



Polizza Infortuni per il personale volontario

Lotto 3

CIG: 734564385C

CAPITOLATO TECNICO

Polizza n° 390114299

INDICE

PREMESSA.....	4
DEFINIZIONI.....	4
SCHEDA DI POLIZZA PER ASSICURAZIONE INFORTUNI	5
1. Massimali assicurati per singolo soggetto.....	5
2. Parametro contrattuale convenzionale	5
3. Premio	6
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	6
ART. 1 - Variazioni del rischio	6
ART. 2 - Durata e validità dell'Assicurazione	6
ART. 3 - Corrispettivo, pagamento del premio e decorrenza della garanzia	7
ART. 4 - Adeguamento del premio	7
ART. 5 - Diritto di Recesso	7
ART. 6 - Modifiche dell'assicurazione.....	8
ART. 7 - Forma delle comunicazioni.....	8
ART. 8 - Oneri fiscali.....	8
ART. 9 - Foro competente	8
ART. 10 - Interpretazione del contratto.....	8
ART. 11 - Coassicurazione e delega	9
ART. 12 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio	9
ART. 13 - Applicazione delle penali per inadempimento all'attività di fornitura dei dati	10
ART. 14 - Obblighi in tema di tracciabilità dei flussi finanziari.....	11
ART. 15 - Trattamento dei dati.....	11
ART. 16 - Altre assicurazioni	13
ART. 17 - Termini di prescrizione	13
ART. 18 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di sinistro.....	13
ART. 19 - Frazionamento del premio.....	14
ART. 20 - Obblighi della compagnia nella gestione dei sinistri	14
ART. 21 - Clausola di legittimazione.....	14
ART. 22 - Generalità degli assicurati	15
ART. 23 - Criteri di indennizzo	15
ART. 24 - Pagamento dell'indennizzo.....	15
ART. 25 - Responsabilità del contraente	15
ART. 26 - Penali	16
ART. 27 - Estensione territoriale.....	16
ART. 28 - Controversie	16
ART. 29 - Rinuncia alla rivalsa.....	17
ART. 30 - Rinvio alle norme di legge	17
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	17
ART. 31 - Oggetto dell'Assicurazione	17
ESTENSIONI DELLA GARANZIA	18

ART. 32 - Rischio guerra	18
ART. 33 - Servizio militare	18
ART. 34 - Danni estetici	18
ART. 35 - Morte/morte presunta	19
ART. 36 - Rientro sanitario/ rimpatrio della salma	19
ART. 37 - Invalidità permanente	19
ART. 38 - Rimborso spese mediche	20
ART. 39 - Indennità giornaliera da invalidità temporanea, ricovero, gessatura	21
ART. 40 - Cumulo di indennità	21
ART. 41 - Rischio in itinere	21
ART. 42 - Rischi aeronautici	22
<i>ART. 42.1 - Infortuni aeronautici in qualità di passeggero</i>	<i>22</i>
<i>ART. 42.2 - Infortuni aeronautici missioni/esercitazioni</i>	<i>22</i>
ART. 43 - Esposizione agli elementi	23
ART. 44 - Lenti e montature occhiali	23
CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE	23
ART. 45 - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	23
ART. 46 - Malattie tropicali o invalidanti	24
ART. 47 - Indennità per stato di coma	24
ESCLUSIONI	24
ART. 48 - Rischi esclusi	24
ART. 49 - Persone non assicurabili	25
ART. 50 - Persone Assicurabili	25
SERVIZI INCLUSI NEL CONTRATTO	25
ART. 51 - Servizi inclusi nel contratto	25
CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE	27

PREMESSA

Il presente Capitolato Tecnico, allegato al Disciplinare di Gara, disciplina il servizio relativo al Lotto 3, avente ad oggetto il servizio di copertura assicurativa degli infortuni per il personale volontario CRI, nell'ambito della "Gara a procedura aperta per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa della Associazione della Croce Rossa Italiana" indetta da CRI.

DEFINIZIONI

Termine	Descrizione
Assicurazione	Il contratto di assicurazione stipulato tra il Contraente e la Compagnia assicuratrice.
Polizza	Il documento che prova il contratto di assicurazione.
Contraente/Associazione/CRI	Il soggetto che stipula l'assicurazione con la Compagnia assicuratrice
Assicurato	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dal contratto di Assicurazione, ossia il personale volontario dell'Associazione
Compagnia o Società	La Compagnia assicuratrice nonché le eventuali coassicuratrici.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Massimale:	La massima esposizione della Compagnia per ogni sinistro
Indennità/indennizzo	La somma dovuta dal Contraente alla Società
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Invalidità permanente	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione
Coma	Stato di incoscienza senza reazioni a stimoli esterni o a necessità interne mantenuto con sistemi di rianimazione per un periodo di almeno 96 ore
Inabilità temporanea	La temporanea incapacità ad attendere le occupazioni professionali dichiarate in polizza
Ricovero	La degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna di almeno sei ore consecutive
Scoperto	L'importo in percentuale sull'ammontare del danno liquidabile, dedotto dallo stesso, che rimane obbligatoriamente a carico dell'Assicurato
Veicolo ad uso privato	L'autovettura, autocarro, autoveicolo ad uso speciale, motocarro, motociclo, ciclomotore, non adibito ad uso pubblico, né a noleggio, né a scuola guida, né ad autotassametro

Legge:	Le leggi sull'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile da circolazione dei veicoli a motore e dei natanti e successive variazioni e integrazioni: D.Lgs. 209/2005, L. 102/2006, L. 990/1969 per le norme in vigore, D.P.R. 254/2006 – disciplina indennizzo diretto
Regolamento:	Regolamento di esecuzione del predetto D.Lgs/Legge e successive modifiche e integrazioni.

