

Contraente
F.I.E.
FEDERAZIONE ITALIANA
ESCURSIONISMO

POLIZZA INFORTUNI
TESSERATI

INDICE

DEFINIZIONI	PAG.3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	PAG.3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	PAG. 5
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA	PAG. 12
CONDIZIONI PARTICOLARI	PAG. 14
CONDIZIONI AGGIUNTIVE	PAG. 18

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

- per **Assicurazione**: il contratto di assicurazione;
- per **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione;
- per **Contraente**: il soggetto che stipula e sottoscrive il contratto;
- per **Assicurato**: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per **Società**: l'impresa assicuratrice;
- per **Premio**: la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- per **Sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per **Indennizzo**: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per **Infortunio**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato 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.

Art. 2 - Altre assicurazioni - Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società la 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 -

Il contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite. Il premio deve essere pagato all'agenzia cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società in conformità alle disposizioni di legge in vigore al momento del pagamento. Se il contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, **l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto**. Se il contraente non paga i premi successivi, **l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del codice civile

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione - Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio - Il Contraente deve 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 - Diminuzione 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, ai sensi dell'Art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro - In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne abbiano 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. 8 - Disdetta in caso di sinistro - Qualora il contraente sia consumatore ai sensi dell'articolo 1469 bis del codice civile, dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In ogni caso di recesso Cattolica rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Qualora il contraente non sia consumatore ai sensi dell'articolo 1469 bis del codice civile, dopo ogni denuncia di sinistro, Cattolica ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

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

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

Art. 9 - Proroga del contratto –

In mancanza di disdetta, inviata all'altra Parte a mezzo di lettera raccomandata a.r. spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto di assicurazione è prorogato per un anno e così successivamente.

Art. 10 - Oneri fiscali - Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro competente - Foro competente, a scelta della parte attrice, può essere quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società o quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge - Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione - L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

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

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- l) la folgorazione;
- m) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria.

Art. 14 - Rischi esclusi - Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- 2) dalla guida
 - ❖ di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B,
 - ❖ di macchine agricole e operatrici,
 - ❖ di natanti a motore per uso non privato;
- 3) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 4) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri) salvo quanto disposto al successivo Art. 15);
- 5) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- 6) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti federazioni od organismi sportivi riconosciuti dal CONI;
- 7) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- 8) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 9) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 10) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- 11) da rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla Clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (Nuclear Energy Risks Exclusion Clause NMA 1975° 1994);
- 12) da contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

I rischi di cui ai numeri 1, 2, 5 e 6 sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio

dell'attività professionale dichiarata.

Art. 15 - Rischio volo - L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo 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 aeroclub.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente/Assicurato o da terzi in favore degli stessi assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i capitali di:

- a) per persona:
- | | | |
|------|-----------|--|
| Euro | 1.032.914 | per il caso di Morte; |
| Euro | 1.032.914 | per il caso di Invalidità Permanente totale; |
| Euro | 259 | per il caso di Inabilità Temporanea; |
- b) complessivamente per aeromobile (in caso di polizza cumulativa):
- | | | |
|------|-----------|--|
| Euro | 5.164.569 | per il caso di Morte; |
| Euro | 5.164.569 | per il caso di Invalidità Permanente totale; |
| Euro | 5.165 | 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 comuni stipulate dallo stesso contraente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

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.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 16 - Servizio militare - Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea. In ogni caso, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successive all'inizio del servizio, l'Assicurato ha diritto di ottenere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

Art. 17 - Limiti di età - L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni a condizione che, al momento dell'ingresso in copertura, tali persone non abbiano però compiuto i 75 anni. Per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla sua naturale scadenza.

Tuttavia previo accordo con la Società e dopo aver presentato certificato di buona salute, l'assicurazione può essere prorogata anche oltre quest'ultimo limite di età di anno in anno.

Art. 18 - Persone non assicurabili - 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 paranoidi.

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

Art. 19 - Limiti territoriali - L'assicurazione vale per il mondo intero. **L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero:** tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell' Assicurato.

La garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, **per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'Assicurato, trovandosi all'estero, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Art. 20 - Cambiamento dell'attività professionale - Se nel corso dell'assicurazione si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate in polizza, si applicano gli artt. 1897 e 1898 C.C. Se il cambiamento dell'attività non comporta né diminuzione né aggravamento di rischio, l'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta.

