

**CONVENZIONE ASSICURATIVA
PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, LESIONI, RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO
TERZI, VERSO PRESTATORI DI LAVORO PER CONTO E A FAVORE DEL
CENTRO SPORTIVO ITALIANO, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI,
DELLE SOCIETÀ AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI.**

GENERALI

Assicurazioni Generali S.p.A.

APPENDICE

La seguente appendice non modifica i termini di copertura per tutti i tesserati dell'anno 2002/2003 fino alle ore 24,00 del 31/08/2003. Le spese mediche sostenute a seguito di infortunio saranno rimborsate indipendentemente dalla invalidità permanente.

TESTO

“Con effetto dalle ore 00,00 dell'1/07/2003 si conviene fra le Parti quanto segue per i tesserati anno 2003/2004 e successivi:

il rimborso delle spese sanitarie verrà effettuato previa detrazione, sulle spese effettivamente sostenute e documentate, di una franchigia di Euro 200,00 per danno che rimarrà a carico dell'Assicurato.

Fermo il resto.”

La copertura assicurativa con ogni singolo associato decorre dal giorno di validazione della tessera o del modulo di richiesta tesseramento (modello 2 'T');

le garanzie previste nella polizza si intendono operanti e valide per tutte le manifestazioni sportive e gare, a cui i tesserati CSI intendano partecipare, comprese quelle organizzate da altri enti in collaborazione e/o in accordo con CSI contemplate nei calendari sportivi del CSI;

è fatta salva per il CSI Presidenza Nazionale la facoltà di avere informazioni in ordine alla posizione di ciascuna pratica infortunistica;

le cure (comprese fasciature, steccature ed ingessature), i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi sono tutti risarcibili solo se prescritti da un medico del servizio sanitario nazionale o dalla ASL o da un ospedale,; in particolare le spese relative alla fisioterapia saranno rimborsate solo se rese necessarie da intervento chirurgico o da lesioni ossee a seguito di infortunio;

l'elenco riportante il numero effettivo dei tesserati relativi ad ogni anno assicurato, sarà fornito dal contraente CSI alla compagnia entro il 21/12.

Fermo il resto

CONDIZIONI PARTICOLARI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è estesa ai danni provocati a terzi da tutti i tesserati CENTRO SPORTIVO ITALIANO (atleti e non atleti, indipendentemente dal tipo di tessera), nonché da eventuali obiettori di coscienza che collaborano con le strutture associative, anche se non tesserati CENTRO SPORTIVO ITALIANO e ai partecipanti ed organizzatori delle attività definite Free Sport.

La garanzia vale anche per i danni causati a non tesserati ai CENTRO SPORTIVO ITALIANO che partecipano alle attività organizzate dallo stesso Contraente, anche tramite le sue strutture periferiche, oppure da quest'ultimo insieme ad altri Enti o Federazioni.

La presente assicurazione è stipulata nella sua qualità di organizzatore anche per conto dei Consigli Nazionali, Regionali, Provinciali e Circostrizionali nonché delle società sportive e circoli, affiliati o aderenti alla Contraente, resta convenuto che la garanzia è prestata per la responsabilità civile derivante da danni provocati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose da:

- a) attività sportiva, ricreativa, formativa e associativa in genere (compresi i relativi allenamenti e l'organizzazione e gestione di manifestazioni e iniziative sportive, ricreative culturali, e turistiche) nonché l'organizzazione e gestioni di centri di ricreazione, riunioni, corsi in genere, campi scuola e simili, il tutto compresi i relativi trasferimenti;
- b) proprietà e/o gestione di attrezzature, impianti sportivi e materiale necessario per lo svolgimento dell'attività sportiva e associativa in genere, escluse tribune, stadi, arene, ippodromi, cinodromi, velodromi e sferisteri;
- c) proprietà e conduzione dei locali ove hanno sede le varie strutture associative indicate in premessa, nonché esercizio di distributori di bevande, bar e sale giochi ad esse annessi, purché aperti ai soli soci tesserati.

ESTENSIONE DI TERZI

Sono considerati terzi tra di loro i tesserati CENTRO SPORTIVO ITALIANO e i collaboratori in genere anche se non tesserati, limitatamente alle lesioni a persone e per esborsi eccedenti la garanzia infortuni e nei confronti delle strutture indicate nella premessa della descrizione del rischio, nonché dei relativi dirigenti, istruttori e giudici di gara, anche per loro responsabilità personale.

PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non sono considerati terzi, fra di loro, i coniugi, i genitori, i figli degli assicurati. Nonché qualsiasi altro parente od affine con essi convivente ad eccezione di quei casi riguardanti il danno alla persona in cui, pur sussistendo i predetti rapporti, il danno stesso si sia verificato durante l'effettivo svolgimento di una manifestazione o di un allenamento sportivo ai quali partecipano contemporaneamente danneggiante o danneggiato.

ESTENSIONE DI GARANZIA

La garanzia si intende estesa al rischio derivante dalla partecipazione a manifestazioni

internazionali svolgentesi in Europa e promosse e/o organizzate dal CENTRO SPORTIVO ITALIANO.

L'assicurazione prestata con la presente polizza viene estesa anche alla manifestazione promossa dal Contraente denominata Free Sport, limitata nel tempo, limitatamente ai giorni previsti dal calendario delle manifestazioni stesse.

PRINCIPALI ESCLUSIONI

L'assicurazione non vale inoltre per i danni:

- danni da furto
- da circolazione di mezzi di locomozione a motore nonché da altri mezzi di locomozione non necessari allo svolgimento dell'attività assicurata;
- da proprietà dei fabbricati fatta eccezione di quelli indicati nella descrizione del rischio;
- danni a cose dovute a cedimento o franamento del terreno se tali danni derivino da lavori che implicino sottomurature o altre tecniche sostitutive;
- provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dall'assicurato a da questi detenute;
 - alle cose che vengono trasportate, rimorchiate trainate, sollevate, caricate o scaricate.
- da gestione di spacci, mense, ristorante, alberghi, case per ferie ed altri esercizi commerciali;
- alle cose avute in consegna e custodia ed alle attrezzature ed impianti sportivi e non sportivi utilizzati per lo svolgimento dell'attività.

MASSIMALI ASSICURATI

La garanzia di Responsabilità civile verso Terzi è prestata per tutti gli assicurati (tesserati, società sportive, Consigli) fino alla concorrenza delle seguenti somme:

€ 1.549.000,00 per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite:

€ 1.549.000,00 per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di:

€ 1.549.000,00 per danni a cose od animali, anche se appartenenti a più persone.

