotto o servizio oggetto di reclamo (a scopo semplificativo e non esaustivo indichiamo numero di polizza, numero di sinistro, targa del mezzo);
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni documento utile all'esatta identificazione del caso oggetto di doglianza.

Il preposto Ufficio Reclami evade la citata doglianza entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, sarà sua **facoltà** ricorrere:

1. all'**IVASS** (www.ivass.it) inoltrando l'apposito modulo:
 - via posta: IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma,
 - via fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353,
 - via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it.

L'esposto, comunque inviato, andrà corredato di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto.

Secondo quanto previsto dall'art. 4 del Regolamento IVASS 24.2008 potranno essere inviati all'IVASS:

- a) i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del decreto e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV bis del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- b) i reclami già presentati direttamente alle imprese di assicurazione ai sensi dell'articolo 8, che non hanno ricevuto risposta entro il termine di 45 giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;
- c) i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere di cui all'articolo 7.

L'impresa fornirà riscontro all'IVASS entro 30 giorni dal pervenimento della relativa nota.

In relazione alle controversie già rimesse alla valutazione del magistrato permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

2. all'arbitrato, qualora sia espressamente previsto dalle Condizioni di polizza.

Qualora intenda rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, sarà suo obbligo ricorrere in via preliminare alla **Mediazione**.

Il D. Lgs. 28/2010, così come modificato dall'art. 84, comma 1, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, prevede, infatti, l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione civile in materia di responsabilità medica e sanitaria e per tutti i contratti assicurativi (ad esclusione del risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti).

In tal caso, l'istanza di mediazione dovrà essere presentata con l'assistenza del proprio avvocato presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia e successivamente inoltrata alla Compagnia all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata mediazione@pec.amissima.it e/o al numero di fax 02.3076.2216.

Avvertenza – il reclamante può anche ricorrere, in forma facoltativa, alla procedura di Negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n. 162), la quale può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

In caso di liti transfrontaliere infine, il reclamante avente domicilio in Italia, potrà presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante

14. ARBITRATO

Per l'accertamento relativo alle lesioni fisiche, le controversie di natura medica, nonché sui criteri di indennizzabilità, possono essere demandate ad un Collegio di tre medici, fatta salva la possibilità di rivolgersi alla Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'assicurato.

Per l'accertamento del danno materiale a cose, l'ammontare del danno può essere concordato direttamente tra la Società ed il Contraente oppure tra due Periti nominati dalle parti (Contraente e Società) che in caso di disaccordo possono nominarne un terzo o direttamente o tramite nomina del Presidente del Tribunale. Le decisioni sui punti controversi, sono prese a maggioranza.

Avvertenza – è fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Assicurato di adire l'Autorità Giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Mediazione civile

Si rammenta che il D. Lgs. 28/2010, entrato in vigore in data 20 marzo 2010, ha istituito il sistema di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Per maggiori informazioni si rinvia al Decreto sopraindicato, oltretutto al Decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

Con riferimento alla mediazione civile ex D.Lgs. 28/2010, Vi informiamo che le istanze potranno essere rivolte alla presente Compagnia Assicurativa all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata mediazione@pec.amissima.it e/o al numero di fax 02.3076.2216.

Per ogni controversia relativa al contratto assicurativo, quale condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria innanzi l'organo giudiziario competente, è obbligatorio esperire il procedimento di mediazione.

L'istanza di mediazione deve essere presentata presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, con l'assistenza del proprio avvocato.

la mediazione è facoltativa, invece, per quanto concerne la risoluzione di controversie relative al risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli a motore e natanti.

La normativa esclude inoltre l'obbligo di esperire la mediazione in caso di consulenza tecnica preventiva ex art. 696-bis c.p.c. e nelle ulteriori esenzioni previste dal Decreto Legislativo del 4 marzo 2010, n. 28, così come modificato dalla Legge del 9 agosto 2013, n. 98.