Art. 21 - Altre assicurazioni - Fermo quanto previsto dall'Art. 2), qualora le somme assicurate con altre polizze - escluse quelle in forma collettiva non stipulate dallo stesso Assicurato - superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 15 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 22 - Denuncia dell'Infortunio e oneri relativi - Fermo quanto previsto dall'Art. 7), la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e dev'essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dev'essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso d'inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato, o in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla società le indagini e gli accertamenti necessari.

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. 25/A) 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 dell'assicurazione - **entro due anni dal giorno dell'infortunio.**

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

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, 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.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. **La liquidazione, sempreché non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli Artt. 60 e 62 C.C.** Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non

si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

Art. 25/A - Invalidità permanente - L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per l'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 seguenti.

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 piede	40%	40%
ambidue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	3%	
una falange dell'alluce	2,5%	
una falange di altro dito del piede	1%	
un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	
un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
un rene	20%	
la milza	10%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue le orecchie	40%	
perdita totale della voce	30%	
stenosi nasale bilaterale	15%	
esiti di frattura amilica somatica da schiacciamento di vertebre dorsali	10%	
vertebre dorsali	7%	
12 ^a dorsale	12%	
cinque lombari	12%	
esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente	5%	

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, 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%.

Art. 25/B Franchigie - Le prestazioni previste dell'Art. 25/A) sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- sulla parte di somma assicurata fino a 300,000 €:
se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 3% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.
- Sulla parte di somma assicurata eccedente 300.000 € e fino a 500.000€:
se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.
- Sulla parte di somma assicurata eccedente 500.000€:
se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 10% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.

Art. 26/A - Inabilità temporanea - L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente o per morte.

Art.26/B Franchigia – L'indennizzo previsto dall'art.26/A viene corrisposto a partire dall'8° giorno successivo a quello dell'infortunio.

Art. 27 - Estensione dell'assicurazione alle ernie addominali da sforzo - A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 13) e fermi i criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 23) l'assicurazione è estesa limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:

- ❖ la copertura assicurativa delle ernie decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- ❖ qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità 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 corrisposta solamente una indennità 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).

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

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e le prestazioni della stessa già previste;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Art. 28 - Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere - La Società assicura, quando previsto in polizza, 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 **semprechè 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 subito 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 dalla 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.

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

Il rimborso delle spese di cui al presente articolo viene riconosciuto con lo scoperto del 10% della spesa documentata e con il minimo di euro 50,00 € per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato.

Art. 29 - Diaria ricovero - La Società assicura in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura a seguito di infortunio, che richieda o meno intervento chirurgico, la corresponsione dell'indennità giornaliera stabilita in polizza per ciascun giorno di degenza **per la durata massima di 90 giorni per ogni infortunio e per un periodo non superiore a 120 giorni per più sinistri che dovessero verificarsi nel medesimo anno assicurativo**. Tale garanzia è prestata in aggiunta, ove prevista, alla somma assicurata per il caso di inabilità temporanea. Per gli Assicurati di età inferiore ai 18 anni che frequentino scuole di istruzione elementare, media e secondaria e semprechè il ricovero avvenga durante il periodo scolastico, viene corrisposta a titolo di rimborso spese per recupero scolastico una ulteriore indennità di Euro 6 per ogni giorno di ricovero. **La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi a termini della presente polizza su presentazione della documentazione attestante l'avvenuto ricovero e di copia della cartella clinica**. Il pagamento viene effettuato a ricovero ultimato. Per i ricoveri avvenuti all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia.

Art. 30 - Cumulo di indennità - L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 31 - Deferimento di controversie ad un Collegio Medico - Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 23), sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati

uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.. **Il Collegio medico risiede nel comune dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.**

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere un acconto 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, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 32 - Diritto di surrogazione - La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 33 - Pagamento dell'indennizzo - Verificata l'operatività della garanzia, eseguita la valutazione del danno, ricevuta la necessaria documentazione e concordato con l'Assicurato l'importo dell'indennizzo da corrispondere a termine di polizza, **la Società s'impegna a provvedere al pagamento entro 15 giorni.**

Art. 34 - Indicizzazione – (operante se richiamata in polizza) - Le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice generale nazionale dei prezzi al consumo per le 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 indicato nel frontespizio, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo. **Il diritto all'adeguamento sorge quando la differenza fra detti indici sia non inferiore al 10% e gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio 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 variazioni di somme assicurate e di premio.