SCHEDA DI POLIZZA PER ASSICURAZIONE INFORTUNI

1. MASSIMALI ASSICURATI PER SINGOLO SOGGETTO

Tipologia infortunio	Massimale
Caso morte	€ 520.000,00
Caso invalidità permanente	€ 520.000,00
Lenti e montatura occhiali per sinistro	€ 500,00
Rimborso spese sanitarie da infortunio	€ 50.000,00
Rientro sanitario e rimpatrio salma	€ 15.000,00

2. PARAMETRO CONTRATTUALE CONVENZIONALE

A titolo non limitativo, si intendono assicurati:

- Totale numero volontari: 163.466¹

Sono assicurati dalla presente Assicurazione gli appartenenti alle seguenti categorie:

Personale volontario, con qualsiasi mansione, che presta la propria opera, sia continuativa sia temporanea, saltuaria, occasionale, per l'esecuzione e funzionamento delle attività istituzionali della Croce Rossa Italiana presso il Contraente e sue unità o organizzazioni o dalla stessa comandato presso altri Enti/strutture e comunque in qualsiasi luogo sia in Italia sia all'estero, iscritti nei registri e/o altra documentazione del Contraente, nonché personale non regolato da formale rapporto di lavoro e che non usufruisce di altre forme di assicurazione (INAIL).

A titolo esemplificativo e non limitativo si intendono assicurati:

Presidente e Vice Presidente, membri del Consiglio Direttivo Nazionale, Presidente e membri dei Consigli Direttivi Regionali e delle Province Autonome di Trento e Bolzano (o omologhi in caso di gestione commissariale) e gli altri organi previsti dallo statuto; membri che a qualsiasi titolo operano per conto dell'Associazione; Vertici Nazionali delle componenti volontaristiche ausiliarie delle Forze Armate ed aspiranti volontari (Infermiere Volontarie, Corpo Militare Volontario, Operatori Polivalenti)

¹ Come da provvedimento presidenziale n. 41 del 04 aprile 2017 di approvazione dell'elenco consolidato Soci 2016

Salvataggio in Acqua, nonché personale volontario che opera con mezzi speciali di soccorso, sia in addestramento sia in operatività (Hovercraft, minisommersibile, camera iperbarica, ecc.), nonché volontari del Servizio Civile.

3. PREMIO

- Premio annuo lordo complessivo: € 2.790.000,00 (€ duemilionesettecentonovantamila//00)

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

ART. 1 - VARIAZIONI DEL RISCHIO

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità. Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

L'omissione da parte del Contraente o dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio non comporteranno decadenza dal diritto al risarcimento dei danni né riduzione dello stesso sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute senza dolo.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre, con effetto immediato, il premio o le rate di premio successive alla comunicazione da parte del Contraente, a parziale deroga dell'art. 1897 c.c., con rinuncia al relativo diritto di recesso. La Società, in tal caso, rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, dalla data di revisione del premio.

ART. 2 – DURATA E VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni 3 (tre) dalle ore 24.00 del 31/12/2018 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2021. Non è previsto il tacito rinnovo del contratto pertanto, salvo diverso accordo fra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza del 31/12/2021.

È però facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza del contratto per qualsiasi causa, richiedere alla Società una “proroga tecnica”, temporanea della presente assicurazione, finalizzata all’espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d’ora a prorogare in tal caso l’assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 120 giorni decorrenti dalla scadenza o cessazione.

La Società si impegna altresì a concedere la proroga tecnica della presente assicurazione nel caso previsto al successivo art. 5.

ART. 3 - CORRISPETTIVO, PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il corrispettivo complessivo, onnicomprensivo, per la prestazione dei servizi oggetto del presente contratto/Polizza di assicurazione è determinato sulla base del premio annuo lordo (comprensivo di imposte e altre tasse) rapportato alla durata effettiva del contratto/polizza di assicurazione.

Il premio verrà corrisposto annualmente dal Contraente alla data di decorrenza di ciascuna annualità assicurativa, ossia:

1. prima annualità assicurativa, all’attivazione della polizza, ossia al 31/12/2018;
2. seconda annualità assicurativa, al 31/12/2019;
3. terza annualità assicurativa, al 31/12/2020.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell’assicurazione stabilito nella polizza entro 60 (sessanta) giorni da ogni decorrenza così come definita nei punti 1), 2) e 3) del presente articolo e/o in caso di proroga tecnica, dalla decorrenza del periodo di proroga convenuto.

L’assicurazione ha comunque effetto dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza, se il premio è stato pagato entro i 60 giorni successivi. Se il Contraente non paga il premio entro i 60 giorni di cui al presente comma, l’assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 60° giorno dopo quello della decorrenza così come definita nei precedenti punti 1), 2) e 3) e/o proroga tecnica e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 c.c.).

ART. 4 – ADEGUAMENTO DEL PREMIO

La Società rinuncia a richiedere l’adeguamento del premio per l’intera durata del contratto.

In caso di diminuzione del rischio, si fa riferimento a quanto previsto dall’art. 1.