RAPPORTI ASSICURATIVI VIA WEB

Avvertenza - la Società, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 22 comma 8 del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con Legge 17 dicembre 2012, n. 221, ha predisposto nella home page del sito internet www.amissimagruppo.it l'apposita area riservata "Le mie polizze", attraverso la quale Lei potrà accedere alla Sua posizione assicurativa.

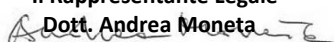
Consultando il sito internet, potrà conoscere le modalità di accesso all'area riservata.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

Amissima Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A.

Il Rappresentante Legale

 Dott. Andrea Moneta

Glossario

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

ALLIEVI:

i giovani che frequentano le scuole di ogni ordine e grado gestite dall'Ente Contraente nonché gli studenti che, pur frequentando scuole gestite da altri Enti, dimorano stabilmente presso gli istituti gestiti dall'Ente Contraente in qualità di convittori o semiconvittori, nonché altri soggetti quali assistiti e/o utenti e/o ospiti.

ASSICURATO:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

BENEFICIARIO:

gli eredi legittimi e/o testamentari in parti uguali tra loro oppure la persona fisica o giuridica designata dal Contraente, alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio con decesso dell'Assicurato.

CONSUMATORE:

la persona fisica che, anche se svolge attività imprenditoriale o professionale, conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'esercizio di dette attività.

CONTRAENTE:

il soggetto che stipula l'assicurazione.

CONVITTORI O SEMICONVITTORI:

i minorenni che frequentano e che dimorano stabilmente presso gli Istituti gestiti dall'Ente Contraente rispettando il calendario didattico degli stessi.

DAY HOSPITAL:

la degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura.

DIPENDENTI:

le persone regolarmente iscritte a "libro paga" dell'Ente Contraente.

EVENTO:

ogni singolo caso di ricovero con o senza intervento chirurgico ovvero ogni singolo caso di intervento chirurgico senza ricovero effettuato in Ambulatorio medico ovvero ogni singola prestazione praticata in Day-Hospital.

FRANCHIGIA:

l'importo prestabilito, espresso in cifra fissa o in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo.

INABILITÀ TEMPORANEA:

impedimento temporaneo dell'Assicurato, totale o parziale, ad attendere alle sue occupazioni.

INDENNIZZO:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO:

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente oppure una inabilità temporanea.

INGESSATURA:

ogni mezzo di contenzione, rigido e non rimovibile, comunque immobilizzante e prescritto da personale medico, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

ISTITUTO DI CURA:

ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

INVALIDITÀ PERMANENTE:

la perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi.

MALATTIA:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

ORATORIANI:

i giovani di età inferiore ai 30 anni che frequentano gli oratori gestiti dall'Ente Contraente.

ORATORIO:

il luogo dove si svolge l'attività di catechesi e/o ricreativa indirizzata agli oratoriani frequentatori della parrocchia.

PARROCCHIA:

l'ente morale ecclesiastico avente per scopo istituzionale l'esercizio del culto e delle attività educative, formative e ricreative ad esso connesse.

POLIZZA:

il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO:

la somma dovuta dal Contraente alla Società.

RICOVERO:

la degenza comportante pernottamento nell'Istituto di cura.

RISCHIO:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

SCOPERTO:

la percentuale di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO:

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

SOCIETÀ:

Amissima Assicurazioni S.p.A..

VOLONTARI E COLLABORATORI:

le persone di età non superiore ad anni 80, non dipendenti dall'Ente Contraente, che prestano la loro opera volontariamente e gratuitamente nello svolgimento delle varie attività promosse e organizzate per il perseguimento dei fini istituzionali dell'Ente stesso.

