

Federazione Regionale delle Misericordie della Toscana

Estratto della Polizza Multiline Infortuni e RCT a favore dei
volontari della Federazione e delle sue Associate

DEFINIZIONI

Nel testo si intende per:

Assicurazione o contratto: Il contratto di assicurazione

Contraente: Federazione Regionale delle Misericordie della Toscana

Aderente/Volontario/Socio: Il socio aderente volontario che presta la propria attività a favore delle Associate alla Contraente.

Associate: Arciconfraternite, Confraternite e Fraternite della Misericordia aventi sede nella Regione Toscana e aderenti alla Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, che si avvalgono in modo determinante e prevalente delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti.

Società: Compagnia di Assicurazione

Assicurati

- a) I singoli Volontari che prestano "attività di volontariato", così come definito dall' art. 2 della Legge n. 266/1991 iscritti nel registro degli aderenti di cui all'art. 3 del D.M. 14/02/1992 modificato dall'art. 3 del D.M. 16/11/1992;
- b) Gli addetti al Servizio Civile Nazionale, così come previsto dalla Legge n. 64/2001;
- c) I membri del Consiglio Direttivo e/o i dirigenti delle Associate che svolgono anche "attività di volontariato";
- d) I soggetti segnalati dal UEPE
- e) I minorenni volontari, purché in possesso di regolare autorizzazione rilasciata da uno dei genitori o da chi ne fa le veci, il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- f) Tutti i Soggetti equiparati ai Volontari come definiti nelle "Norme per la tenuta degli elenchi nominativi per la Contraente e per le Associate" delle Condizioni Generali di Polizza.

Broker: Marsh SpA – Viale Bodio, 33 – Milano.

Cose: Sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Day hospital: La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

Età dell'Assicurato: Sono assicurate le persone sia minorenni che maggiorenni, senza limiti di età, fermo quanto specificatamente indicato nelle varie sezioni della Convenzione.

Franchigia: La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'assicurato.

Indennizzo: La prestazione in denaro dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.

Invalidità permanente: La perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura: Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di cura per la convalescenza e il soggiorno.

Malattia: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Non autosufficiente: La persona invalida che necessita di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'ASL di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (legge 104/92).

Registri delle Associate: I documenti ufficiali tenuti a cura della singola Associata.

Registro degli aderenti/volontari/soci: Elenco nominativo delle persone che svolgono le attività previste dallo Statuto Regionale ed inoltre attività diverse purché svolte in via del tutto occasionale.

Ricovero/degenza: La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.

Rischio: La possibilità che si verifichi il sinistro

Rischio in Itinere: l'infortunio che gli assicurati subiscono durante il percorso che va dalla propria abitazione o sede di lavoro alla sede presso la quale svolgono la propria attività di Volontari/Aderenti/Soci e viceversa, senza limite di tempo e di spazio. Il rischio in itinere viene esteso a tutti i soggetti iscritti nel Registro dei Volontari.

Sede: Per sede si intende qualunque luogo, anche all'Estero, dove viene esercitata, anche solo occasionalmente, l'attività della Contraente e delle Associate, o anche solo parte di essa.

Sinistro: Il verificarsi dell'evento per cui è prestata l'assicurazione

Scoperto: La quota di danno liquidabile a termini di polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'assicurato.

Sforzo: L'evento straordinario e improvviso in cui, per vincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di un'energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'assicurato.

Ubriachezza: Si considera in stato di ubriachezza l'assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcoolemico superiore a quanto previsto dalla normativa vigente.

CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA

Identificazione dei volontari assicurati

La garanzia è operante per tutti i volontari e per tutti i Soggetti equiparati agli stessi come previsto nelle "Norme per la tenuta degli elenchi nominativi per la Contraente e per le Associate".

Norme per la tenuta degli elenchi nominativi per la Contraente e per le Associate

La Contraente e le Associate sono obbligate a tenere l'elenco nominativo degli aderenti.

Gli Aderenti vanno individuati con Cognome, Nome e Data di Nascita.