ART. 5 – DIRITTO DI RECESSO

La Società ha diritto di recedere dal contratto esclusivamente nel seguente caso:

- *[per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente]* le dichiarazioni inesatte e reticenti del

contraente relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il contraente abbia agito senza dolo, anche in deroga all'art. 1892 c.c. per la colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120 (centoventi) giorni, mediante dichiarazione da inviare dalla Società nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Nella fattispecie di cui al precedente comma (assenza di dolo), qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dal secondo periodo del comma 3 dell'art. 1892 e dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero. Resta inteso che qualora le dichiarazioni inesatte o le reticenze siano frutto di una condotta dolosa del contraente si applicherà il disposto di cui all'art. 1892 c.c..

ART. 6 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere proposte ed approvate per iscritto.

ART. 7 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte del Contraente e dell'Assicurato inerenti la gestione della polizza di cui trattasi devono essere fatte a mezzo posta elettronica certificata (PEC), salvo diversa indicazione negli articoli seguenti, o, in subordine, con altro mezzo idoneo atto a comprovarne la data ed il contenuto.

ART. 8 – ONERI FISCALI

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

ART. 9 – FORO COMPETENTE

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede legale del Contraente, ossia il Foro di Roma.

ART. 10 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo

intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti l'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni di Polizza.

La Società parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente, di ogni adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere.

Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, al pagamento del premio spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i 60 giorni.

Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.

ART. 11 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Imprese in coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile GENERALI ITALIA S.p.A. , all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ART. 12 - OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

Pena l'applicazione della penale di cui al successivo art. 13, la Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa;
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto;

3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso;
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati;

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri denunciati, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

ART. 13 - APPLICAZIONE DELLE PENALI PER INADEMPIMENTO ALL'ATTIVITÀ DI FORNITURA DEI DATI

Per ogni giorno lavorativo di ritardo, non imputabile a forza maggiore o caso fortuito, rispetto ai termini stabiliti al precedente articolo 12 per la trasmissione dei dati sull'andamento del rischio, la Società è tenuta a corrispondere al Contraente una penale pari dello 0,3 per mille del valore del premio annuo lordo del presente contratto a valere sull'ammontare della cauzione definitiva, fatto salvo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

Qualora l'importo complessivo delle penali raggiunga la somma complessiva pari al 10% del corrispettivo complessivo di cui all'articolo 3, il Contraente ha facoltà, in qualunque tempo, di risolvere di diritto il presente contratto, oltre il risarcimento di tutti i danni.

Il mancato adempimento degli obblighi contrattuali nei termini di cui al precedente art. 13, che daranno luogo all'applicazione della penale stabilita nel presente articolo, dovranno essere contestati alla Società per iscritto dal Contraente. In riscontro alla suddetta contestazione, la Società dovrà comunicare per iscritto a CRI le proprie deduzioni, supportate da una chiara ed

esauriente documentazione, nel termine massimo di 5 (cinque) giorni lavorativi dalla ricezione della stessa contestazione. Qualora le predette deduzioni non pervengano a CRI nel termine indicato, ovvero, pur essendo pervenute tempestivamente, non siano idonee, a giudizio della medesima CRI a giustificare l'inadempienza, potranno essere applicate alla Società le penali indicate al primo comma del presente articolo a decorrere dall'inizio dell'inadempimento.

ART. 14 – OBBLIGHI IN TEMA DI TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 8, della L. 136/2010, la Società si impegna a rispettare puntualmente quanto previsto dalla predetta disposizione in ordine agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari.

Ferme restando le ulteriori ipotesi di risoluzione previste dal presente contratto/polizza di assicurazione, si conviene che CRI, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 3, comma 9 bis, della L. 136/2010, senza bisogno di assegnare previamente alcun termine per l'adempimento, potrà risolvere di diritto il presente contratto ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., nonché ai sensi dell'art. 1360 cod. civ., previa dichiarazione da comunicarsi alla Società con raccomandata A.R., qualora le transazioni siano eseguite senza avvalersi del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni ai sensi della L. 136/2010.

La Società si obbliga, ai sensi dell'art. 3, comma 8, secondo periodo, della L. 136/2010, ad inserire nei contratti sottoscritti con i subappaltatori, a pena di nullità, un'apposita clausola con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla L. 136/2010.

La Società e il subappaltatore che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui alla norma sopra richiamata è tenuto a darne immediata comunicazione al Contraente e alla Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Stazione Appaltante.

La Società, si obbliga e garantisce che nei contratti sottoscritti con i subappaltatori, verrà assunta dalle predette controparti l'obbligazione specifica di risoluzione di diritto del relativo rapporto contrattuale nel caso di mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità dei flussi finanziari.

CRI verificherà che nei contratti di subappalto sia inserita, a pena di nullità assoluta del contratto, un'apposita clausola con la quale il subappaltatore assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla su richiamata Legge.

La Società è tenuta a comunicare tempestivamente e comunque entro e non oltre 7 (sette) giorni dalla/e variazione/i qualsivoglia variazione intervenuta in ordine ai dati relativi agli estremi identificativi del/i conto/i corrente/i dedicato/i nonché le generalità (nome e cognome) e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su detto/i conto/i.

ART. 15 - TRATTAMENTO DEI DATI

1. Il Contraente, l'Assicurato, la Società (congiuntamente dette anche "le parti") dichiarano di essersi reciprocamente comunicate oralmente e prima della sottoscrizione del presente

contratto/polizza di assicurazione le informazioni di cui all'articolo 13 del D.Lgs.196/2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali" circa il trattamento dei dati personali conferiti per l'esecuzione del contratto stesso e di essere a conoscenza dei diritti che spettano loro in virtù dell'art. 7 della citata normativa.