Informativa Privacy

Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03

“CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS 196/2003

Secondo quanto previsto dal D. LGS 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d’ora innanzi “il Decreto Legislativo”), AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipule di un contratto. I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce “sensibili”: tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all’adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell’ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

A) connesse all’adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile);

B) di preventivazione, di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all’esercizio dell’attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

C) di informazione e promozione commerciale, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c). Tali comunicazioni verranno effettuate con strumenti tradizionali (telefono e posta) o automatizzati (posta elettronica, sms, MMS, fax, social media) fermo restando che l’interessato può esprimere il suo consenso limitatamente al solo canale tradizionale o automatizzato di profilazione ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l’adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte da AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

a) Comunicazioni obbligatorie: sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta ad effettuare in base a leggi, regolamenti, normative comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie: (INPS, Anagrafe Tributaria, Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali) Magistrature; Forze dell’ordine (P.S., C.C., G.d.F., W.UU.); organismi associativi ANIA e consortili propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CARD; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.

b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente: rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l’esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, autofficine, centri di demolizione: di autoveicoli, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici o di archiviazione, società di

revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti; società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione al le finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società: é ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., ad esempio le società del Gruppo Assicurativo AMISSIMA, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela. Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione. In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 del D. LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'Art. 7 del Codice conferisce ad ogni Interessato taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il Compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede in Viale Certosa, 222 – 20156 Milano - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al Responsabile della Privacy presso la Sede della Società. Infine, i Suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

Condizioni generali di Assicurazione

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITA'

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

Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c..

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 c.c..

Art. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c..

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 c.c..

Art. 6 - DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'Art. 1897 c.c. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - FACOLTÀ DI RECESSO

Per contratti di durata annuale (con tacito rinnovo)

Le Parti possono recedere alla scadenza annuale indicata in polizza mediante disdetta inviata con lettera raccomandata, fax o P.E.C. come previsto dall'Art. 9 – Proroga dell'assicurazione.

Per contratti di durata poliennale con riduzione del premio (sconto per poliennialità di durata massima 5 anni)

Le Parti, nel caso di polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio, possono recedere alla scadenza indicata in polizza, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata, come previsto dall'Art. 9 – Proroga dell'assicurazione.

Per sinistro

a) nel caso in cui Il Contraente/Assicurato "è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.;

b) nel caso in cui il Contraente/Assicurato "non è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C..

Tale facoltà viene estesa anche al Contraente, se trattasi di persona fisica.

In caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso.

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto delle parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

Con riferimento alla garanzia malattia, il recesso a seguito di sinistro può essere esercitato dalla Società entro i primi due anni dalla stipulazione del contratto solamente nel caso di polizze aventi durata poliennale, come da normativa attualmente vigente.

Art. 8 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso per iscritto, anche mediante P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c..

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 c.c..

Art. 9 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Se la polizza è stata emessa senza deroga al patto di tacita proroga, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata, fax o P.E.C. della Società (disdette@pec.amissima.it) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Nel caso di **polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio**, le Parti possono recedere alla scadenza indicata in polizza, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni

Art. 10 - ONERI FISCALI

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

Art. 11 - FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

Art. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 13 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Se il premio è convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili, esso viene anticipato in via provvisoria, come risulta dal conteggio esposto in polizza, e viene regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute in tali elementi durante lo stesso periodo.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente o l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società.

Resta fermo il premio minimo stabilito in polizza.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente o l'Assicurato abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente o l'Assicurato non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente o l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessari (quali ad esempio: il libro paga prescritto dall'Art. 20 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, il registro delle fatture o quello dei corrispettivi).

Art. 14 - ADEGUAMENTO AUTOMATICO

I capitali assicurati ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazione di capitali e di premio.

Qualora la variazione sia inferiore al 2%, la variazione stessa viene arrotondata al 2%.

Qualora la variazione fosse negativa non si procederà ad alcun adeguamento.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice i capitali ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà delle Parti interrompere l'adeguamento della polizza ed i capitali ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Sono soggetti ad adeguamento anche tutti gli importi previsti in polizza espressi in moneta, esclusi scoperti e franchigie e relativi minimi.

SETTORE A - INFORTUNI

Norme che regolano l'assicurazione infortuni

Art. 15 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati indicati negli allegati di polizza, subiscano nei limiti e secondo le modalità indicate dalle norme riguardanti la specifica categoria di appartenenza.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- la folgorazione;
- le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- quelli sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- quelli subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- quelli conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana e per legittima difesa;
- quelli causati da ubriachezza purché non alla guida di veicoli e/o natanti;
- quelli causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni.