Si precisa che sono assicurati anche tutti i Dipendenti, i Tirocinanti, i lavoratori Parasubordinati o in somministrazione di Lavoro e gli Addetti al Servizio Civile Nazionale, nonché tutti quelli che per Legge non possono essere iscritti nel Registro dei Volontari. Tutti questi soggetti sopraelencati sono considerati equiparati ai Volontari quando operano per la Federazione e per le Associate e per godere delle prestazioni di polizza dovranno essere iscritti nominativamente in un apposito elenco.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE

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

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

- 1) morte e lesioni personali;
- 2) distruzione o deterioramento di cose.
- 3) danni ad animali

in conseguenza di un fatto accidentale, nulla escluso, verificatosi in relazione allo svolgimento delle attività previste dallo Statuto della Contraente mentre prestano attività di volontariato per conto della Contraente e delle Associate. Sono inoltre comprese attività diverse da quelle previste dallo Statuto, purché svolte in via del tutto occasionale.

L'assicurazione vale per la responsabilità civile personale dei singoli Assicurati ed anche per la responsabilità derivante dalle persone delle quali si trovano eventualmente a rispondere.

Qualifica di Terzi

I singoli volontari/aderenti/soci sono considerati terzi tra di loro. La Contraente e le Associate non sono considerate terzi rispetto ai singoli volontari.

Estensione territoriale

La garanzia R.C.T. vale per i sinistri che avvengano nel Mondo intero con esclusione degli USA e del Canada.

Massimo risarcimento

Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati tra loro. Resta inteso tra le Parti che la massima esposizione annua della Compagnia è pari ad € 30.000.000,00 indipendentemente dal numero di sinistri verificati.

Danni esclusi dalla garanzia R.C.T.

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

a) per la proprietà o uso di:

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

b) conseguenti a:

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

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

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

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

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

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

h) a condutture ed impianti sotterranei;

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

j) da furto;

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

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

m) cagionati da:

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

n) derivanti da proprietà e/o conduzione di fabbricati dove si svolge l'attività;

o) derivanti da:

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

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

q) derivanti da:

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

2) uso di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;

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

s) provocati da campi elettromagnetici;

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

u) derivanti dallo svolgimento di attività mediche, infermieristiche e/o paramediche.

v) da lavori edili rientranti nel campo di applicazione del D. Lgs. n°494 del 1996, lavori di straordinaria manutenzione, ampliamento, sopraelevazione o demolizione, derivanti unicamente da umidità, stillicidio e in genere da insalubrità dei locali nei quali si svolge l'attività cui si riferisce l'assicurazione;

w) da mancato, errato, inadeguato funzionamento del sistema informatico e/o di qualsiasi impianto, apparecchiatura, componente elettronica, hardware, software;

x) derivanti dallo svolgimento dell'attività scoutistica in genere;

y) proprietà e custodia di animali e ippoterapia;

z) danni direttamente o indirettamente cagionati da pandemie/epidemie.

Deroghe alle esclusioni dell'assicurazione di Responsabilità Civile:

Mezzi di trasporto sotto carico e scarico

La garanzia comprende i danni a mezzi di trasporto sotto carico o scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni ferma restando l'esclusione dei danni alle cose trasportate sui mezzi stessi. Sono esclusi i danni da furto e da incendio, nonché quelli conseguenti al mancato uso.

Danni derivanti da interruzioni o sospensioni di attività

L'assicurazione comprende i danni derivanti da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

Tale garanzia viene prestata sino alla concorrenza di € 300.000,00 per ogni sinistro e per anno assicurativo, con uno scoperto del 10% con il minimo assoluto di € 2.500,00.

Legge 626/94

L'assicurazione comprende la responsabilità civile e personale dei volontari, del contraente e delle Associate per danni conseguenti a fatti colposi verificatisi durante lo svolgimento delle loro mansioni, ivi compresa la responsabilità ai sensi della legge 626/94 e successive modificazioni ed integrazioni.

Opere di assistentato

L'assicurazione per le opere di assistentato con riferimento all'assistenza di anziani e minori, e di persone portatrici di handicap è così regolata: l'assicurazione vale per danni arrecati a terzi per fatto proprio delle persone preposte. Per questa specifica estensione il limite di risarcimento per sinistro viene stabilito in € 30.000,00.

Danni ai veicoli

Fermo quanto stabilito dalla lettera a) dell'art. "Danni esclusi dalla garanzia RCT", la garanzia si intende estesa alla responsabilità civile per danni cagionati dagli assicurati nell'ambito dell'attività volontaristica a veicoli, sia di terzi che dei dipendenti, parcheggiati sulle aree di proprietà o in uso all'assicurato. La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 250,00 per ogni veicolo danneggiato.