Qualora, in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, l'Assicurato avrà facoltà di recedere dal contratto, entro tre mesi dalla scadenza della rata di premio cui si riferisce l'ultimo adeguamento, ed il recesso avrà effetto dalla scadenza della successiva annualità di premio.

NORME CHE, AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PRECEDE, REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Art. 35 - Variazione di persone - Si conviene che le variazioni nel numero e nelle generalità delle persone assicurate verificatesi nel corso della garanzia, saranno comunicate per iscritto ed a mezzo raccomandata alla Società. Le variazioni stesse saranno valide a decorrere dalla data del timbro postale di partenza della comunicazione predetta e, comunque, dalla data della ricevuta della raccomandata rilasciata dall'amministrazione postale, semprechè il personale nuovo assunto sia assicurabile a norma di polizza. **Fermo l'obbligo del Contraente di corrispondere l'eventuale maggior premio entro 15 giorni dalla presentazione della appendice, con l'applicazione, in difetto, dell'Art. 1901 C.C.**

Art. 36 - Esonero dall'obbligo di denuncia di mutilazioni o difetti preesistenti - Fermo il disposto dell'Art. 1) delle norme che regolano l'assicurazione in generale, il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti da cui gli 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. 23) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni.**

Art. 37 - Variazioni nella persona del contraente - Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede e con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, suoi eredi, od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

Art. 38 – Raccolta dati degli assicurati. Il Contraente, al fine di consentire alla Compagnia di ottemperare alle disposizioni del Regolamento Isvap n.27 del 14 ottobre 2008 ed eventuali successive modifiche, si impegna a fornire alla Compagnia entro 15 giorni dalla richiesta di quest'ultima i seguenti dati:

data di adesione alla copertura assicurativa per ogni singola applicazione;
nome e cognome dell'aderente;
codice fiscale dell'aderente;
data effetto copertura della singola adesione;
data scadenza della singola adesione;
premio di prima annualità o prima rata di premio.

La Compagnia potrà sospendere il pagamento di eventuali sinistri fino a che non vengano forniti tutti i dati richiesti.

Art. 39 - Trattamento dei dati personali

Il Contraente assume a proprio carico l'onere di consegnare e far sottoscrivere agli assicurati l'informativa privacy sul Trattamento dei dati personali (Reg. UE 2016/679) operato dal Titolare Cattolica, impegnandosi a raccoglierne il consenso/i sottoscritto/i e trasmettendolo/i tempestivamente alla Compagnia stessa, affinché quest'ultima possa trattare legittimamente i dati personali e particolari degli assicurati.

L'Istituto Contraente fornirà, altresì, a Cattolica, nelle modalità concordate, un elenco nominativo degli assicurati che abbiano sottoscritto suddetta informativa ai fini della loro corretta identificazione"

Art.40 - 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 della Società non potrà essere superiore a quanto indicato nella scheda di polizza alla voce "Limite di indennizzo per cumulo catastrofale". Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto eccedessero complessivamente tale importo, le stesse verranno ridotte proporzionalmente.