Art. 16 - INFORTUNI DERIVANTI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 c.c., si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 17 - RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero.

La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

Art. 18 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato al momento del sinistro è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso in cui la stessa risulti scaduta da non oltre 60 giorni e venga regolarmente rinnovata prima della definizione del sinistro oppure non venga rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite dal conducente a causa del sinistro;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dall'Art. 34 - Rischio Volo;
- d) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, hockey, rafting, canoa fluviale, rugby, football americano, paracadutismo e sports aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati;

- i) di sport costituente per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta, non dichiarata;
- l) da guerra salvo quanto previsto dall'Art. 17 – Rischio di guerra all'estero;
- m) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.

Sono altresì escluse:

- o) le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:
 - la copertura assicurativa decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
 - qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 31 - Controversie - Arbitrato irrituale.

Qualora per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura subentri – senza soluzione di continuità – ad altra uguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e prestazioni dalla stessa già previste;
 - dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e prestazioni da essa assicurate.
- p) le infezioni del virus H.I.V. anche se derivanti da infortunio.

Art. 19 - PERSONE NON ASSICURABILI

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal testo H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle affezioni o malattie di cui sopra nel corso del contratto costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

La Società rimborsa la parte di premio, al netto d'imposta, relativo al periodo di rischio non corso.

Art. 20 - LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ad 80 anni. Per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Art. 21 - LIMITI TERRITORIALI

Salvo quanto diversamente previsto, l'assicurazione vale per il mondo intero.

Qualora l'Assicurato si trovi al di fuori dell'Europa, le indennità giornaliere per Inabilità Temporanea o per applicazione di gessatura/immobilizzazione, conseguenti ad infortunio, sono corrisposte limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro dell'Assicurato in Europa.

Art. 22 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è 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, così come disposto dall'Art. 1891 c.c..

Art. 23 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive 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.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 26 - Invalidità Permanente, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 24 - MORTE

L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 25 - MORTE PRESUNTA

In caso di naufragio di nave o di caduta di aeromobile, sempreché sia stata accertata dall’Autorità Giudiziaria la presenza a bordo dell’Assicurato, se entro 1 anno dalla data dell’incidente il corpo dell’Assicurato non venisse ritrovato, la Società corrisponderà la somma prevista per il caso di Morte.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell’intera somma liquidata.

Art. 26 - INVALIDITÀ PERMANENTE

L’indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l’invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno dell’infortunio. L’indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d’invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla “Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l’industria” allegata al Testo Unico sull’assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all’applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Estratto della tabella delle valutazioni del grado di invalidità

	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:	11	
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio	5	
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell’avambraccio	75	65
Perdita dell’avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell’indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell’anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell’indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell’anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell’indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell’anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l’applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	

	Percentuali	
	Destro	Sinistro
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 o amputazione di essa 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 fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 27 - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Il capitale assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alle seguenti franchigie assolute:

- **3%** sul capitale assicurato fino a **Euro 200.000,00**;
- **5%** sul capitale eccedente **Euro 200.000,00**;

Pertanto sul capitale assicurato:

- fino a **Euro 200.000,00**:
per Invalidità Permanente pari od inferiore al **3%**, non è dovuto alcun indennizzo; per Invalidità Permanente superiore al **3%**, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il **3%**;
- eccedente **Euro 200.000,00**:
per Invalidità Permanente pari od inferiore al **5%** non è dovuto alcun indennizzo; per Invalidità Permanente superiore al **5%**, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il **5%**;

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al **25%** della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 28 - SUPERVALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE SUPERIORE AL 50%

A parziale deroga delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni e ferme le eventuali franchigie previste in polizza, qualora lo stesso sinistro determini una Invalidità Permanente a termini di polizza superiore al **50%**, l'indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

% INV. PERM. ACCERTATA	% INV. Perm. da liquidare	% INV. PERM. ACCERTATA	% INV. Perm. da liquidare
51	51,5	62	68
52	53	63	69,5
53	54,5	64	71
54	56	65	72,5
55	57,5	66	74
56	59	67	75,5
57	60,5	68	77
58	62	69	78,5
59	63,5	70	80
60	65	oltre 71	100
61	66,5		

Art. 29 - ANTICIPO SULLA LIQUIDAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE

L'Assicurato, trascorsi 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia di sinistro, può richiedere alla Società il pagamento di un acconto sino al massimo del **50%** del presumibile indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia e che la presunta percentuale d'invalidità stimata dalla Società, in base alla documentazione acquisita, sia superiore al **15%** della totale.