2. Il Contraente tratta i dati ad essi forniti per la gestione del contratto/ polizza di assicurazione e l'esecuzione economica ed amministrativa dello stesso, per l'adempimento degli obblighi legali ad esso connessi nonché per fini di studio e statistici. Con la sottoscrizione del presente contratto/ polizza di assicurazione la Società acconsente espressamente alla diffusione dei dati conferiti, trattati in forma anonima, tramite il sito internet www.cri.it.
3. Le parti si impegnano ad improntare il trattamento dei dati ai principi di correttezza, liceità e trasparenza nel pieno rispetto di quanto definito dal citato D.Lgs. 196/2003, con particolare attenzione a quanto prescritto con riguardo alle misure minime di sicurezza da adottare.
4. La Società si impegna a svolgere i trattamenti di dati personali nel pieno rispetto della legislazione vigente nonché della normativa per la protezione dei dati personali (ivi inclusi – oltre al D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. – anche gli ulteriori provvedimenti, comunicati ufficiali, autorizzazioni generali, pronunce in genere emessi dall'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali) con particolare attenzione all'adozione delle misure di sicurezza di cui alla normativa citata.
5. Le parti dichiarano che i dati personali forniti con il presente atto sono esatti e corrispondono al vero esonerandosi, reciprocamente, da qualsivoglia responsabilità per errori materiali di compilazione ovvero per errori derivanti da una inesatta imputazione dei dati stessi negli archivi elettronici e cartacei.
6. Con la sottoscrizione del contratto/polizza di assicurazione, inoltre, la Società accetta espressamente di essere nominata – per la durata del contratto stesso - Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. 196/2003 e, per l'effetto, si obbliga a:
 - curare che i trattamenti siano svolti nel pieno rispetto della legislazione vigente nonché della normativa per la protezione dei dati personali ivi inclusi - oltre al Codice privacy ed ai relativi allegati e s.m.i. – anche gli ulteriori provvedimenti, comunicati ufficiali, autorizzazioni generali, pronunce in genere emessi dall'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali (nel seguito "Garante");
 - eseguire i soli trattamenti funzionali, necessari e pertinenti all'esecuzione delle prestazioni contrattuali e, in ogni modo, non incompatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti;
 - attivare le necessarie procedure aziendali, per identificare gli "Incaricati del trattamento" ed organizzarli nei loro compiti;
 - verificare la costante adeguatezza del trattamento alle prescrizioni relative alle misure di sicurezza di cui al D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. così da ridurre al minimo i rischi di perdita e di distruzione, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato, di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta;
 - implementare le misure di cui al Provvedimento Generale del Garante del 27.11.2008 sugli amministratori di sistema, tra l'altro, ricorrendone le condizioni, conservando direttamente e specificamente, per ogni eventuale evenienza e per conto del Titolare del trattamento, una lista aggiornata recante gli estremi identificativi delle persone fisiche preposte quali amministratori di sistema che il Titolare del trattamento si riserva di richiedere;

- garantire, tramite autocertificazione, da fornire al Titolare del trattamento, con cadenza annuale, che il trattamento di dati è effettuato in piena conformità a quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. anche con particolare riferimento alle misure minime di sicurezza implementate;
- consentire al Titolare del trattamento, eventuali verifiche periodiche circa l'adeguatezza e l'efficacia delle misure di sicurezza adottate ed il pieno e scrupoloso rispetto delle norme, dando a tal fine piena collaborazione;
- fornire al Titolare del trattamento, laddove richiesta dal D.Lgs. 196/2003, una dichiarazione scritta di conformità delle misure di sicurezza adottate per il trattamento dei dati nell'ambito dei servizi erogati;
- informare il Titolare del trattamento di qualsiasi richiesta di esercizio dei diritti di cui agli art. 7, 8 del D.Lgs. 196/2003 dovesse pervenirgli e fornire la massima assistenza per soddisfare tali richieste, nell'ambito del mandato affidatogli.

ART. 16 - ALTRE ASSICURAZIONI

È data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile. L'eventuale coesistenza di altre polizze che assicurano gli stessi rischi non ha influenza sulla presente assicurazione il cui indennizzo viene in ogni caso liquidato nella misura stabilita in polizza.

ART. 17 - TERMINI DI PRESCRIZIONE

La Società userà larga tolleranza nei termini di denuncia dei sinistri e della loro gestione e comunque il termine di prescrizione previsto dall'art. 2952 c.c. si intende elevato a non meno di 2 anni.

ART. 18 – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, limitatamente ai casi di morte, infortunio grave o a quelli in cui ci fosse contestuale richiesta di risarcimento da parte di terzi, il Contraente/Assicurato deve darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni da quando ne ha avuta conoscenza. Il suddetto termine deve intendersi anche alla luce dell'art. 17.

La denuncia, inviata al Call center di cui all'art. 51, deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da referto medico; il decorso delle lesioni deve essere documentato, al Centro di liquidazione di cui all'art. 51 (sede centralizzata), con continuità da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta, le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili, nonché la sottoscrizione informativa al trattamento dei dati sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s.m.i.

Se l'infortunio ha causato la morte dell'Assicurato o questa avvenga durante il periodo di cura, deve esserne data immediata comunicazione alla Compagnia.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire la visita dei medici della Società a qualsiasi accertamento ritenuto da questa necessario, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

ART. 19 - FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

Il premio della presente polizza è riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione e rappresenta l'importo dovuto dal Contraente anche se viene concesso il frazionamento in rate semestrali.

ART. 20 – OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA NELLA GESTIONE DEI SINISTRI

Fermo restando quanto previsto dall'art. 12, la Compagnia si impegna a garantire al Contraente/Assicurato l'accesso all'Ispettorato Sinistri per la discussione di tutte le vertenze.