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA

- a) - **Garanzia anonima** (operante se espressamente richiamata in polizza) - Nell'ipotesi che la presente assicurazione sia stata stipulata, a richiesta del Contraente, con rinuncia, da parte della Società, alla indicazione nominativa degli Assicurati, la Società vi consente **all'espressa condizione che il Contraente denunci, sia inizialmente che nel corso del contratto, il numero esatto di tutte le persone aventi la stessa qualifica o mansioni di quelle assicurate, comunicando le variazioni appena queste si verificano**. Qualora il numero delle persone risulti superiore a quello denunciato si applicano le disposizioni di legge.
- b) **Esistenza polizza R.C.** (operante se espressamente richiamata in polizza) - **Nel caso che il Contraente abbia in corso con la Società Cattolica di Assicurazione una polizza di responsabilità civile che estenda la garanzia anche alle persone assicurate con la presente polizza, è espressamente convenuto che, qualsiasi indennizzo la Società dovesse pagare in base alla presente polizza, andrà computato a detrazione del risarcimento che essa dovesse corrispondere, per le stesse persone, in base alla predetta polizza di responsabilità civile.**
- c) **Responsabilità del Contraente** (operante se espressamente richiamata in polizza)- - Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art. 24 (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza, ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere a seguito di sentenza definitiva o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.
- d) **Sostituto** - La garanzia prestata con la presente polizza si intende valida nell'esplicazione delle stesse mansioni dell'Assicurato per un Sostituto quando questi si trova a sostituire l'Assicurato stesso in sua temporanea assenza od impedimento.
- e) **Limitazione ai soli infortuni professionali** - A deroga dell'Art. 13) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, si conviene che l'assicurazione vale soltanto per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata in polizza.
- f) **Limitazione ai soli infortuni extra-professionali** - A deroga dell'art. 13) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni si conviene che la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. La garanzia vale durante l'espletamento di tutte le attività concernenti la normale vita domestica, sociale e di relazione compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari.

Restano pertanto esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire mentre presta opera comunque retribuita alle dipendenze di terzi o in proprio a titolo professionale.

Ai fini della validità della presente pattuizione, l'Assicurato dichiara di svolgere attività lavorativa alle dipendenze di terzi con mansioni interne ad orario fisso di lavoro. In caso di polizza cumulativa detta dichiarazione viene rilasciata dal Contraente per conto dei singoli assicurati.

- g) **Esonero denuncia di altre assicurazioni** - L'eventuale coesistenza di altre polizze stipulate personalmente dai singoli assicurati con altre Compagnie per la copertura degli stessi rischi, anche nel caso in cui gli interessati non ne abbiano dato notizia alla Società assicuratrice, non pregiudica la garanzia prestata con la presente polizza e, pertanto, il pagamento della relativa indennità verrà effettuato in ogni caso nella misura dovuta.
- h) **Mancinismo** - Premesso che l'Assicurato ha dichiarato di essere mancino, si conviene che le percentuali di invalidità previste dall'art. 25/A) per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.
- i) **Adozione Tabella INAIL** - Si conviene che le percentuali di invalidità permanente previste dall'Art. 25/A) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni s'intendono sostituite con quelle di cui all'Allegato 1) del D.P.R. 30 Giugno 1965, n° 1124 e successive modifiche intervenute sino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge, fermo quant'altro previsto dal medesimo Art. 25/A).
- j) **Sopravalutazioni per Invalidità Permanente** - Con riferimento all'Art. 25/A) che s'intende pienamente operante, si conviene che alcune percentuali di invalidità permanente ivi previste vengono modificate come segue:

Per la perdita totale:	destro	sinistro
di un braccio o di una mano	100%	100%
del pollice	60%	50%
della falange del pollice	40%	35%
dell'indice	60%	50%
della falangetta dell'indice	40%	35%
del medio	30%	25%
della falangetta del medio	20%	15%
dell'anulare	15%	10%
del mignolo	15%	10%
percentuale massima per la perdita totale del pollice, dell'indice e del medio di una mano, o di due delle dita anzidette	80%	80%
perdita totale della facoltà visiva di un occhio		50%
sordità completa di ambedue gli orecchi		75%
sordità completa di un orecchio		20%

- k) **Abolizione di franchigia su Invalidità Permanente** - L'Art. 25/B) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni si intende abrogato, per cui l'indennizzo per invalidità permanente verrà corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia.
- l) **Invalidità permanente totale** - Con riferimento agli artt. 25/A) e 25/B) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, che restano pienamente operanti, si conviene che in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore all'80% (ottanta per cento) l'indennizzo verrà corrisposto nella misura del 100% (cento per cento) della somma assicurata.

- m) **Alpinismo fino al 3° grado** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai fino al 3° grado **purché non effettuato isolatamente.**

- n) **Alpinismo in genere** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai di qualsiasi grado, **purché effettuato con accompagnamento di guida patentata.**

- o) **Speleologia** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica della speleologia, non a carattere professionale, **purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura.**

- p) **Immersioni subacquee** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da immersioni subacquee con uso di autorespiratore comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose a condizione che non siano dovute allo svolgimento di attività professionale e che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione a ciò legalmente autorizzata.