Resta salvo il diritto della Società alla restituzione dell'anticipazione qualora emergano successivamente fatti che comportino l'inoperatività anche parziale della garanzia a termini di polizza.

L'acconto non potrà comunque essere superiore ad **Euro 100.000,00** qualunque sia l'ammontare del sinistro.

Art. 30 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della somma assicurata a questo titolo, le spese sostenute per:

- a) onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- b) diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici (radioscopie, radiografie, esami di laboratorio);
- c) terapie fisiche effettuate da medici o paramedici abilitati;
- d) medicinali con il limite del **20%** della somma assicurata;
- e) Laserterapia, Magnetoterapia, Tac, Risonanza magnetica – Artroscopia con il limite del **20%** della somma assicurata;
- f) rette di degenza in Istituto di cura a seguito di ricovero prescritto dal medico curante;
- g) trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza;
- h) acquisto e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici (comprese le protesi dentarie), qualora l'infortunio abbia comportato Invalidità Permanente ai sensi di polizza;
- i) interventi di chirurgia plastica ricostruttiva effettuati allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio stesso con il limite del **30%** della somma assicurata;
- j) acquisto di lenti ed occhiali prescritti dal medico curante a seguito di infortunio che comporti diminuzione della vista;

La presente garanzia viene prestata con l'applicazione di uno scoperto, a carico dell'Assicurato, del **10%** con il minimo di **Euro 50,00** per ogni sinistro.

La richiesta di rimborso, corredata dalle ricevute originali di quanto pagato per quanto sopraindicato, deve essere presentata alla Società entro 30 giorni dal termine delle cure mediche.

Art. 31 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 23 - Criteri di indennizzabilità - possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di 3 medici, nominati 1 per parte ed il 3° 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 3° medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della 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 da 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. 32 - RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 c.c., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 33 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 34 - RISCHIO VOLO

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

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

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società non potrà superare il capitale di:

- a) per persona:
 - Euro 1.035.000,00** per il caso di Morte;
 - Euro 1.035.000,00** per il caso di Invalidità Permanente;
 - Euro 260,00** al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.
- b) complessivamente per aeromobile:
 - Euro 5.165.000,00** per il caso di Morte;
 - Euro 5.165.000,00** per il caso di Invalidità Permanente;
 - Euro 5.165,00** al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

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

Art. 35 - LIMITAZIONE DELLA GARANZIA PER SINISTRI CATASTROFALI

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di **Euro 5.165.000,00**.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 36 - SPESE DI RIMPATRIO

Qualora dall'infortunio derivi una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza superiore al **5%**, e lo stesso infortunio richieda l'immediato rimpatrio dell'Assicurato infortunato con il mezzo di trasporto più idoneo, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute fino alla concorrenza di **Euro 1.500,00** su presentazione di regolare documentazione.

Art. 37 - BRICOLAGE

L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da attività inerenti ai piccoli lavori manuali - bricolage - espletati con l'uso di utensili domestici anche azionati da motore ed esercitate non a scopo di lucro o di commercio.

Art. 38 - VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. Le variazioni nel personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno del perfezionamento dell'appendice.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione del premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

NORME PARTICOLARI CHE REGOLANO LE SPECIFICHE CATEGORIE DI ASSICURATI

Art. 39 - RELIGIOSI APPARTENENTI ALL'ENTE CONTRAENTE

La garanzia viene prestata per gli infortuni professionali ed extra-professionali che sacerdoti, coadiutori, chierici e suore dovessero subire durante lo svolgimento di tutte le attività del loro ministero sacerdotale e/o religioso, comprese le funzioni di parroco coadiutore in parrocchia.