In caso di inadempimento il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo raccomandata AR ovvero a mezzo pec assegnando alla Compagnia un termine di 10 giorni consecutivi per adempiere ovvero produrre controdeduzioni.

Nel caso in cui la Società persista nell'inadempimento si applicano le penali previste nell'art. 13.

L'apertura dei sinistri e l'assistenza a CRI è gestita per il tramite del Call Center di cui all'art. 51.

La denuncia del sinistro da parte del Contraente è effettuata direttamente al call center dall'Unità periferica CRI interessata secondo le modalità prevista nell'art. 18. Il call center dovrà comunicare all'Unità periferica CRI, entro 7 giorni dalla ricezione della documentazione attestante il sinistro, il numero di sinistro attribuito.

ART. 21 - CLAUSOLA DI LEGITTIMAZIONE

La Compagnia dà e prende atto che:

- la presente polizza viene stipulata a favore degli Assicurati con il loro espresso consenso;
- il Contraente adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione ed esercita di conseguenza tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva e in luogo dell'Assicurato, con il consenso degli Assicurati stessi;
- è data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà impugnativa.

ART. 22 – GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

La Società rinuncia all'identificazione in polizza delle generalità degli Assicurati; per la loro identificazione nonché dei dati necessari alla definizione delle liquidazioni, si farà riferimento agli atti e registri in possesso dell'Associazione, il quale si obbliga a esibirli a semplice richiesta della Società, anche per effettuazione di accertamenti e controlli.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessari.

ART. 23 - CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute: pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo restando quanto stabilito dall'art. 37 (Invalidità permanente).

ART. 24 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida gli indennizzi che risultano dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni.

Per gli infortuni avvenuti all'estero, il pagamento sarà effettuato in Italia e in valuta italiana. Per le spese sanitarie sostenute all'estero, i rimborsi saranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavata dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

ART. 25 - RESPONSABILITÀ 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 e ai beneficiari ai sensi della polizza, quale responsabile civile per gli infortuni avvenuti in dipendenza dei rischi assicurati.

Tale garanzia è prestata per ciascun infortunato fino alla concorrenza di un importo pari a 2 (due) volte i capitali per i quali egli è assicurato rispettivamente per i casi di morte ed invalidità permanente. In caso di evento che colpisca più persone, l'importo massimo a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 3.000.000,00 (Euro tre milioni). L'assicurazione di responsabilità civile di cui sopra vale nel caso in cui l'infortunato e i beneficiari di polizza ravvisino nell'evento che ha occasionato l'infortunio, una responsabilità del Contraente e non si ritengano

soddisfatti dell'indennizzo previsto dalla polizza infortuni.

In tal caso il Contraente ha diritto di imputare l'importo di detto indennizzo nella liquidazione del danno che egli è tenuto a risarcire ed autorizza la Società ad accantonarlo a tale effetto.

Ove l'infortunato ed i beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o in essa rimangano soccombenti, l'importo accantonato è pagato sotto deduzione delle spese sostenute per la difesa del Contraente.

L'Assicurazione di cui al presente articolo non è prestata per infortuni occorsi al Legale rappresentante del Contraente, parenti e affini, con esso stabilmente conviventi.

La Compagnia assume, fino a quanto ne ha interesse, la gestione della vertenza, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale a nome del Contraente.

L'Associazione deve al più presto informare la Società delle pretese avanzate dagli infortunati o dai beneficiari, dall'inizio di ogni causa civile o penali e nominare gli avvocati e procuratori designati dalla Società per la difesa, restando in facoltà del Contraente di aggiungerne altri a proprie spese.

ART. 26 – PENALI

Si applicano le seguenti penali per i casi di:

- 1) **Morte**: la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, dovrà provvedere al pagamento dell'indennizzo. In caso di inadempimento, dalla scadenza 30° giorno è applicata una penale di Euro 5.200,00 (Euro cinquemiladuecento).
- 2) **Infortuni**: la Società, entro 30 giorni dal ricevimento dell'intera pratica dovrà provvedere al pagamento dell'indennizzo mediante assegno circolare o con accredito in conto corrente. In caso di mancato rispetto di detto termine, è applicata una penale, dalla scadenza del 30° giorno fino al 60°, pari a € 600,00 (Euro seicento) per ogni giorno di ritardo. A partire dal 61° giorno la penale è elevata a E 1.600,00 (Euro milleseicento) per ogni giorno di ritardo.
- 3) **Rimborso spese mediche. rientro sanitario. rimpatrio salma e indennità per stato di coma**: la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, dovrà provvedere al pagamento dell'indennizzo. In caso di inadempimento, dalla scadenza 30° giorno è applicata una penale di Euro 5.200,00 (Euro cinquemiladuecento). Tali somme verranno detratte annualmente dalla prima rata di premio, ai sensi dell'art. 19.

ART. 27 - ESTENSIONE TERRITORIALE

La validità della presente Assicurazione è estesa al mondo interno fatto salvo quanto previsto dal caso di Rischio di guerra (Art. 32). In ogni caso il pagamento è effettuato in Italia e in Euro.