- q) **Inabilità temporanea totale** - D'accordo fra le parti si conviene che il disposto dell'art. 26) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni viene annullato e sostituito dal seguente:
«L'indennizzo per l'inabilità temporanea decorre dall'undicesimo giorno da quello dell'infortunio ed è dovuto per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato anche solo in parte nella incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni.»
L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni ed è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente, per morte o per ricovero ospedaliero.

- r) **Applicazione apparecchio gessato** - **Se l'infortunio comporta l'immobilizzazione con applicazione di apparecchio gessato, la Società corrisponde all'assicurato un'indennità pari a quella della diaria da ricovero per infortunio fino alla rimozione della gessatura e comunque per un periodo massimo di 40 (quaranta) giorni.**

- s) **Uso e guida motocarri, autofurgoni ed autocarri** - A parziale deroga dell'art. 14 punto 2 delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, resta convenuto che la garanzia vale altresì, sempre che l'Assicurato sia in possesso della prescritta e valida patente di abilitazione, durante l'uso e guida di: autofurgoni ed autocarri in genere, macchine agricole ed operatrici.

- t) **Regolazione Premio** Il premio, convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili viene anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, quale acconto di premio calcolato sulla stima preventiva degli elementi indicati in polizza e regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, a seconda delle variazioni intervenute in detti elementi durante lo stesso periodo.
Resta fermo il premio minimo di polizza.

Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente o l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, gli elementi variabili previsti in polizza.

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

Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia prestata per il nuovo periodo assicurativo resta sospesa a partire dal 15° giorno successivo a quello indicato per la scadenza del contratto e fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente o l'Assicurato abbia adempiuto ai propri obblighi, secondo quanto disposto dall'art.1901 comma 2 del Codice Civile.

Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, mediante lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio risulti maggiore del 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 una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% 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 necessari e le documentazioni probatorie in suo possesso.

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

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

D'accordo tra le parti e a deroga di quanto stabilito nelle condizioni contrattuali si conviene quanto segue:

1) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A deroga degli articoli 13) e 14) punti 5) e 6) delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI" si conviene che l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che gli assicurati, specificatamente indicati (tesserati alla Federazione Italiana Escursionismo), dovessero subire durante le attività sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della Federazione Italiana Escursionismo e Società affiliate. Sono comprese le conseguenze di infortuni che avvengono durante gli allenamenti, anche individuali, purché rientranti tra le attività previste nello statuto della F.I.E. In tal caso, ai fini dell'ammissione dell'infortunio al beneficio assicurativo, la relativa denuncia deve essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo (organismi periferici/associazioni affiliate) per il quale il soggetto assicurato è tesserato che attesta sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa. Sono compresi in garanzia i giudici di gara iscritti alla F.I.E. per le attività svolte per conto della Federazione. La garanzia vale anche durante l'attività di manutenzione dei sentieri, dei rifugi, degli edifici e delle sedi della F.I.E. effettuata anche con l'utilizzo di attrezzature. La garanzia vale inoltre durante i trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggeri o in forma individuale, verso e dal luogo di svolgimento delle attività, esclusi gli incidenti verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque di inosservanza delle norme che regolano il trasferimento. La garanzia è valida a condizione che l'infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto dell'assicurazione ed in data e orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione al termine dell'attività stessa.

La garanzia è valida per le seguenti attività, purché autorizzate e organizzate sotto l'egida della Federazione:

- Escursionismo, tutti i gradi di difficoltà, da T (Turistico) a EEA (Escursionisti Esperti con Attrezzatura Alpinistica);
- Sci Alpino e Snowboard su pista battuta (escluso fuoripista);
- Alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai fino al 4° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche);
- Ferrate fino al grado di difficoltà D (Difficile) - ferrata con qualche breve strapiombo e con alcuni passaggi atletici, vuoto continuo. Percorsi per escursionisti esperti;
- Ciaspolate fino al grado di difficoltà WT4;
- Speleologia, non a carattere professionale, purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura. E' esclusa la speleologia effettuata in solitaria;
- Sci escursionistico effettuato su sentieri classificati fino al grado EE (Escursionisti Esperti) con esclusione dei livelli di difficoltà superiore;
- Nordic Walking;
- Hiking e Speed Hiking;
- Arrampicata su parete artificiale effettuata con tutti i dispositivi di sicurezza adeguati (si intendono sempre esclusi l'Arrampicata in falesia, il Bouldering e il Free Climbing anche se effettuato su parete artificiale)
- Rally escursionistico;
- Trekking;

- River trekking
- Canyoning (fermo il grado di difficoltà previsto dalle discipline di cui sopra);
- Trial running;
- Cicloturismo: si intendono esclusi tutti i sinistri nei quali sono coinvolti veicoli a motore e rimorchi. Non sono considerati veicoli a motore i velocipedi a pedalata assistita (cosiddette bici elettriche).