Sono esclusi dalla garanzia i danni cagionati alle cose contenute all'interno dei veicoli o poste sopra gli stessi, nonché i danni da furto/incendio e quelli conseguenti a mancato uso. Restano sempre esclusi i danni risalenti alla circolazione.

Attività paramedica

A parziale deroga della lettera u) di cui l'art. "Danni esclusi dalla garanzia RCT" delle norme che regolano l'assicurazione di responsabilità civile, l'assicurazione è estesa ai singoli volontari/aderenti/soci per l'attività paramedica prevista dallo statuto regionale e prestata unicamente per conto della Contraente e delle Associate.

Si precisa che le garanzie sopraelencate hanno il sottolimito di € 1.000.000,00 per persona con la franchigia del 10% e con il minimo di € 2.500,00.

Attività infermieristica

A parziale deroga della lettera u) di cui all'art. "Danni esclusi dalla garanzia RCT" delle norme che regolano l'assicurazione di responsabilità civile, l'assicurazione è estesa ai singoli volontari/aderenti/soci per l'attività infermieristica prestata unicamente per conto della Contraente e delle Associate.

La presente estensione è valida solo nei confronti di quei soggetti abilitati all'esercizio di tale attività professionale.

Inoltre, questa garanzia, se presente una polizza R.C. professionale intestata al professionista volontario infermiere, opererà solo in secondo rischio.

Si precisa che le garanzie sopraelencate hanno il sottolimito di € 1.000.000,00 per persona con la franchigia del 10% e con il minimo di € 2.500,00.

Denuncia e gestione del sinistro

Obblighi dell'Assicurato in caso di richiesta di risarcimento

L'Assicurato deve dare avviso scritto alla Società alla quale è assegnata la polizza entro 30 (trenta) giorni da quando hanno avuto conoscenza del sinistro.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Clausola Broker

La Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Broker - Marsh S.p.A. - incaricato in via esclusiva della gestione del presente contratto per tutta la sua durata. Tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente dal Broker.

MASSIMALI ASSICURATI

Massimale per sinistro	€ 5.000.000,00
– Con il limite per danni a persona	€ 5.000.000,00
– Con il limite per danni a cose	€ 5.000.000,00

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA

Oggetto del contratto

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie:

A) INFORTUNI

- Morte per infortunio;
- Invalidità permanente per infortunio;
- Danni subiti ai presidi ortopedici e di locomozione dei portatori di handicap;
- Diaria da ricovero per infortunio;
- Diaria da gessatura;
- Rimborso spese di cura.

B) MALATTIA

- Diaria da ricovero per malattia.

L'assicurazione è prestata per gli infortuni e le malattie che dovessero essere contratte dagli Assicurati in conseguenza dell'attività svolta dalla Contraente e dalle Associate, compresa la partecipazione a raduni, mostre, manifestazioni aventi carattere promozionale, ricreative, e formative connesse ai fini istituzionali dello stesso ente.

Sono altresì compresi gli infortuni che gli assicurati dovessero subire durante la permanenza nei locali della sede o avvenuti durante i lavori attinenti la conduzione e/o la manutenzione della stessa e i rischi in itinere.

L'assicurazione è prestata anche durante la partecipazione a tutte le attività e manifestazioni previste dallo Statuto regionale.

Sono inoltre comprese attività diverse da quelle previste dallo Statuto, purché vengano svolte in via del tutto occasionale.

Criteri generali di indennizzabilità

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio e indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.

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

Rischi compresi

Sono inoltre compresi:

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

Rischio volo

La garanzia vale per gli infortuni che l'assicurato subisce in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari e per quelli non regolari o di trasporto a domanda (voli charter) a condizione che non siano esercitati da società e/o aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.

Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. Qualora l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in uno Stato estero, a parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1912 del codice civile, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità.

Decorrenza della garanzia

La garanzia ha effetto:

- per gli infortuni: dalle ore 24 del giorno di decorrenza della polizza;
- per le malattie: dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto; dal 60° giorno successivo a quello di decorrenza per le malattie insorte prima della sottoscrizione del

contratto. Sono comunque escluse le conseguenze di infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della sottoscrizione del contratto.

Se il contratto è emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza con gli stessi assicurati, i termini sopraindicati decorrono:

- 1) dalla data di decorrenza della polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima previste;
- 2) dalla data di decorrenza del presente contratto, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme assicurate da essa previsti.