ART. 28 – CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità 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 Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel

luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà 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 obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 29 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surrogazione che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

ART. 30 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme di Legge e i regolamenti attuativi in vigore.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 31 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione della partecipazione alle attività inerenti il conseguimento dei fini istituzionali del Contraente e comprende i viaggi di trasferimento, anche in aeromobile, le missioni e gli infortuni subiti durante il tragitto dal luogo di dimora al luogo di servizio e viceversa ovunque e comunque verificatisi.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- il soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- il contatto con corrosivi;
- le ustioni in genere;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, uso di armi anche non convenzionali, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria

a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;

- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi mezzo di locomozione e di trasporto salvo le esclusioni di cui all'art. 48;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, maree, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- gli infortuni derivanti dall'abuso di alcolici;
- gli infortuni derivanti da immersione, limitatamente agli Operatori Polivalenti di Salvataggio in Acqua (OPSA) e aspiranti tali.

ESTENSIONI DELLA GARANZIA

ART. 32 – RISCHIO GUERRA

Nel caso l'Assicurato:

- si trovi in Paese esterno nel quale scoppi improvvisamente una guerra (con o senza dichiarazione), una rivoluzione, un'insurrezione, una guerra civile, una presa di potere da parte di militari o altro tipo di ostilità;
- a causa di un guasto al mezzo aereo o navale su cui si trovi, sia costretto a dirottare o riparare
in un Paese in cui sia in corso un atto di guerra, una rivoluzione, un'insurrezione, una guerra civile, una presa di potere da parte di militari o altro tipo di ostilità;

La garanzia copre gli infortuni da questo subiti in dipendenza di taluno di detti eventi. La presente garanzia avrà una durata limitata e cesserà automaticamente alle ore 24:00 del 14° giorno successivo a quello in cui l'ostilità ha avuto inizio.

Tale garanzia non si applica:

- se l'Assicurato prende parte a tale ostilità;
- se l'ostilità si verifica in Italia, nella Città del Vaticano o nella Repubblica di San Marino.

ART. 33 – SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso ed i richiami per esercitazione, l'assicurazione resta valida ma con l'esclusione degli infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi.

ART. 34 – DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che

produca conseguenze di carattere estetico, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato entro due anni dalla guarigione clinica, ancorché successivamente alla scadenza della polizza, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite del 3% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Il rimborso è effettuato a cura ultimata e previa presentazione di copia della cartella clinica e notule di spesa in originale o in copia, nel caso sia intervenuto il Servizio Sanitario nazionale, con la prova della quota di concorso erogata dal predetto ente.

ART. 35 – MORTE/MORTE PRESUNTA

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, l'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro due anni dal giorno dell'evento. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione o casi di premorienza o commorienza, agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'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, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi dell'Assicurato, non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato venisse dichiarato disperso dalle competenti autorità ed in caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 6°, comma 3 c.c., verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni in vita o, in caso di morte presunta, si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente Assicurazione.

ART. 36 – RIENTRO SANITARIO/ RIMPATRIO DELLA SALMA

La garanzia è estesa a rimborso delle spese di trasporto dell'Assicurato, nel caso di infortunio subito all'estero, in ospedale/clinica in Italia o alla sua residenza nonché, in caso di morte dello stesso, delle spese di trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo della sepoltura in Italia. Le garanzie sono prestate sino a concorrenza della somma indicata in polizza.

ART. 37 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente dell'Assicurato e questa si verifica –

anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'evento è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento alla tabella di valutazione del danno (Tabella ANIA o Tabella INAIL) scelta dall'Assicurato/Contraente.

ART. 38 - RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società rimborsa, in caso di infortunio coperto dalla presente polizza e fino a concorrenza del massimale indicato in polizza, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

1. durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette di degenza, onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento, medicinali. Nel caso tali spese siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale – in sostituzione del rimborso, la Società liquida una diaria di € 52,00 (Euro cinquantadue) per ogni pernottamento fino ad un massimo di 100 (cento) pernottamenti;
2. per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
3. per visite mediche specialistiche; esami ed accertamento diagnostici, acquisto di medicinali;
4. per trattamenti di fisioterapia riabilitativa e rieducativa;
5. per prestazioni medico-infermieristiche, presidi ortopedici, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche;
6. per cure odontoiatriche con limite per dente di € 500,00 (Euro cinquecento), protesi dentarie (rimborso valido solo per la prima protesi, sempreché applicata entro un anno dall'infortunio). In caso di avulsione verrà corrisposta la somma pari all'1% dell'invalidità permanente;
7. per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici subiti a causa dell'infortunio;
8. per cure termali, prescritte dal medico, effettuate nei 90 (novanta) giorni successivi all'infortunio denunciato;
9. per trasporto dell'Assicurato effettuato tramite ambulanza dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o pronto soccorso.

Il rimborso è effettuato a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società, dei documenti giustificativi originali, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, ecc.).

A richiesta dell'Assicurato, la Compagnia restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione. Qualora l'Assicurato abbia presentato tali documenti a terzi, la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano cambi.

ART. 39 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA INVALIDITÀ TEMPORANEA, RICOVERO, GESSATURA

Qualora sia provato che l'infortunio, indennizzabile ai termini della presente polizza ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società, con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera di € 52,00 (Euro cinquantadue), anche nel caso di degenza in regime di Day Hospital.

Il computo dei giorni per il quale si riconosce l'indennizzo decorre dalle ore 24:00 del giorno dell'infortunio, se regolarmente denunciato, o in caso di ritardo dalle ore 24:00 della denuncia. L'indennizzo è dovuto anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato ricovero in istituto di cura o applicazione della gessatura, fermo restando che la liquidazione dell'indennizzo viene effettuata considerando quale data di guarnigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo rinnovo di certificati medici.