La garanzia non vale per gli infortuni derivanti da:

- sci d'alpinismo;
- sci escursionistico su sentieri di grado superiore a EE;
- fuoripista, (l'assicurazione è valida solo per brevi tratti di fuoripista compresi tra due piste battute vicine e site nel medesimo comprensorio sciistico);
- sci estremo;
- pratica dell'alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai oltre il 4° grado;

Il titolo che dà diritto all'assicurazione è la tessera nominativa e numerata. La tessera dovrà essere rinnovata entro il termine del 31/03 di ogni anno, pena la decadenza del diritto alla copertura assicurativa. Tale termine non è operante per i nuovi tesserati in corso d'anno.

2) PRESTAZIONI ASSICURATIVE

L'assicurazione viene prestata per ciascun atleta con i seguenti capitali:

- per il caso di Morte € 50.000,00
- per il caso di Invalidità Permanente € 50.000,00
- per il caso Diaria Ricovero € 30,00
- per il caso Diari da Gesso € 30,00
- per il caso Rimborso Spese Mediche, Farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere da infortunio € 3.000,00.

3) DURATA DEL CONTRATTO

A modifica di quanto stabilito dall'Art. 9 Proroga del contratto si conviene che il contratto è stipulato per la durata di anni 1 (uno), decorrente dalla data di sottoscrizione dello stesso ed ha effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2020. Il contratto s'intende estinto alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

4) INVALIDITA' PERMANENTE PER INFORTUNIO

A parziale modifica dell'Art. 25/A, L'indennizzo per l'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 dall'Allegato A "Tabella Lesioni" al DPCM del 3 novembre 2010 pubblicato sulla GU n. 296 del 20 dicembre 2010.

5) FRANCHIGIA SU INVALIDITA' PERMANENTE

A modifica di quanto stabilito dall'Art.25/B delle norme, si conviene che:

Per i sinistri occorsi durante tutte le attività organizzate dalla Federazione, comprese le attività sportive, ad esclusione della sola attività sci alpino.

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo ad indennizzo
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 5% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.
- se l'invalidità permanente definitiva è pari o superiore al 60%, l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Per i sinistri occorsi durante la sola attività sportiva sci alpino:

- se l'*invalidità permanente definitiva* è di grado inferiore o pari al 7% della totale non si fa luogo ad indennizzo
- se l'*invalidità permanente definitiva* supera il 7% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.
- se l'*invalidità permanente definitiva* è pari o superiore al 60%, l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

6) PREMIO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio annuo s'intende stabilito in € 7,00 per ciascun assicurato nel presente contratto.

Al perfezionamento della presente polizza il Contraente anticipa un premio che sarà versato in due rate semestrali.

Resta convenuto che alla scadenza dell'annualità verrà effettuata la regolazione del premio in base al numero effettivo degli assicurati.

Per l'identificazione dei nuovi assicurati si fa riferimento ai libri di amministrazione della Contraente (elenco tesserati), documenti che la Contraente stesso si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli. Resta inteso che la garanzia decorrerà dalle ore 24 della data di sottoscrizione della tessera associativa alla F.I.E.

Entro 60 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa, o periodo minore di assicurazione si procederà al conguaglio dei premi.

Effettuato il conguaglio tra il premio consuntivo e quello versato in via preventiva, l'eventuale saldo risultante verrà versato dalla Contraente entro 30 giorni da quando ne sarà venuta a conoscenza.

Se il contraente non paga il premio successivo o le rate di premio alle scadenze pattuite, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ai sensi dell'art. 1901 cod. civ..

Se il contraente non adempie agli obblighi relativi, Cattolica, fermo il suo diritto di agire per il pagamento dei premi scaduti, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce il mancato pagamento del premio o della rata di premio.