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti ad ogni assicurato in caso di sinistro sono ridotti con imputazione proporzionale ai capitali assicurati per i singoli contratti.

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO

La denuncia dell'incidente deve essere inviata dall'assicurato alle Assicurazioni Generali, entro cinque giorni dal fatto o dal giorno in cui l'assicurato o i suoi aventi causa ne abbiano avuto la possibilità, e comunque entro 45 giorni dall'evento, preceduta possibilmente da telegramma nei casi di sinistri mortali o di notevole gravità.

La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome dei danneggiati, e, ove esistano, dei testimoni, nonché la data, il luogo e la causa del sinistro.

L'assicurato deve poi far seguire nel più breve tempo possibile le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro informando le Assicurazioni Generali di ogni eventuale richiesta di terzi.

Le Assicurazioni Generali, a tal riguardo si riservano il diritto di effettuare direttamente o tramite Ispettori o Funzionari all'uopo delegati, ogni indagine od accertamento che ritenga di dover disporre.

Assicurazioni Generali S.p.A.

***ASSICURAZIONE
RESPONSABILITA'
CIVILE
VERSO TERZI***

ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

DEFINIZIONI

Nel testo la parola «Società» designa la Società Assicurazioni Generali — «Assicurato» la persona fisica o giuridica la cui responsabilità civile è coperta cori il contratto.

1. CONDIZIONI GENERALI

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

- a) La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, fino a concorrenza delle somme indicate in polizza, di quanto questi sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, interessi o spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge per more o lesioni personali (in seguito denominati danni corporali) e per distruzione o deterioramento di beni fisicamente determinati, involontariamente cagionati a terzi, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'assicurazione.

L'assicurazione comprende anche la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per danni imputabili a fatto doloso di persone addette alle attività per le quali è prestata l'assicurazione e delle quali debba rispondere ai sensi di legge.

- b) L'assicurazione vale anche, nell'ambito del limite per danni a cose, anche per i danni derivanti da interruzioni o sospensioni – totali o parziali – dell'utilizzo di beni, nonché di attività industriali, commerciali, agricole e di servizi, purché conseguenti ad un sinistro risarcibile ai termini del precedente comma.

Art. 2 Delimitazioni dell'assicurazione — Esclusioni

1 - Non sono considerati terzi:

- a) il *coniuge*, i genitori, i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente od affine cori lui convivente;
- b) quando l'Assicurato non sia una persona fisica: il legale rappresentante; il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con essi nei rapporti di cui al la lettera a);
- c) le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio, i lavoratori parasubordinati soggetti all'I.N.A.I.L. nonché tutti coloro che indipendentemente dal loro rapporto con l'Assicurato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle. attività cui si riferisce l'assicurazione.

2 – L'assicurazione non comprende i danni:

- d) a cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo, comprese le cose trasportate, rimorchiate o sollevate da qualsiasi mezzo, i danni cagionati da furto o derivanti a cose altrui da incendio di cose dell'Assicurato o che Io stesso detenga;

- e) di cui l'Assicurato deve rispondere ai sensi degli articoli 1783, 1784, 1785 bis e 1786 Codice Civile;
- f) a mezzi di trasporto sotto carico e scarico durante lo svolgimento delle relative operazioni;
- g) cagionati da merci e prodotti fabbricati, lavorati o in vendita dopo la consegna a terzi;
- h) derivanti dalla proprietà di fabbricati ed ascensori;
- i) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- j) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore

Art. 3 - Rischi atomici e danni all'ambiente

Sono esclusi dall'assicurazione i danni derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assunti, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Sono esclusi altresì dall'assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi i danni, di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati conseguenti a:

- inquinamento dell'atmosfera, esalazioni fumogene o gassose;
- inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture;
- alterazioni od impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

Art. 4 Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per i danni che avvengano sul territorio dei Paesi aderenti all'Unione Europea, nonché nel territorio degli stati di San Marino, Città del Vaticano, Norvegia, Olanda, Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Ungheria, Andorra, Principato di Monaco, Liechtenstein.

Art. 5 - Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione e periodo di assicurazione

L'Assicurato è tenuto a pagare, presso la Direzione della Società o la sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, alle rispettive scadenze, il premio stabilito nella polizza medesima.

L'esazione dei premi precedentemente eseguita al domicilio dell'Assicurato non può in alcun modo invocarsi come deroga a tale obbligo.

La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione della Società, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.

L'assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nella polizza, se in quel momento il premio è pagato; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di quindici giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno di pagamento del premio e delle spese; rimangono ferme le scadenze contrattualmente stabilite, il diritto della Società di esigere i premi scaduti e di chiedere l'esecuzione giudiziale del contratto. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di

durata inferiore ed è interamente dovuto, anche se sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Art. 6 Variazione nella persona dell'Assicurato e alienazione dell'azienda o del fabbricato

L'Assicurato 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 o con gli eredi cui sia stata assegnata l'azienda o parte degli elementi di rischio considerati dal contratto. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dagli eredi dell'Assicurato alla Società, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi.

In caso di alienazione dell'azienda o del complesso delle cose cui si riferisce l'assicurazione, l'Assicurato deve darne comunicazione alla Società e trasmettere al all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto.

L'assicurazione, se il premio è pagato, continua a favore dell'acquirente per quindici giorni da quello dell'alienazione. Trascorso questo termine, se l'acquirente non ha chiesto la voltura a suo nome, l'assicurazione cessa.

Art. 7 Variazione di rischio

Qualora si verificano variazioni che modificano il rischio – di cui l'Assicurato deve dare immediata comunicazione alla Società – si applicano gli articoli 1897 e 1898 Codice Civile.

Art. 8 Assicurazioni complementari

L'Assicurato deve dare comunicazione alla Società della stipulazione di altre assicurazioni er i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente assicurazione.

Art. 9 – Denuncia dei sinistri e obblighi dell'Assicurato

Agli effetti della presente assicurazione la denuncia deve essere fatta per iscritto e contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

Alla denuncia devono poi fare seguito, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi il sinistro.

Art. 10 Gestione delle vertenze di danno – Spese legali

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato, in proporzione al rispettivo interesse.

La Società non riconosce peraltro spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 11 Indicizzazione del premio

I massimali 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.

Nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come indice iniziale e per "gli adeguamenti successivi, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente. Alla scadenza di ogni periodo di assicurazione, se si sarà verificata una variazione dell'indice iniziale o di quello dell'ultimo adeguamento, massimali e premio varieranno proporzionalmente a decorrere dalla medesima scadenza di rata.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente. E' in facoltà di ciascuna Parte rinunciare in futuro all'adeguamento, che peraltro si applicherà per almeno 4 volte, inviando Raccomandata all'altra Parte almeno 60 giorni prima della scadenza annuale; in tal caso massimali e premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato

Art. 12 Recesso dal contratto in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza è fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, Contraente e Società possono recedere dal contratto dandone avviso all'altra Parte. Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione.

Il recesso esercitato dalla Società ha efficacia dopo 30 giorni da quello di ricevimento della comunicazione medesima. In tutti i casi, entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso, la Società mette a disposizione il premio relativo al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

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

Art. 13 Anticipata risoluzione del contratto

Nel caso di anticipata risoluzione del contratto di cui all'art. 6 quarto comma, come pure nel caso previsto dall'articolo 1896 Codice Civile, sono dovuti alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte:

- a) il premio complessivo relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha dato motivo alla risoluzione;
- b) un importo pari al 15% della somma dei premi complessivi pagati (corrispondente allo sconto per la poliennalità di cui si è tenuto conto nella determinazione del premio per polizze di durata poliennale), dal cui ammontare si dedurranno tanti decimi per quanti anni di polizza avrà avuto vigore, sempre che essa abbia avuto corso per almeno cinque anni.

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni in aumento eccedenti il 15% sul livello generale dei prezzi in atto al momento della stipulazione del contratto, secondo le variazioni percentuali del numero indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica, Contraente e Società possono recedere dal contratto con le medesime modalità ed effetti di cui all'articolo precedente. Il disposto del presente comma non ha applicazione qualora operi l'indicizzazione o l'adeguamento del premio e dei massimali.

Art. 14 Rinnovazione del contratto

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, il contratto – sempre che stipulato per almeno un anno – è rinnovato per una durata uguale a quella originaria e così successivamente ma col limite di due anni per ogni tacita rinnovazione.

Art. 15 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto l'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 16 Imposte

Le imposte e tutti gli oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti sono a carico dell'Assicurato, anche se il pagamento ne sia anticipato dalla Società.

Art. 17 Rinvio alla legge

Per tutto non espressamente disciplinato dal presente contratto, si applicano le disposizioni di legge.

2. CONDIZIONI PARTICOLARI (VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE)

1) Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.)

In aggiunta a quanto previsto dalle Condizioni Generali la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, fino a concorrenza delle somme indicate in polizza, di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- A) ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni (escluse le malattie professionali) per i quali l'I.N.A.I.L. sia tenuto ad erogare una prestazione, sofferti da lavoratori da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati assicurati ai sensi dei predetti D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- B) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, cagionati ai lavoratori di cui al precedente punto A), per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata un'invalità permanente (escluse le malattie professionali) non inferiore al 6%, calcolata in base alla tabella delle menomazioni di cui all'articolo 13 comma 2 lett. a) del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38.

I titolari, i soci ed i familiari coadiuvanti soggetti all'I.N.A.I.L. sono equiparati ai lavoratori dipendenti dell'Assicurato limitatamente alla rivalsa I.N.A.I.L.. In ogni caso per questi, e per eventuali lavoratori parasubordinati soggetti all'I.N.A.I.L., è dovuto il relativo premio.

La presente garanzia è efficace a condizione che al momento del sinistro l'Assicurato sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge.

Tanto l'assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi, quanto l'assicurazione Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro valgono anche in relazione alle azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984 n. 222.

2) Dipendenti non I.N.A.I.L.

A deroga di quanto disposto dall'art. 2) lettera c) delle condizioni generali di assicurazione, la Società riconosce a tutti i dipendenti dell'Assicurato non soggetti all'assicurazione presso l'I.N.A.I.L. la qualifica di terzi, limitatamente ai danni corporali nei limiti dei massimali di responsabilità civile verso i prestatori di lavoro, qualora risulti che il dipendente sia rimasto vittima di infortunio in occasione di lavoro o di servizio, sempre che tale infortunio sia imputabile ai fatti commessi dall'Assicurato o da suo dipendente del cui operato debba rispondere a norma dell'art. 2049 Codice Civile.

3) Regolazione premio

Il premio, anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, verrà regolato, alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o della minor durata del contratto, l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione del volume di affari nonché degli altri elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei quindici giorni dalla relativa comunicazione.

La mancata Comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a quindici giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai 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 l'Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie ed in particolare ad esibire il libro paga e il registro delle fatture o quello dei corrispettivi.

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 annuale 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 quelli dell'ultimo consuntivo.

GENERALI

Assicurazioni Generali S.p.A.

La copertura assicurativa con ogni singolo associata decorre dal giorno di validazione della tessera o del modulo di richiesta tesseramento (modello 2 'T');

le garanzie previste nella polizza si intendono operanti e valide per tutte le manifestazioni sportive e gare, a cui i tesserati CSI intendano partecipare, comprese quelle organizzate da altri enti in collaborazione e/o in accordo con CSI contemplate nei calendari sportivi del CSI;

è fatta salva per il CSI Presidenza Nazionale la facoltà di avere informazioni in ordine alla posizione di ciascuna pratica infortunistica;

le cure (comprese fasciature, steccature ed ingessature), i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi sono tutti risarcibili solo se prescritti da un medico del servizio sanitario nazionale o dalla ASL o da un ospedale,; in particolare le spese relative alla fisioterapia saranno rimborsate solo se rese necessarie da intervento chirurgico o da lesioni ossee a seguito di infortunio;

l'elenco riportante il numero effettivo dei tesserati relativi ad ogni anno assicurato, sarà fornito dal contraente CSI alla compagnia entro il 21/12.