L'indennità viene corrisposta:

- in caso di inabilità temporanea, sia per tutto il periodo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni, sia per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle predette occupazioni;
- in caso di ricovero, per il periodo massimo previsto di 180 giorni.
- in caso di gessatura, per il periodo massimo previsto di 100 giorni.

Le diarie relative ad un medesimo periodo giornaliero non sono cumulabili tra loro; tuttavia in caso di indennizzabilità di più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella di importo maggiore.

ART. 40 – CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità di inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente, rimborso delle spese mediche, diaria da inabilità temporanea/ricovero/gessatura è di carattere personale e, dunque, non trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata, la Società corrisponde agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 41 - RISCHIO IN ITINERE

L'assicurazione comprende gli infortuni subiti dagli Assicurati durante l'itinerario percorso per recarsi dalla dimora al luogo di lavoro o dove svolge l'incarico e viceversa, purché gli infortuni

avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso in via ordinaria sia a piedi sia con uso o guida dei mezzi di trasporto in genere, sia privati sia pubblici o di civica proprietà.

ART. 42 - RISCHI AERONAUTICI

ART. 42.1 - INFORTUNI AERONAUTICI IN QUALITÀ DI PASSEGGERO

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare, da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

ART. 42.2 - INFORTUNI AERONAUTICI MISSIONI/ESERCITAZIONI

La garanzia è prestata a favore degli Assicurati viaggianti su aeromobili da chiunque eserciti in occasione di voli diversi da quelli di cui all'art. 42.1 o in qualità di partecipante alle attività di eliambulanza e/o soccorso e/o salvataggio, trasporto persone o cose al verricello e simili, trasporto carichi appesi e quanto inerente.

L'Assicurazione si intende valida in occasione della partecipazione degli Assicurati a corsi aerei di aggiornamento, qualificazione e addestramento ed in genere a tutte le esercitazioni aeree, compreso il trasporto degli stessi al verricello.

L'Assicurazione è valida anche se il Contraente comunica successivamente l'avvenuta missione alla Società.

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

Le somme della garanzia della presente polizza nonché altre eventuali assicurazioni stipulate dal Contraente/Assicurato o da terzi in suo favore non potrà superare i capitali di:

- per persona:
 - 1.810.000,00 (Euro un milione e ottocentodiecimila) per il caso di Morte;
 - 1.810.000,00 (Euro un milione e ottocentodiecimila) per il caso di Invalidità permanente totale;
- complessivamente per aeromobile:
 - 14.000.000,00 (Euro quattordici milioni) per il caso di Morte;
 - 14.000.000,00 (Euro quattordici milioni) per il caso di Invalidità permanente totale.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni cumulative stipulate dallo stesso

Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguatamente sui singoli contratti.

ART. 43 – ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, incagliamento, naufragio, sommersione, atterraggio e ammaraggio forzato corrisponderà le somme rispettivamente assicurate in caso di morte e di invalidità permanente anche nei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio, ma in conseguenza delle zone, del clima o di altre situazioni concomitanti, l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

ART. 44 - LENTI E MONTATURE OCCHIALI

La Compagnia, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborserà le spese documentate sostenute per l'acquisto di lenti e/o montature (escluse lenti a contatto), la cui rottura sia stata determinata da infortunio che abbia provocato danni obiettivamente constatabili.

CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE

Ad integrazione di quanto previsto dalle Norme di Assicurazioni e dalle estensioni di garanzia, si intendono comprese le garanzie di seguito descritte.

ART. 45 – MALATTIE CONTRATTE IN SERVIZIO E PER CAUSE DI SERVIZIO

A parziale deroga delle condizioni generali dell'assicurazione, per l'estensione delle garanzie alle malattie contratte in servizio e per causa di servizio, si conviene tra le parti quanto segue:

- i. la presenta Assicurazione è estesa anche alle malattie mentali contratte in servizio e per causa di servizio che abbiano per conseguenza la morte e/o l'invalidità permanente;
- ii. l'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia sia conseguente ad eventi accaduti durante il periodo di validità della copertura e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del contratto assicurativo;
- iii. sono comprese nella garanzia tutte le malattie nessuna esclusa e/o eccettuata ad eccezione della nevrosi. Vale anche l'esclusione delle conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle;
- iv. il certificato che deve corredare la denuncia della malattia alla Società deve contenere, oltre all'indicazione di domicilio dell'Assicurato e/o del luogo ove questo è ricoverato, una relazione particolareggiata della sintomatologia rilevata dal medico certificante;
- v. non si darà luogo ad indennizzo per invalidità permanente, causata da malattia contratta in servizio e per causa di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% del totale; l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- vi. in caso di controversia, al collegio arbitrale previsto nell'art. 29, è riservata anche la competenza di accertare se la malattia sia stata riportata in servizio o per causa di servizio e se la stessa sia conseguente e si sia manifestata nei termini previsti al punto ii) del presente articolo.

La garanzia verrà prestata fino a concorrenza delle somme stabilite per la garanzia infortuni.

ART. 46 – MALATTIE TROPICALI O INVALIDANTI

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate. Per malattie tropicali si devono intendere: Amebiasi, Bilharziosi, Dermotifo, Dissenteria batterica, Febbre itteroemoglobinurica, Meningite cerebro-spinale epidemica, Vaiolo, Febbre ricorrente africana, Infezione malarica perniciosa, Epatite a,b e c, Febbre gialla, Filariasi, Lebbra, Leienmuniesi, Leptospirosi, Malattie cutanee e micosi tipiche delle zone tropicali, Peste, Sprue, Infezioni miotiche, Lambliasi, Tripanosomiasi, Tracoma nonché quelle definite come tali dal D.M. del 14.04.1938 e successive modificazioni, integrazioni e/o interpretazioni o comunque riconosciute come tali dalla Magistratura, sempreché vi sia relazione tra il tempo trascorso dall'infortunio in zona tropicale e l'insorgenza della malattia.