Cattolica ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie

7) LIMITE MASSIMO DI ESBORSO PER EVENTO CHE COLPISCA CONTEMPORANEAMENTE PIU' PERSONE.

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più assicurati, si conviene che l'esborso massimo della Società non potrà superare la somma complessiva di € 2.500.000,00. Qualora le indennità liquidabili a sensi di polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

8) LIMITI DI ETA'

D'accordo tre le parti, a deroga di quanto stabilito dall'art. 17 delle norme, si conviene che l'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 85 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Per le persone di età superiore agli 80 anni, per tutte le attività esercitate, a deroga del punto 4 "FRANCHIGIA SU INVALIDITÀ PERMANENTE", valgono le seguenti condizioni di franchigie:

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

- se l'invalidità permanente definitiva è pari o superiore al 60%, l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

9) DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO

D'accordo tra le Parti si conviene di abrogare il testo dell'Art.29) delle norme e di sostituirlo come segue.
"La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. La durata massima è di centoventi giorni per evento e per anno assicurativo.

L'indennizzo per diaria da ricovero viene corrisposto a partire dal 7° giorno di ricovero.

In caso di degenza conseguente a un ricovero importante, la diaria viene raddoppiata.

Gli infortuni che determinano un "ricovero importante" sono:

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

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

10) DIARIA DA GESSO

Se l'infortunio comporta immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili), applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, Cattolica corrisponde all'assicurato un'indennità pari a quella prevista per la diaria da ricovero per infortunio fino alla rimozione della gessatura e comunque per un periodo massimo di 60 giorni.

L'indennizzo per diaria da gesso viene corrisposto a partire dal 7° giorno di applicazione dell'immobilizzazione.

Viene riconosciuta la diaria per gessatura, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, anche per la frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per frattura completa della costola purchè radiologicamente accertate. Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali.

Per la frattura della costola verrà corrisposta l'indennità prevista in polizza per una durata forfetaria di 20 giorni, per le altre fratture la durata forfetaria è pari a 40 giorni.

Sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi immobilizzanti:

- Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico
- Bendaggi amidati
- Docce/valve gessate
- Bendaggio Desault
- Minerve (anche in cuoio)
- Apparecchio di trazione cranica (tipo Halo)
- Trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin)

Non sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato:

- Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi"
- Apparecchi toraco-brachiali non gessati ed amovibili
- Bendaggi elastici adesivi (Tensoplast, etc.)
- Ortesi in genere (app. di posizione – es.: plantari)
- Collari Schantz, Camp, simili
- Ginocchiere DonJoy
- Ginocchiere DonJoy

Relativamente alla ginocchiera Donjoy ed alla stecca di Zimmer le modalità con cui queste vengono ammesse all'indennizzo sono le seguenti:

GINOCCHIERA DONJOY

pur non essendo, in alcuni casi, apparecchio immobilizzante, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura o una rottura completa di legamento del ginocchio.

STECOA DI ZIMMER

pur non essendo un apparecchio rimovibile solo mediante demolizione, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura, l'indennità da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno della dimissione.

Cattolica provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione del certificato dell'istituto di cura o del personale medico specializzato che vi ha provveduto e del certificato rilasciato al momento della rimozione della gessatura.

Nel caso di frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale, o di frattura completa della costola è necessario presentare le radiografie e i referti.

Il pagamento viene effettuato dopo la rimozione della gessatura.

11) RIMBORSO SPESE MEDICHE, FARMACEUTICHE, CHIRURGICHE, OSPEDALIERE da infortunio

Qualora fosse prestata, mediante apposito richiamo nella scheda di polizza, la garanzia prevista dall'Art.28- "Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere", limitatamente agli infortuni che dovessero riguardare questa estensione di garanzia, essa verrà prestata alle seguenti condizioni:

La Società assicura sino alla concorrenza del massimale previsto in polizza per persona e per anno assicurativo, il rimborso: degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle spese ospedaliere (accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio), delle terapie fisiche, delle spese farmaceutiche nonché delle rette di degenza conseguenti ad un evento considerabile come infortunio a norma di polizza.