Fermo il resto

CONDIZIONI PARTICOLARI DATILOSCRITTE

ASSICURATI E OGGETTO DELLA GARANZIA

A termini delle condizioni generali di assicurazione della su indicata polizza — fatte salve le deroghe e modifiche di cui ai punti seguenti — la infrascritta Società assicura contro gli infortuni, come definiti all'art. 1.01) delle condizioni particolari di assicurazione, tutti i tesserati del CENTRO SPORTIVO ITALIANO, intendendosi per tali i titolari della tessera, numerata e datata del CENTRO SPORTIVO ITALIANO. Detta tessera, che è il titolo che costituisce diritto alla presente garanzia assicurativa, verrà rilasciata a cura del CENTRO SPORTIVO ITALIANO a mezzo dei suoi organi periferici (Comitati Regionali, Provinciali, Territoriali, Società Affiliate), da questo specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura a favore di ogni singolo associato decorre dal giorno della data trascritta sulla tessera fino al termine della stagione sportiva e comunque fino ad un massimo di 365 giorni.

Per gli assicurati associati con tessera AR (Attività Ricreativa), la garanzia vale per la durata delle manifestazioni cui si riferiscono anche se terminano oltre la scadenza contrattuale e purché siano iniziate prima di dette scadenze.

L'assicurazione di cui al presente contratto viene prestata per gli infortuni, a termine di polizza, subito:

- a) durante la pratica di tutti gli sport promossi dal CENTRO SPORTIVO ITALIANO e relativi allenamenti e prove, anche se effettuate a titolo di preparazione personale;
- b) durante la partecipazione alle attività associative, ricreative, sportive ricreative formative turistiche e culturali in genere organizzate e/o promosse dall'associazione.

L'assicurazione è estesa ai viaggi e ai trasferimenti effettuati a piedi o con normali mezzi di trasporto pubblici o da noleggio (esclusi aerei) e decorre da quando il tesserato lascia la sua residenza abituale e cessa al momento in cui vi rientra.

Sono compresi inoltre gli infortuni sportivi dai quali il tesserato venisse colpito durante le soste nelle località intermedie del viaggio, durante il soggiorno nel luogo di destinazione e durante gli eventuali trasferimenti tra più località; il tutto purché reso necessario dalla partecipazione alla manifestazione e/o attività per le quali è prestata la garanzia.

Per gli arbitri, i giudici di gara e gli ausiliari sportivi, il viaggio per l'espletamento degli incarichi loro affidati può essere effettuato anche con normali mezzi di trasporto privati (esclusi aerei).

La copertura assicurativa sarà operante oltre la scadenza del 01/07/2005 per le attività iniziate prima di tale data.

TESSERATI DISABILI

I tesserati CSI non vedenti, handicappati e disabili in genere, purché il loro numero non superi l'1% del totale di tutti i tesserati, usufruiranno per gli infortuni personali delle stesse garanzie assicurative previste dalla vigente convenzione per i tesserati normodotati.

SOMME ASSICURATE

Ciascuna persona si intende assicurata per le seguenti prestazioni:

TESSERATI

€61.975,00 in caso di Morte
fino a €51.646,00 in caso di Invalidità Permanente
fino a € 2.582,00 per Rimborso Spese Sanitarie
€ 25.82 per Indennità Giornaliera in caso di Ricovero

MANIFESTAZIONI FREE SPORT

€51.646,00 in caso di Morte
fino a €61.975,00 in Caso di Invalidità Permanente

ACQUATICITA' (da zero a tre anni)

€10.329,00 in caso di Morte
fino a €25.823,00 in caso di Invalidità Permanente
fino a € 1.033,00 per Rimborso Spese Sanitarie

Si intende richiamata ed operante la condizione particolare 8-Adozione della tabella di legge.

A deroga dell'art. 1.12 delle condizioni generali di assicurazione, da intendersi contestualmente abrogato, sulla somma assicurata per invalidità permanente opera una franchigia assoluta del 5%. Pertanto, si conviene che non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% della totale; se invece la percentuale di invalidità permanente supera il 5% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente detta percentuale.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

A parziale deroga di quanto disposto dall'art.1.15 delle condizioni generali di assicurazione l'indennità in caso di ricovero viene corrisposta a partire dal terzo successivo a quello computabile a termini del suddetto articolo e per un periodo massimo di 60 giorni.

Per ogni infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società assicura il rimborso delle spese entro il massimale prescritto per:

- gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici)
- le cure (comprese fasciature, steccature e ingessature), i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi risarcibili esclusivamente se prescritti da A.S.L. resi necessari da intervento chirurgico o che riguardino lesioni ossee a seguito di infortunio, nonché le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- gli onorari dei medici nonché in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi e dell'équipe

- operatoria;
- l'uso della sala operatoria e il materiale di intervento;
- le rette di degenza in ospedali e clinica;
- i ticket sanitari in genere;
- il trasporto dell'Assicurato o in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza.

E' invece escluso il rimborso delle spese per acquisto o noleggio di apparecchi ortopedici, protesi di qualsiasi genere (salvo che siano applicate durante l'eventuale intervento chirurgico) e di carrozzelle ortopediche.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la garanzia vale per le eventuali spese o eccedenze di spesa rimaste a suo carico.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

MASSIMO CATASTROFALE PER UNICO EVENTO

Nel caso di infortunio che colpisce contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di €2.582.285,00. Qualora le indennità liquidabili ai sensi della polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

PERSONE NON ASSICURABILI

A parziale deroga dell'art. 1.03 delle condizioni generali di assicurazione:

- 1) non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.
L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile;
- 2) il limite di età viene elevato a 90 anni, con l'intesa che:
 - per le persone di età superiore a 70 anni e fino a 75 anni gli indennizzi dovuti vengono ridotti di 1/3;
 - per le persone di età superiore a 75 anni e fino a 90 anni gli indennizzi dovuti vengono ridotti di 2/3.

ESTENSIONE DI GARANZIA — ESCLUSIONI

A parziale deroga dell'art. 1.02 delle condizioni generali di assicurazione e di quanto previsto dalle condizioni aggiuntive:

- sono compresi in garanzia anche le lesioni (esclusi gli infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- sono esclusi dall'assicurazione:
 - ° gli infortuni derivanti dalla guida ed uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
 - ° gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli (fatta eccezione per gli arbitri e giudici di gara) natanti a motore;
 - ° gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, con esclusioni delle manifestazioni di motoraduni, autoraduni e motocross purché previste dai calendari delle attività dell'Associazione;
 - ° gli infortuni derivanti da inondazioni ed eruzioni vulcaniche;

- gli infortuni derivanti da guerra ed insurrezione, salvo quanto in appresso indicato;
- gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
- gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo.

STATO DI GUERRA E DI INSURREZIONE

A parziale deroga di quanto precedentemente previsto, la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. La presente estensione non opera in caso di infortuni aeronautici e per coloro che prestano il servizio militare.

DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

Ad integrazione dell'art. 1.08 delle condizioni generali di assicurazione, si precisa che:

- la denuncia dell'infortunio deve essere corredata anche da fotocopia della tessera associativa e da tutte le notizie inerenti alla posizione associativa dell'Assicurato,
- la denuncia dell'infortunio deve essere fatta entro 5 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, comunque, nei 45 giorni successivi all'infortunio;
- dalla cessazione delle cure mediche l'Assicurato dovrà presentare alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli. Nel caso che dalle lesioni di infortunio residui invalidità permanente, l'Assicurato avrà cura che il medico estensore del predetto certificato definitivo descriva dettagliatamente la natura ed il carattere dei postumi residuati dalla lesione. In base a tale certificato, la Società, se del caso è trascorso il necessario periodo di stabilizzazione dei postumi, provvederà a sottoporre l'Assicurato ad accertamento medico fiduciario, al fine di stabilire definitivamente l'esistenza e l'entità dell'Invalidità permanente oggetto di indennizzo.
- le spese relative alle certificazioni sono a carico dell'Assicurato

ESONERO DENUNCIA GENERALITA'

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate. Per l'identificazione delle medesime si fa riferimento alle tessere rilasciate dalla Contraente e ai registri ufficiali tenuti dalla Contraente stessa, documenti che quest'ultima si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

Tali persone dovranno essere in condizioni di assicurabilità a norma del relativo art. 1.03 delle condizioni generali di assicurazione e di quanto sopra indicato.

ESONERO DENUNCIA INFERMITA'

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli assicurati fossero affetti o che dovessero in seguito sopravvenire (salvo che si tratti di persone) trovantisi nelle condizioni fisiche di cui all'art. 1.03 delle condizioni generali di assicurazione o da ritenersi, come tali, per regola non assicurabili), fermo restando il disposto dell'articolo inerente ai criteri di indennizzabilità.

ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

La contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio o per lo stesso rischio; permane invece l'obbligo per la contraente di denunciare le altre eventuali assicurazioni che la stessa avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza.

Per le attività FREE SPORT,

La copertura assicurativa sarà valida nei giorni previsti dal calendario delle manifestazioni, le eventuali modifiche nelle date e nei luoghi di svolgimento ivi stabiliti dovranno essere preventivamente comunicate per iscritto alla Società, anche a mezzo fax, almeno 24 ore prima della loro effettuazione. La decorrenza della copertura per ogni manifestazione, se già denunciata avrà inizio dalla prima ora e terminerà alle ore 24.00 del giorno previsto per il termine. Qualora tali dati non vengano invece denunciati nei termini succitati, la garanzia decorre un'ora dopo il ricevimento via fax della suddetta comunicazione.

Fermo il resto

Assicurazioni Generali S.p.A.

**ASSICURAZIONE
INFORTUNI**

ASSICURAZIONE INFORTUNI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato

La persona per la quale è prestata l'assicurazione.

Contraente

La persona con la quale è stipulato il contratto.

Inabilità temporanea

La perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Invalità Permanente

La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura

Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Sinistro

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Società

Le Assicurazioni Generali S.p.A.

Art.1.01 Definizione d'infortunio

Per infortunio si intende ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

Art.1.02 Oggetto e delimitazioni dell'assicurazione

A)OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in polizza e di ogni altra normale attività che egli compia senza carattere di professionalità.

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) le conseguenze di indigestioni di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- c) l'asfissia per fuga di gas o vapori;
- d) l'annegamento;
- e) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- f) le conseguenze delle infezioni (escluso il carbonchio), nonché degli avvelenamenti causate da morsi di animali e punture di insetti, esclusa comunque la malaria;
- g) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza.

Sono altresì compresi nella presente assicurazione:

- h) **colpa grave**- gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (a parziale deroga dell'art.1900 del Codice Civile), nonché in stato di malore od incoscienza;
- i) **trasporti**-a condizione che l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, gli infortuni derivanti da:
 - guida di ciclomotori;
 - uso e guida di motoveicoli, autovetture ad uso privato, autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e cose, autocarri di peso complessivo a pieno carico fino a 35 q.li, autoveicoli per uso speciale o per trasporti specifici, macchine agricole, natanti da diporto;
- j) **servizio militare** - gli infortuni avvenuti durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; durante il servizio militare di leva in tempo di pace la garanzia opera esclusivamente per i rischi non connessi allo svolgimento del servizio cui lo stesso è chiamato; la garanzia invece sospesa durante il servizio sostitutivo di quello militare di leva, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- k sportiva - gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti):

-) pratica automobilistiche di regolarità pura;
- podistiche, di bocce, golf, pesca senza autorespiratore, tiro, scherma, tennis;
- aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;

l) rischio volo - gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica e di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per i rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclub. Comunque la somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore non potrà superare i seguenti limiti:

- euro 600.000 (L. 1.161.762.000) per il caso di invalidità permanente o totale;
- euro 600.000 (L. 1.161.762.000) per il caso di morte;
- euro 120 (L. 232352) per il caso di inabilità temporanea;

per persona e di :

- euro 3.000.000 (L. 5.808.810.000) per il caso di invalidità permanente totale;
- euro 3.000.000 (L. 5.808.810.000) per il caso di morte;
- euro 2500 (L. 4.840.675) per il caso di inabilità temporanea;

complessivamente per aeromobile, nel caso di assicurazione prestata con polizza cumulativa.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dallo stesso Contraente con la Società.

Nell'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.

L'assicurazione non vale in caso di contratto di durata inferiore all'anno.

B) DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) *gli infortuni derivanti dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei, dalla guida di veicoli a motore o di natanti a motore, salvo quanto previsto nelle precedenti lett. i), l);*
- b) *gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;*
- c) *gli infortuni causati da guerra, tumulti popolari (salvo quanto previsto nella precedente lettera e)), movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;*
- d) *gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di' psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;*
- e) *gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;*
- f) *gli infortuni derivanti dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o con accesso a ghiacciai, guidoslitta, immersioni con autorespiratore, speleologia, sport aerei in genere;*
- g) *gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti), salvo quanto previsto nella precedente lett. k);*
- h) *le ernie e gli sforzi in genere;*
- i) *le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;*
- j) *le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche.*

Art. 1.03 Persone non assicurabili

L'assicurazione vale per persone di età non superiore ai 75 anni.