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

L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

ART. 47 - INDENNITÀ PER STATO DI COMA

In caso di sinistro che determini uno stato di coma entro e non oltre 15 (quindici) giorni dalla data di infortunio, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato, su richiesta corredata da certificazione medica, una indennità pari ad € 15.000,00 (Euro quindicimila).

Tale indennità si intende comunque acquisita dall'Assicurato, è compresa del massimale "Rimborso spese sanitarie" indicato in polizza e potrà essere erogata una sola volta per sinistro.

ESCLUSIONI

ART. 48 – RISCHI ESCLUSI

Salvo patti speciali, sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti da:

- uso di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pure o nelle relative prove;
- uso di mezzi di locomozione aerea (considerati tale anche deltaplani ultraleggeri e simili), fatto salvo quanto previsto dall'art. 42;
- dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e bob, lotte e pugilato;

- partecipazione a competizioni e relative prove sciistiche, ippiche, calcistiche, ciclistiche, di pallavolo, di pallamano, di pallacanestro, di hockey, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e/o amatoriale;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (fusione e fissione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici raggi X, ecc.);
- uso di allucinogeni, di stupefacenti o psicofarmaci ad uso non terapeutico;
- conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio, salvo quanto previsto dall'art. 34;
- proprie azioni dolose o dalla partecipazione ad imprese temerarie o inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o per legittima difesa;
- guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto dall'art. 32;
- conseguenze dirette ed indirette di contaminazioni chimiche e biologiche derivanti da atti di terrorismo o di guerra;
- delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.

ART. 49 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infermità mentale.

Di conseguenza l'Assicurazione cessa, per tali persone, con il loro manifestarsi, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo tale circostanza; premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

ART. 50 – PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili anche le persone affette da malattie o difetti fisici purché siano risultate idonee al servizio del Contraente. Quest'ultimo è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

SERVIZI INCLUSI NEL CONTRATTO

ART. 51 – SERVIZI INCLUSI NEL CONTRATTO

I servizi di seguito descritti sono collegati ed accessori alla fornitura delle coperture assicurative e quindi sono prestati dall'Assicuratore unitamente all'Assicurazione medesima.

Il corrispettivo di tali servizi è compreso nel premio della copertura assicurativa.

1. Call Center

L'Assicuratore deve mettere a disposizione dell'Assicurato/Contraente dall'attivazione del Contratto un apposito "Call Center" che funzioni da centro di ricezione e gestione delle chiamate relative alla richiesta di informazioni dagli uffici territoriali e centrali del contraente, relative ai servizi oggetto del contratto (es: informazioni sulle clausole del contratto, informazioni sui sinistri aperti, ecc.).

L'orario di ricezione delle chiamate sarà per tutti i giorni dell'anno (esclusi sabato, domenica e festivi) dalle ore 8:30 alle ore 17:30.

Tale Call Center avrà un numero telefonico ed uno di fax, gratuiti.

2. Responsabile del Servizio

Dalla data di attivazione del Contratto, l'Assicuratore dovrà mettere a disposizione un Responsabile del Servizio, precedentemente identificato e nominato, che avrà il compito di essere la persona responsabile delle prestazioni e dei livelli di servizio oggetto del Contratto generale stesso.

Il suo compito sarà di supervisionare ed eventualmente coordinare le attività dal momento di attivazione delle coperture assicurative fino alla gestione degli eventuali reclami da parte della Amministrazione.

Egli avrà inoltre anche il compito di monitorare l'andamento del livello di servizio nell'arco del periodo di validità del Contratto e dovrà essere in grado di porre in atto tutte le azioni necessarie per garantire il rispetto delle prestazioni richieste.

All'atto della stipula del Contratto, l'Assicuratore dovrà rendere noti le generalità del Responsabile del Servizio, unitamente ai suoi recapiti telefonici e di fax, all'indirizzo di posta elettronica nonché agli orari di servizio.

3. Sede Centralizzata

L'Assicuratore dovrà garantire all'Assicurato/Contraente la disponibilità, dalla stipula del Contratto Generale e per tutta la durata dello stesso, di una struttura centralizzata con sede in Roma – o impegno a costituirla entro 3 mesi dalla data di sottoscrizione del contratto – quale unico referente dell'Ufficio Centrale C.R.I. per i servizi di assistenza nella gestione di tutti gli aspetti del contratto (amministrativi, sinistri, pagamenti, ecc.).

4. Assistenza diretta

Dalla data di attivazione del Contratto, l'Assicuratore dovrà garantire all'Assicurato/Contraente la presenza di proprio personale presso l'Ufficio Centrale CRI, a richiesta e ogni qual volta la CRI lo ritenga necessario, disponibile dal lunedì al venerdì per 4 ore giornaliere, per i servizi di assistenza nella gestione di tutti gli aspetti del contratto (amministrativi, sinistri, pagamenti, ecc.)

CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE

Ai fini degli art. 1341 e 1342 c.c., il Contraente sottoscritto dichiara di avere attentamente letto e di approvare espressamente le disposizioni previste dai seguenti articoli:

- ART. 20 – Obblighi della compagnia nella gestione dei sinistri;
- ART. 42 – Rischi aeronautici.

IL CONTRAENTE

GENERALI ITALIA SPA