Delle prestazioni previste dal capoverso che precede, s'intendono comprese anche le spese inerenti agli interventi di chirurgia plastica rese necessarie per eliminare o contenere sfregi o deturpazioni di natura estetica fisiognomica subiti in occasione dei medesimi eventi dannosi considerati come infortunio.

Limitatamente alle seguenti prestazioni:

- 1) Laserterapia,
- 2) Magnetoterapia,
- 3) TAC,
- 4) Risonanza Magnetica,
- 5) Artroscopia,

la garanzia, per ciascuna delle suddette prestazioni, è operante fino alla concorrenza **del 50%** del massimale previsto per la presente garanzia.

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, sino alla concorrenza **del 60%** del massimale previsto per la presente garanzia.

Il rimborso viene effettuato dalla 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 dei documenti giustificativi, di cui sopra, deve essere presentata alla Società, pena la decadenza della garanzia, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e la degenza.

Resta inteso che la garanzia di cui al presente titolo sarà operante con applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo di **€ 150,00** per ogni sinistro.

12) GARANZIA SPECIALE PER DIVERSAMENTE ABILI

A parziale deroga dell'art. 18 "PERSONE NON ASSICURABILI" "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI" si conviene quanto segue:

Le garanzie di polizza, sono estese agli assicurati diversamente abili, e precisamente:

A) con invalidità sensoriale

B) con invalidità motoria.

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 da riconoscere in base al contratto saranno ridotte tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

Qualora l'evento indennizzabile a termini di polizza comporti il ricovero in Istituto di cura e/o l'utilizzo delle prestazioni previste nella garanzia "Rimborso spese di cura per infortunio", anche se l'assicurato è portatore di handicap con invalidità preesistente del 100%, verrà riconosciuto l'indennizzo, relativi a tali garanzie, senza alcuna esclusione o limitazione. Lo stesso principio verrà applicato per il caso di 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), 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), valgono i seguenti criteri:
 1. per gli assicurati che mantengono inalterate le funzionalità degli arti superiori e degli organi di senso, la società corrisponde l'indennizzo in base alle percentuali previste contrattualmente;
 2. per gli assicurati 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 minorato, le percentuali previste contrattualmente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

APPENDICE DI VARIAZIONE N° 1

Polizza n° 01457931000441

Agenzia di GENOVA RIMASSA - 014579

Partizione 002

Contraente Fed.ne Italiana Escursionismo

La presente appendice di variazione ha effetto dal 20/03/2018

Con la presente appendice che forma parte integrante del contratto, si precisa che la marcia acquatica è compresa tra le coperture di polizza.

Fermo il resto.

La presente appendice di variazione forma parte integrante della polizza n° 01457931000441.

E' redatta in 3 esemplari a un solo effetto in GENOVA il 20/03/2018 e sottoscritta il 20/3/18.

CATTOLICA ASSICURAZIONI SOC. COOP.
AGENTE O DIREZIONE

Via R. 1612
P.I.: 04358460364

IL CONTRAENTE

HAZLE
GENOVA

SA - MOD. 2004/5

SPAZIO LASCIATO INTENZIONALMENTE IN BIANCO

SPAZIO LASCIATO INTENZIONALMENTE IN BIANCO

SPAZIO





Polizza Infortunati

APPENDICE DI VARIAZIONE N° 2

Polizza n° 01457931000441

Agenzia di GENOVA RIMASSA - 014579

Partizione 002

Contraente Fed.ne Italiana Escursionismo

La presente appendice di variazione ha effetto dal 03/05/2018

Con la presente appendice che forma parte integrante del contratto, si precisa che l'attività di canoa escursionistico-Turistica prevalentemente su acque "brillanti" (ovvero calme) in particolare di lago, è compresa tra le coperture di polizza fino al iii grado di difficoltà.

Fermo il resto.

La presente appendice di variazione forma parte integrante della polizza n° 01457931000441.

E' redatta in 3 esemplari a un solo effetto in GENOVA il 07/05/2018 e sottoscritta il 7/5/18.

CATTOLICA ASSICURAZIONI SOC. COOP.
DIREZIONE

[Signature]

IL CONTRAENTE

[Signature]

*** SPAZIO LASCIATO INTENZIONALMENTE IN BIANCO *** SPAZIO LASCIATO INTENZIONALMENTE IN BIANCO *** SPAZIO