Per quelle che superano tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio senza che il contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti successivamente, premi che in tal caso verranno restituiti.

Non sono altresì assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, Aids, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidei, forme maniaco depressive.

Art. 1.04 Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo fatta eccezione per il caso di inabilità temporanea, per il quale l'assicurazione vale soltanto per l'Europa e gli Stati Africani del Mediterraneo ed Asiatici del mediterraneo e del Mar Nero.

Art. 1.05 Dichiarazioni del contraente- forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente sui dati e circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente nel corso del contratto devono essere fatte con lettura raccomandata telegramma o telefax.

Art. 1.06 Pagamento del premio- Decorrenza dell' assicurazione e periodo di assicurazione

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione della Società o la sede della Agenzia alla quale è assegnata la polizza, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, il premio complessivo stabilito dalla polizza medesima.

L' esazione dei premi precedentemente eseguita al domicilio del Contraente non può in alcun modo invocarsi come deroga a tale obbligo.

La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze che messe dalla Direzione della Società, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l' importo.

L' assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nel contratto se in quel momento il premio è pagato; in caso diverso, decorre dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso un termine di rispetto di 15 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto alle ore 24 del giorno del pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di 15 giorni di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Art. 1.07 Variazioni di rischio- Altre assicurazioni

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni di rischio per cessazione o per cambiamento delle occupazioni professionali, delle altre attività dichiarate o delle condizioni nelle quali le stesse sono esercitate, il Contraente o l' Assicurato deve darne immediata comunicazione alla Società. Se la variazione implica aggravamento di rischio o rende impossibile la delimitazione del rischio assicurato con il presente contratto tale per cui la Società non avrebbe consentito l'assicurazione,

essa ha diritto, con effetto immediato, di recedere dal contratto secondo quanto stabilito nell' art. 1898 del Codice Civile.

Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione, secondo quanto stabilito dall' art. 1897 del Codice Civile.

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente altre assicurazioni presso la Società o altri assicuratori, il Contraente o l' Assicurato deve darne avviso alla Società stessa. Questa, 30 giorni dall' avviso, può escludere dall' assicurazione detto rischio o recedere dal contratto, con preavviso, in entrambi i casi, di almeno 15 giorni.

Se il Contraente o l' Assicurato omette intenzionalmente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l' indennizzo.

Art. 1.08 Denuncia dell' infortunio - Obblighi dell' Assicurato

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta entro 3 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, a periodi non superiori a 15 giorni sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l' infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l' Assicurato stesso. Se non viene adempiuto intenzionalmente all' obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l' Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l' indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1. 09 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l' indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell' infortunio che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; per tanto l' influenza che l' infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all' esito delle lesioni prodotte dall' infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizza per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall' infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 1.10 Morte

Se l' infortunio ha per conseguenza la morte dell' Assicurato e questa si verifichi entro 2 anni dal giorno in cui l' infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell' Assicurato o, in alternativa, ai beneficiari appositamente designati.

Art. 1.11 Invalidità permanente

Se l' infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi entro 2 anni dal giorno nel quale l' infortunio è avvenuto, la Società liquida un indennizzo calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale accertato in base alle percentuali indicate nella seguente tabella:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	DX	SX
• un arto superiore	70%	60%
• una mano o un avambracci	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano		1/3 del dito
Anchilosi:		
• della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono - supinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia		70%
• al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60%
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio della gamba		50%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un piede		40%
• ambedue i piedi		100%
• un alluce		5%
• un altro dito del piede		1%
• la falange ungueale dell'alluce		2,5%
Anchilosi:		
• dell' anca in posizione favorevole		35%
• del ginocchio in estensione		25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto		10%
• della tibio-tarsica con anchilosi della sottoastragalica		15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno		15%

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%
Sordità completa:	
• di un orecchio	10%
• di entrambi gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
• monolaterale	4%
• bilaterale	10%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12 dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazioni dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica	
• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso: se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più parti di organi o di arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

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

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dalla suddetta tabella per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Art. 1.12 Franchigia assoluta per invalidità permanente

I) La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- a) 5% sulla parte di somma eccedente euro 80.000 (L.154.901.600) e fino a euro 160.000 (L. 309.803.200);
- b) 10% sulla parte di somma eccedente euro 160.000 (L. 309.803.200)

Pertanto sulla parte di somma assicurata:

- eccedente euro 80.000 (L. 154.901.600) e fino euro 160.000 (L 309.803.200), la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 5% della totale, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente;
- eccedente euro 160.000 (L. 309.803.200), la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 10% della totale, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

II) Limitatamente agli infortuni derivanti dalla pratica dello sci opera una franchigia assoluta del 5%.

Pertanto la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente supera il 5% della totale, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente, salvo quanto previsto al precedente comma I).

III) Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale la Società liquida l'indennizzo riducendo alla metà le franchigie di cui sopra; nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 30% della totale la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 1.13 Inabilità temporanea.

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle occupazioni dichiarate, la Società liquida la somma assicurata:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle proprie attività;
- al 50%, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie attività.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per il periodo della necessaria cura medica e decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa il giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'art. 1.08, l'indennizzo decorre dalla data di guarigione pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Detto indennizzo viene corrisposto per un periodo massimo di un anno dal giorno dell'infortunio.

Art. 1.14 Franchigia assoluta per inabilità temporanea

I) Nel caso in cui la somma assicurata per inabilità temporanea:

- a) sia superiore a euro 20 (L. 38.725) ma non superiore a euro 26 (L. 58.088) la Società liquida l'indennità a partire dall'11° giorno successivo a quello computabile a termini del precedente art. 1.13;
- b) sia superiore a euro 30 (L. 58.088) ma non superiore a euro 40 (L. 77.451) la Società liquida l'indennità a partire dal 16° giorno successivo a quello computabile a termini del

precedente art. 1.13;

c) sia superiore a euro 40 (L. 77.451) la Società liquida l'indennità a partire dal 21° giorno successivo a quello computabile a termini del precedente art. 1.13.

II) Limitatamente agli infortuni derivanti dalla pratica dello sci la Società liquida l'indennità a partire dall'11° giorno successivo a quello computabile a termini del precedente art. 1.13, salvo quanto previsto al precedente comma I).