La norma vale anche per le variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Limite massimo di esborso per evento che colpisca più persone

Nel caso di infortunio che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a € 4.000.000,00.

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

Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone dipendenti da alcolismo, sostanze stupefacenti e allucinogeni o da qualunque altra sostanza ricondotta come tale. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali dipendenze riconducibili a quanto sopra riportato.

Rischi esclusi

Per quanto riguarda le garanzie infortuni e malattie, l'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- b) intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
- c) da guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'assicurato con patente di guida scaduta se rinnovata entro quarantacinque giorni dalla data del sinistro. Non si terrà conto di tale termine qualora l'infortunio comporti tempi di guarigione più lunghi;
- d) guida di autocarri e macchine operatrici e alla guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole e operatrici, di natanti a motore e velivoli ad esclusione di quanto previsto dall'art. "Rischio Volo" delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni e malattia;
- e) energia nucleare ed atomica, da contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche, H.I.V.;
- f) conseguenze di guerre ed atti di terrorismo,
- g) eventi catastrofali, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e incendi boschivi;
- h) attività sportiva.

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

- i) i ricoveri conseguenti a malattia, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
- j) day hospital con finalità diagnostiche;
- k) le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;
- l) i ricoveri per la cura della parodontite e le cure dentarie in genere;
- m) i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;
- n) tutto quanto riferito al Covid-19.

Deroghe alle esclusioni dell'assicurazione Infortuni e Malattia:

Alpinismo in genere

L'assicurazione è estesa agli infortuni che derivano dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce e accesso ai ghiacciai di qualsiasi grado (scala di Monaco), purché avvenga con accompagnamento di guida patentata.

Recupero e soccorso

L'assicurazione è estesa agli infortuni occorsi durante il recupero/soccorso di feriti/salme nello svolgimento dell'attività specifica della Contraente e delle Associate, purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura. Sono inoltre garantiti i volontari che prestano soccorso e recupero in crepacci, pozzi e similari nello svolgimento della loro attività volontaristica.

Immersioni subacquee

L'assicurazione è estesa agli infortuni che derivano da immersioni subacquee con uso di autorespiratore, a condizione che siano dovute allo svolgimento dell'attività specifica della Contraente e delle Associate e che l'assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata.

Guida motocarri, autofurgoni

La garanzia vale se l'assicurato è in possesso della prescritta e valida patente di abilitazione, durante la guida di autofurgoni e autocarri in genere, macchine agricole e macchine edili.

Eventi catastrofali

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dagli Assicurati causati da terremoto, inondazioni, allagamenti, maremoto, eventi catastrofali, ecc. durante lo svolgimento dell'attività di volontariato.

Contagio da H.I.V.

A parziale deroga della lettera d) dell'art.6 delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, l'assicurazione è estesa agli effetti di contagio da HIV, Epatite B e Epatite C conclamate e clinicamente accertate, contratte durante la validità dell'assicurazione.

Il capitale assicurato per morte e invalidità permanente è limitato a € 30.000,00 per ogni persona e un massimo di € 100.000,00 per più persone e per anno assicurativo. In caso di contagio provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile nei termini di polizza e comprovata da referto originale della prestazione di pronto soccorso o dalla cartella clinica del ricovero, la Società corrisponde un indennizzo fino ad un massimo di € 30.000,00. L'indennizzo non verrà riconosciuto per le persone affette da emofilia e tossicodipendenza nonché quelle già positive al momento del sinistro.

Resta comunque valido il fatto che, con la liquidazione dell'indennizzo, cessa la copertura assicurativa oggetto del presente contratto. La presente copertura è estesa anche al contagio provocato accidentalmente da uso di siringa. In tal caso, l'Assicurato che ritiene di essere contagiato a seguito di tale evento, deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, darne avviso a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento alla Società.

È fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare per raccomandata con avviso di ricevimento alla Società una relazione dettagliata dell'evento dannoso.

Entro 6 giorni dall'evento denunciato l'Assicurato deve sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus presso un centro specializzato. Nel caso l'Assicurato risulti positivo non verrà corrisposto l'indennizzo previsto e l'assicurazione si intende automaticamente cessata nei suoi confronti. Qualora invece i risultati di detti esami risultassero negativi, l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso Centro specializzato ad un successivo test immunologico entro i 180 giorni successivi.

Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima: l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'istituto di analisi prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.

La Società in caso di sieropositività accertata in occasione del secondo test immunologico, liquiderà l'indennizzo previsto pari a € 30.000,00. Con la liquidazione dell'indennizzo cessa la copertura assicurativa del presente contratto.

Denuncia e gestione del sinistro

Obbligo dell'assicurato in caso di sinistro

Entro trenta giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto alla Società per il tramite del Broker.

Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Si precisa che la Contraente e le Associate, nella persona del loro Legale Rappresentante/suo Delegato, devono attestare che il sinistro è avvenuto durante lo svolgimento dell'attività di volontariato e controfirmare la denuncia di sinistro presentata dal loro Aderente o, se impossibilitato, dai suoi familiari o eredi.

L'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. L'assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Clausola Broker

La Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Broker - Marsh S.p.A. - incaricato in via esclusiva della gestione del presente contratto per tutta la sua durata. Tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente dal Broker.

MORTE PER INFORTUNIO

Morte

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

Morte presunta

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

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

Cumulo dell'indennità

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

Spese di decesso dell'assicurato e/o rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'assicurato, anche all'estero, a seguito di infortunio e/o indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede a rimborsare agli eredi e/o all'ente assicurato le spese funerarie e/o di rientro della salma sostenute e documentate, fino ad un massimo di € 2.500,00 per sinistro.

INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Invalidità permanente da infortunio

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

Calcolo dell'indennizzo

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

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

Perdita totale, anatomica o funzionale di	Destro	Sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3del dito	1/3del dito
un piede	40%	40%
ambidue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	3%	
una falange dell'alluce	2,5%	
una falange di altro dito del piede	1%	
un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	
un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
un rene	20%	
la milza	10%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue le orecchie	40%	
perdita totale della voce	30%	
stenosi nasale bilaterale	15%	
esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento di vertebre dorsali	10%	
vertebre dorsali	7%	
12 ^a dorsale	12%	
cinque lombari	12%	
esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente	5%	

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

Criteri specifici d'indennizzabilità

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

Criteri particolari d'indennizzabilità

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

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

Massimo indennizzo per lesioni plurime

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

Franchigia sull'invalidità permanente

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

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

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

- 1) non si fa luogo a indennizzo quando l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale;
- 2) se l'invalidità permanente definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Per tutti gli assicurati, in caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 50% della totale, non si applicano le suddette franchigie e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata, mentre per le persone di età superiore agli 80 anni, se l'invalidità supera il 70% verrà liquidato il 100% del capitale assicurato.

Persone con disabilità – Invalidità permanente

Le garanzie sono estese ai volontari o soci con disabilità e precisamente:

- Sia ai soggetti con invalidità sensoriale, intellettiva o relazionale
- Sia ai soggetti con invalidità motoria.

A parziale modifica delle norme che regolano l'assicurazione, si intende abrogato il I° comma del disposto dell'art. "Criteri particolari di Indennizzabilità".

La Società pertanto corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente. Qualora l'evento indennizzabile a termini di polizza comporti il ricovero in un Istituto di Cura e/o l'utilizzo delle prestazioni previste nella garanzia "rimborso spese mediche", anche se l'assicurato è portatore di handicap con invalidità preesistente del 100%, verrà riconosciuto l'indennizzo senza alcuna esclusione o limitazione. Lo stesso principio verrà applicato anche per il caso morte.

Per quanto concerne l'Invalidità Permanente da Infortunio, la Società corrisponde l'indennizzo nelle seguenti modalità:

- Tutti i portatori di handicap che mantengono una funzionalità parziale degli arti e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. "Calcolo dell'indennizzo" delle norme che regolano l'assicurazione sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.
- Per tutti gli altri organi non menomati, le percentuali verranno applicate nella loro interezza.

Ai fini della validità della garanzia invalidità permanente da infortunio, deve essere presentato in occasione di sinistro la certificazione medica redatta dalle strutture sanitarie (ASL) con allegata tabella attestante tutte le invalidità preesistenti. Resta inteso che tutti gli indennizzi verranno decurtati della franchigia prevista in polizza.