Relativamente al rimborso delle spese mediche a seguito di ricovero da infortunio, si conviene che nel caso esse vengano corrisposte ad integrazione dell'assistenza sanitaria sociale, la Società integrerà la prestazione con la corresponsione di **Euro 15,50** per ogni giorno di ricovero per la durata massima di 30 giorni per anno assicurativo.

Con riferimento all'Art. 15 – Oggetto dell'Assicurazione – si conviene che sono comprese in garanzia anche le conseguenze di sforzi muscolari aventi carattere traumatico e le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:

- se l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al **10%** della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente assoluta;
- se l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico.

Art. 40 - ALLIEVI, CONVITTORI E SEMICONVITTORI

La garanzia viene prestata per gli infortuni subiti durante la partecipazione a tutte le attività programmate dall'Ente Contraente nell'interesse degli "allievi". La garanzia è operante durante la partecipazione degli allievi all'attività scolastica presso le scuole gestite sia dall'Ente Contraente che gestite da terzi comprese lezioni di educazione fisica e l'esecuzione di lavoro manuale previsto dai programmi della scuola, quale accessorio dello studio, che può svolgersi anche con uso di macchine, nonché durante la partecipazione a tutte le altre attività, come a titolo esemplificativo e non limitativo:

- visite, a scopo di studio o di esperimento, a stabilimenti industriali, laboratori, cantieri, costruzioni ed impianti, nonché a scuole in genere;
- riunioni religiose e patriottiche, culturali e artistiche, di svago e di diporto; esercizi fisici e sport;
- visite a musei, mostre ed esposizioni;
- pellegrinaggi, gite, passeggiate ed escursioni anche in montagna compresa la pratica dell'alpinismo senza scalata di rocce od accesso ai ghiacciai, sempreché effettuati sotto la direzione, sorveglianza e responsabilità dell'Ente Contraente;
- durante le gite in montagna possono essere attraversati ghiacciai purché gli stessi si trovino lungo i sentieri tracciati;

- viaggi effettuati nelle circostanze e per gli scopi su accennati, con ordinari mezzi di locomozione e di trasporto terrestre o marittimo, in servizio pubblico o privato, purché compiuti in forma collettiva, sotto l'organizzazione, direzione, sorveglianza e vigilanza del Contraente;
- quotidiane ricreazioni e giochi relativi.

La garanzia è altresì operante per il soggiorno degli allievi in colonie, campeggi, ed attività similari, quali soggiorni estivi ed invernali, gestite dal Contraente e/o da terzi, ma sotto la sorveglianza e responsabilità dell'Ente Contraente. Nelle colonie devono intendersi assicurati, anche eventuali ragazzi ospiti non allievi, purché in numero pari o inferiore agli allievi iscritti al corrispondente Istituto; s'intende compreso anche il viaggio dall'Istituto alla colonia e viceversa organizzato sia dall'Ente Contraente direttamente sia da terzi.

Sono compresi in garanzia gli infortuni che gli allievi possono subire durante il percorso dalla propria abitazione alla scuola gestita dall'Ente Contraente o dall'Istituto Contraente ad una altra scuola e viceversa anche se detti percorsi vengono eseguiti, oltre che a piedi, con l'uso o guida di mezzi di trasporto pubblico o privato.

Si conferma che per gli allievi la garanzia è operante anche durante lo svolgimento di attività lavorative pratiche presso aziende, gestite da terzi. Esclusivamente a favore degli allievi convittori e semiconvittori di età non inferiore a 10 anni, si conviene che la garanzia è operante anche per infortuni subiti in occasione di attività ricreative esterne, di compimento di commissioni e relativi percorsi esterni, effettuati anche isolatamente, eseguiti su incarico e/o autorizzazione dell'Ente Contraente durante il periodo in cui tali allievi sono affidati all'Ente stesso.

Art. 41 - CONVITTORI DI CASE PER FERIE E/O COLONIE

La garanzia viene prestata per gli infortuni che i convittori di età inferiore a 30 anni, dovessero subire durante il periodo dei loro soggiorni presso gli istituti indicati negli allegati di polizza.