Art. 1.15 Indennità giornaliera da ricovero

Se in conseguenza di infortunio l'Assicurato viene ricoverato in istituto di cura la Società liquida una indennità per ogni giorno di ricovero nella misura di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente con il limite giornaliero di euro 60 (L. 116.176) e per un periodo massimo di 300 giorni – anche non consecutivi – da quello dell'infortunio.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In detta limitazione giornaliera rientrano anche le somme eventualmente assicurate per lo stesso titolo con altre polizze infortuni che l'Assicurato ha in corso con la Società. Pertanto, in caso di sinistro, il Contraente dovrà comunicare l'esistenza di altre polizze infortuni delle quali sia beneficiario l'Assicurato e, nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero l'importo sopraindicato, l'indennizzo sarà adeguato con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

La Società, a richiesta dell'Assicurato e su presentazione dei documenti giustificativi, corrisponde mensilmente anticipi sull'indennizzo dovuto, da imputarsi nella liquidazione definitiva.

Art. 1.16 Cumulo degli indennizzi

Gli indennizzi per inabilità temporanea e indennità giornaliera da ricovero sono cumulabili fra loro e pure con quelli per morte e invalidità permanente. Tuttavia 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, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario. Il diritto agli indennizzi per invalidità permanente, inabilità temporanea e indennità giornaliera da ricovero sono di carattere personale e quindi non trasmissibili agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Art. 1.17 Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

L'indennizzo viene corrisposto in Italia nella valuta avente corso legale in Italia.

La Società non è tenuta a corrispondere anticipi, salvo quanto previsto dagli articoli 1.15 e 1.18.

Art. 1.18 Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado e durata dell'inabilità temporanea nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'art. 1.09, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti gli indennizzi, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo

o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

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 del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

E' data facoltà al collegio di rinviare, dove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso, entro 2 anni, in tal caso il collegio può disporre la concessione di un anticipo da imputarsi nella liquidazione definitiva del sinistro.

Art. 1.19 Foro competente

Per le azioni riguardanti l'esecuzione del presente contratto e per ogni controversia di diversa da quelle previste dal precedente art. 1.18, foro competente a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 1.20 Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60.mo giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di recedere dall'assicurazione, mediante lettera raccomandata, con preavviso di 15 giorni, rimborsando la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo tale ultimo termine o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Art. 1.21 Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per una durata uguale a quella originaria (esclusa la frazione di anno) e così successivamente, ma col limite di 2 anni per ogni tacito rinnovo.

Art. 1.22 Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

Art. 1.23 Oneri

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

Art. 1.24 Rinvio alla Legge

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

Art. 1.25 Variazione nella persona del Contraente

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 fusine 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, od aventi causa, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei 30 giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

Art. 1.26 Variazioni 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 del personale assicurato devono essere comunicate alla Società restando inteso che: se le variazioni comportano un aumento del premio, la Società ne prende atto con appendice e la Contraente è obbligata al pagamento del relativo premio entro 15 giorni dalla ricezione dell'appendice stessa;

la cessazione dei singoli Assicurati, che comunque deve essere adeguatamente documentata, non seguita da sostituzione dà luogo ad una corrispondente riduzione di premio a partire dalla prima scadenza annuale successiva.

Art. 1.27 Assicurazione in base alle retribuzioni, al numero del personale assicurato o ad altre forme di indicazione non nominativa delle persone assicurate

Si intendono valide le seguenti condizioni:

a) Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità da cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'art. 1.09 (Criteri di indennizzabilità)

b) Esonero denuncia altre assicurazioni

A parziale deroga di quanto previsto dalle condizioni di assicurazione, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio; permane invece l'obbligo per il Contraente di denunciare le altre eventuali assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza.

c) Retribuzione

Per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

Per la liquidazione dell'indennizzo si considera retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra, nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun

mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tale persone, per la determinazione delle rispettive somme assicurate e per il computo del relativo premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

d) Numero

Il contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate. Tali persone dovranno essere in condizioni di assicurabilità a norma dell'art. 1.03 delle presenti condizioni generali di assicurazioni. Per l'identificazione delle medesime si fa riferimento ai libri di amministrazione del Contraente ed agli altri registri per le assicurazioni sociali, documenti che il Contraente stesso si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalle Società di effettuare accertamenti e controlli.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide solo se espressamente richiamate nella relative appendici di polizza)

1. Limitazione della garanzia agli infortuni professionali

A deroga dell'art. 1.02 "Oggetto e delimitazioni dell'assicurazione", la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio dell'occupazioni professionali principali ed accessorie dichiarate.

2. Limitazione della garanzia agli infortuni extra-professionali

A deroga dell'art. 1.02 "Oggetto e delimitazioni dell'assicurazione", la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale.

Restano quindi esclusi tutti gli infortuni verificatisi durante lo svolgimento dell'attività a carattere professionale e comunque, per coloro i quali siano soggetti all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, quelli che si dovessero verificare in circostanze tali da farli rientrare nella sfera di competenza della suddetta assicurazione obbligatoria.

3. Estensione della garanzia alle ernie e agli sforzi.

A parziale deroga dell'art. 1.02, B) "Delimitazioni dell'assicurazione" lett. h) e fermi comunque i criteri di indennizzabilità di cui al precedente art. 1.09, la garanzia comprende – limitatamente ai casi di invalidità permanente, in misura non superiore al 10% della relativa somma assicurata.

4. Rimborso spese di cura

La garanzia copre, fino a concorrenza della somma assicurata in polizza, le seguenti spese sostenute in conseguenza dell'infortunio:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- spese per l'uso della sala operatoria;
- spese per medicinali prescritti dal medico curante;
- onorari dei medici;
- spese relative ad accertamenti diagnostici
- spese per il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura con autoambulanza.

La Società effettua il rimborso delle spese sostenute agli aventi diritto previa presentazione dei documenti giustificativi a cura ultimata.

5 Indennità giornaliera da ingessatura

Qualora a seguito di infortunio venga applicato apparecchio gessato, la Società liquida un'indennità giornaliera nella misura di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente - con il limite giornaliero di euro 52 (L. 100.686) - fino alla rimozione dell'apparecchio gessato, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali dichiarate.

Detta indennità non si cumula con quella prevista dall'articolo 1.15 "Indennità Giornaliera da ricovero" per il tempo di ricovero in istituto di cura e viene corrisposta per un periodo massimo di 40 giorni.

6 Responsabilità Civile del Contraente

La Società si obbliga a tenere indenne il Contraente di quanto egli sia tenuto a pagare per danni corporali o di morte (capitali, interessi e spese) agli Assicurati o aventi diritto a sensi di polizza, quale responsabile civile a norma di legge per gli infortuni avvenuti in dipendenza dei rischi assicurati e indennizzabili ai sensi della presente polizza.

Tale garanzia è prestata per ciascun infortunato fino a concorrenza di un ulteriore importo, pari a quello che sarebbe dovuto secondo le condizioni di polizza a titolo di indennizzo per l'assicurazione infortuni, fino ad un limite massimo di Euro 300.00 (£ 580.881.00), nel caso di un evento che colpisca più persone, l'importo complessivo a carico della società non potrà superare il limite massimo di Euro 1.500.000 (L. 2.904.405.000).

L'Assicurazione vale nel caso in cui l'infortunato od i suoi beneficiari non si accontentino dell'indennizzo previsto dalla presente polizza e avanzino maggiori pretese di risarcimento per responsabilità civile del Contraente. In tal caso, l'importo dell'indennizzo viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Ove l'infortunato o i beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o in essa rimangano soccombenti, l'importo accantonato è pagato sotto deduzione delle spese sostenute per resistere all'azione di danno.

Se con i beneficiari destinati in polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al comma secondo della presente condizione particolare.

L'assicurazione non è prestata quando gli infortunati siano amministratori di società a responsabilità limitata, soci di una società a responsabilità illimitata che contraenti della polizza, ovvero parenti od affini del Contraente, dell'amministratore o dei socio anzidetto, stabilmente con loro conviventi.

La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termine di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

Il Contraente deve al più presto informare la Società (trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza) delle pretese avanzate dagli infortunati o dai beneficiari, dell'inizio di ogni causa civile e penale e nominare gli avvocati o procuratori designati dalla Società per la difesa, restando in facoltà del Contraente di aggiungerne altri a proprie spese.

7. Adozione della tabella di legge (INAIL)

A deroga dell'art.1.11 "Invalidità Permanente" si conviene che l'accertamento del grado di invalidità permanente avverrà in base alle percentuali previste dalla "tabella INAIL" di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000.

8. Estensione della garanzia alla guida di autocarri

A parziale deroga dell' art. 1.02, l'assicurazione comprende la guida di autocarri in genere, di trattori stradali, di autotreni, di autoarticolati e autosnodati.

9. Dirigenti

A parziale deroga dell'art. 1.01 "Definizione di infortunio" e 1.11 "Invalidità permanente", si conviene tra le Parti quanto segue:

per la definizione di infortunio professionale si fa riferimento alla legge infortuni sul lavoro di cui al D.P.R 30.6.1965, n. 1124 T.U., come in vigore al 24 Luglio 2000;

la tabella di determinazione dell'invalidità permanente di cui all'art, 1.11 si intende sostituita da quella prevista nel D.P.R. 30.6.1965, n. 1124 T.U., come in vigore al 24 Luglio 2000; inoltre, le percentuali di invalidità permanente indicate nella tabella anzidetta, si applicano sulle somme assicurate in polizza per invalidità permanente assoluta e l'indennizzo viene liquidato in contanti anziché sotto forma di rendita; quando, in conseguenza di infortunio, l'attitudine del dirigente

assicurato venga ridotta in misura tale che non sia più obiettivamente possibile la prosecuzione dell'attività di dirigente in genere e quindi del rapporto di lavoro con il Contraente, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza per il caso di invalidità permanente, fermo restando quanto disposto dell'art. 1.09 "Criteri di indennizzabilità".

10. Dirigenti-Malattie professionali

L'assicurazione si intende estesa anche alle "malattie professionali" che si manifestassero nel corso della validità della polizza, intendendosi come tali quelle riconosciute per l'industria esercitata dal Contraente dalla legge infortuni di cui alla precedente condizione particolare 9. - let a), fermo quanto previsto dall'art. 1.02 B) "Delimitazioni dell'assicurazione" - lett. j) e che producano la morte o riducano l'attitudine generica in misura superiore al 10%.

Agli effetti di tale estensione, il Contraente dichiara che i dirigenti da assicurare non presentano alcuna manifestazione morbosa che possa farli ritenere affetti da qualsiasi delle malattie professionali, mentre si impegna, nel caso di inclusione in Garanzia di altre persone, a ragguagliare preventivamente la Società sulle condizioni dei singoli.

Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno "malattie professionali" viene fissato in 2 anni dal giorno della denuncia della malattia.

Si intende confermato agli effetti dell'assicurazione "malattie professionali" quanto previsto dalla precedente condizione particolare 9. "Dipendenti"- lett. b) e c).

DENUNCIA DI INFORTUNIO

Data del sinistroora del sinistro Luogo.....

Indicare la disciplina sportiva (o allenamento) durante la quale è avvenuto il sinistro

.....
.....

Generalità del tesserato infortunato

.....tel.....

Numero tessera CSI Anno Rilasciata in data

Società sportiva

(denominazione)

.....
(indirizzo) (telefono)

Descrizione chiara e circostanziata delle cause che hanno provocato il sinistro :

.....
.....
.....
.....

Tipologie delle lesioni subite

Generalità e domicilio di eventuali testimoni

.....
.....

(Allegare fotocopia tessera CSI e certificato medico o di Pronto Soccorso)

Il sottoscritto dichiara che tutto quanto sopra esposto corrisponde a verità

Firma del denunciante

.....

CENTRO SPORTIVO ITALIANO

Spett.le Assicurazioni Generali spa
Via Arenula n.41
00186 Roma (tel.06/6893800)

DENUNCIA DI RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

Comitato di
(sede) (indirizzo) (telefono)

Società sportiva
(denominazione) (sede) (telefono)

Data sinistro Ora sinistro Luogo

Struttura e/o generalità della persona responsabile del sinistro
.....
.....

Numero tessera CSI Anno Rilasciata in data

Per danni alle persone : generalità del danneggiato
.....

Per danni a cose: generalità del proprietario e della cosa.....
.....

Descrizione chiara e circostanziata delle cause che hanno provocato il sinistro
.....
.....
.....

Generalità e domicilio di eventuali testimoni
.....

I sottoscritti dichiarano che tutto quanto sopra esposto corrisponde a verità.

Firma del responsabile della soc.sportiva
o del rappresentante del Comitato

Firma del denunciante

.....