S'intendono comprese tutte le attività di carattere ricreativo e sportivo che si svolgono durante il soggiorno comprese le gite e passeggiate in montagna, compresa la pratica dell'alpinismo senza scalata di rocce o accesso a ghiacciai, sempreché effettuati sotto la direzione, sorveglianza e responsabilità dell'Ente Contraente restando tuttavia inteso che durante le gite in montagna possono essere attraversati ghiacciai purché gli stessi si trovino lungo sentieri tracciati.

Art. 42 - ORATORIANI

La garanzia è operante per gli infortuni che gli oratoriani dovessero subire durante la permanenza nei locali e luoghi gestiti dall'oratorio nonché durante la partecipazione alle varie attività in precedenza descritte connesse alle finalità dell'oratorio stesso, sempreché dette attività siano svolte in gruppo e sotto la diretta sorveglianza e responsabilità dei preposti.

È compresa la partecipazione a riunioni religiose, civili, patriottiche, culturali, ricreative e sportive in genere; visite a musei, mostre ed esposizioni; pellegrinaggi, gite, passeggiate ed escursioni anche in montagna, compresa la pratica dell'alpinismo senza scalata di rocce o accesso ai ghiacciai sempreché effettuati sotto la direzione, sorveglianza e responsabilità dell'Ente Contraente, restando tuttavia inteso che durante le gite in montagna è compreso l'attraversamento di ghiacciai purché gli stessi si trovino lungo i sentieri tracciati.

È compreso altresì l'uso di ordinari mezzi di locomozione durante i viaggi ed i percorsi svolti in gruppo e sotto la diretta sorveglianza e responsabilità dei preposti dell'oratorio.

Art. 43 - DIPENDENTI E COLLABORATORI IN GENERE

Sono considerati dipendenti le persone non appartenenti all'Ente Contraente che sono iscritti nei libri paga tenuti dall'Ente Contraente stesso a norma di legge. Sono considerati collaboratori tutti coloro che non appartengono all'Ente Contraente e prestano la loro opera gratuitamente e non, nello svolgimento delle varie attività promosse ed organizzate dall'Ente Contraente per il perseguimento dei suoi fini istituzionali. La garanzia vale per gli infortuni che detti assicurati dovessero subire durante lo svolgimento dell'attività lavorativa e di collaborazione in favore dell'Ente Contraente. Fra i collaboratori si intendono compresi giovani che prestano il servizio civile presso l'Ente Contraente in qualità di educatori ed animatori del tempo libero, supplenti, accompagnatori anche come autisti, nonché assistenti volontari in genere.

La copertura si intende prestata anche per gli infortuni avvenuti in occasione della guida di veicoli.

Art. 44 - VOLONTARI

La garanzia viene prestata per gli infortuni che i collaboratori volontari dovessero subire durante la loro attività di volontariato svolto per conto della parrocchia o dell'Ente Contraente indicato in polizza.

SETTORE B - INDENNITÀ DA RICOVERO

Norme che regolano l'assicurazione indennità da ricovero per malattia, infortunio o parto

Art. 45 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia, infortunio o parto, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera assicurata per il numero di giorni di degenza contabilizzati dall'Istituto di cura con il massimo di 360 giorni per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate 1 sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

L'assicurazione vale anche in caso di:

- a) ricovero dell'Assicurato per donazione di organi;
- b) "Day Hospital" purché non inferiore a 5 giorni consecutivi (fatta eccezione per le festività).

L'indennità giornaliera nei casi di cui alle lettere a) e b) è corrisposta nella metà della somma giornaliera assicurata.

Art. 46 - FRANCHIGIA

Il capitale assicurato per Indennità da ricovero verrà corrisposto a partire dal:

- 1° giorno computabile a termini di polizza per capitale assicurato pari o inferiore a **Euro 26,00**;
- 4° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza per capitale assicurato superiore a **Euro 26,00**.

Art. 47 - TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni:
 - dal momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie:
 - dal 30° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia - ha effetto l'assicurazione;
- per le conseguenze di stati patologici o di malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarate dall'Assicurato ed accettate dalla Società:
 - dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- per gli esiti di infortunio avvenuti anteriormente alla stipulazione della polizza non accertati con diagnosi medica:
 - dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo parere medico, anteriormente alla stipulazione della polizza:
 - dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- per il parto e per la donazione di organi:
 - dal 300° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia ha effetto l'assicurazione.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (anche se appartenente ad altra Compagnia di assicurazione, purché non annullata da quest'ultima) riguardante gli stessi Assicurati e l'identica garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto l'assicurazione prevista dalla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione prevista dalla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La Norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 48 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione i ricoveri determinati da:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- b) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione dell'assicurazione;
- c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) infortuni derivanti da sports aerei o dalla partecipazione a corse o gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- e) infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
- f) infortuni e intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) aborto volontario non terapeutico;

- h) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- i) cure dentarie, paradontopatie e applicazioni di protesi dentarie non rese necessarie da infortunio verificatosi nel corso del contratto;
- j) conseguenze dirette o indirette di trasformazione 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.);
- k) guerra, insurrezione, movimento tellurico o eruzione vulcanica;
- l) ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione dell'assicurazione.

Art. 49 - VARIAZIONI DEL PREMIO

Premesso che il premio è stato determinato ed applicato in funzione dell'età d'ingresso di ogni Assicurato, resta convenuto tra le Parti che al variare dell'età, in corso di contratto, il premio di ogni Assicurato è soggetto a modifica in occasione della scadenza di ogni rata annuale in relazione all'età raggiunta a quella data dall'Assicurato.

Ove non necessitasse la nuova misura del premio, il Contraente potrà astenersi dal relativo pagamento e il contratto si intenderà sciolto a far tempo dalla scadenza annuale in occasione della quale è stata proposta dalla Società la modifica del premio.

Art. 50 - PERSONE NON ASSICURABILI

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle affezioni o malattie di cui sopra nel corso del contratto costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

La Società rimborsa la parte di premio, al netto d'imposta, relativo al periodo di rischio non corso.

Art. 51 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero e, in tempo di pace, anche durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso o a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, purché – in caso di ricovero – lo stesso non avvenga in Istituto di cura militare.

Art. 52 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di cui all'Art. 8 - Obblighi del Contraente o dell'Assicurato in caso di sinistro - deve essere corredata di certificazione medica.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre, se richiesta, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 53 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento viene effettuato su presentazione, in originale, di regolare attestato di degenza in Istituto di cura, debitamente sottoscritto. L'originale presentato dall'Assicurato rimane acquisito alla Società.

Art. 54 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di 3 medici, nominati 1 per parte ed il 3° 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 3° medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della 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 da 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. 55 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La facoltà di recesso per sinistro prevista dall'Art. 7 - Facoltà di recesso - non può essere esercitata dalla Società decorsi 2 anni dalla data di stipulazione della presente assicurazione.

Art. 56 - RECESSO DAL CONTRATTO ED ANTICIPATA RISOLUZIONE

Fermo quanto disposto dal precedente Articolo – Facoltà di recesso in caso di sinistro, nel caso di risoluzione anticipata del contratto per cessazione di rischio e negli altri casi di recesso o risoluzione anticipata per le ipotesi previste dagli Artt. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità e 5 – Aggravamento del rischio, spettano alla Società oltre le rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, l'intero ammontare del premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione ai sensi degli Artt. 1892, 1894, 1896 e 1898 c.c..

Art. 57 - RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 c.c., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 58 - ANTICIPO INDENNIZZO

In caso di ricovero rientrante nella garanzia prestata che comporti una degenza continuativa superiore a 15 giorni, è data facoltà all'Assicurato, nella previsione che il ricovero si prolunghi, di richiedere alla Società l'indennità maturata e spettantegli per i primi 15 giorni di ricovero.

A ciascuna richiesta di anticipo di indennizzo, dovrà essere allegato un attestato di degenza in atto, rilasciato dall'Istituto di Cura, riportante anche la motivazione del ricovero.

Art. 59 - RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero. La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.