Portatori di handicap – Mezzi meccanici

Per gli assicurati portatori di handicap, utilizzatori di carrozzine o di altri mezzi meccanici necessari per i propri spostamenti che dovessero subire danni a tali presidi a causa di incidenti fortuiti (dovuti anche ad imperizia e negligenza) verrà riconosciuto, a presentazione di fattura, un indennizzo massimo di € 2.500,00 per sinistro e per anno assicurativo. Si considerano "mezzi per invalidi" anche i dispositivi asserviti da motore elettrico e da tutti i necessari ausili (comprese le protesi), che siano necessari per lo svolgimento della normale vita di relazione. La garanzia in oggetto opera anche nel caso in cui le persone siano portatrici di handicap psichico.

Cumulo dell'indennità

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

Spese di decesso dell'assicurato e/o rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'assicurato, anche all'estero, a seguito di infortunio e/o indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede a rimborsare agli eredi e/o all'ente assicurato le spese funerarie e/o di rientro della salma sostenute e documentate, fino ad un massimo di € 2.500,00 per sinistro.

Portatori di handicap – Mezzi meccanici

Per gli assicurati portatori di handicap, utilizzatori di carrozzine o di altri mezzi meccanici necessari per i propri spostamenti che dovessero subire danni a tali presidi a causa di incidenti fortuiti (dovuti anche ad imperizia e negligenza) verrà riconosciuto, a presentazione di fattura, un indennizzo massimo di € 2.500,00 per sinistro e per anno assicurativo. Si considerano "mezzi per invalidi" anche i dispositivi asserviti da motore elettrico e da tutti i necessari ausili (comprese le protesi), che siano necessari per lo svolgimento della normale vita di relazione. La garanzia in oggetto opera anche nel caso in cui le persone siano portatrici di handicap psichico.

Decesso indipendente dall'infortunio

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

DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO E MALATTIA

Diaria da ricovero per infortunio indennizzabile a termini di polizza

La Società corrisponde, in caso di ricovero dell'assicurato per infortunio indennizzabile secondo i termini di polizza in un istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. La durata massima è di 100 (cento) giorni per evento e per anno assicurativo.

In caso di day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante per un'indennità pari al 50% dell'indennità prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia di 5 giorni.

Diaria da ricovero per malattia indennizzabile a termini di polizza

La Società corrisponde, in caso di ricovero per malattia indennizzabile a termini di polizza dell'assicurato in un istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. La durata massima è di 100 (cento) giorni per evento e per anno assicurativo. In caso di day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante per un'indennità pari al 50% dell'indennità prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia di 5 giorni.

DIARIA DA GESSATURA

Diaria da gessatura

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza comporta immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione, compresi i mezzi di osteosintesi, fissatori esterni, (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili), applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la Società corrisponde all'assicurato un'indennità pari a quella prevista per la diaria da ricovero per infortunio fino alla rimozione del mezzo di immobilizzazione e comunque per la durata massima di 40 (quaranta) giorni per evento e 90 per anno assicurativo. Viene riconosciuta la diaria per gessatura, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, anche per la frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per frattura completa della costola, purché radiologicamente accertate. Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali.

Per la frattura della costola verrà corrisposta l'indennità prevista in polizza per una durata forfettaria di venti giorni, per le altre fratture la durata forfettaria è pari a quaranta giorni. Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura, l'indennità da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno della dimissione.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia di 5 giorni.

RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO

Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza

La Società assicura fino alla concorrenza della somma assicurata il rimborso: degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle spese ospedaliere (accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio), delle terapie fisiche prestate presso centri specializzati e sempreché prescritte dal medico curante, delle spese farmaceutiche nonché delle rette di degenza conseguenti ad un evento considerabile come infortunio indennizzabile a termini di polizza.

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

Le spese fisioterapiche vengono indennizzate solo a seguito di intervento chirurgico.

La garanzia è altresì estesa al rimborso delle spese di trasporto dell'infortunato all'istituto di cura esclusivamente con mezzi di pronto soccorso anche aerei, fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari al 10% (dieci per cento) della somma prevista nella polizza sotto il presente titolo. Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili). La denuncia dell'infortunio, anche agli effetti del presente articolo, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste. In caso di ritardata denuncia non vengono rimborsate le spese relative al periodo anteriore al giorno della denuncia stessa.

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

SOMME ASSICURATE

– Morte	€ 300.000,00
– Invalidità Permanente	€ 300.000,00 Franchigia 3%
– Diaria per ricovero infortuni	€ 50,00 Franchigia 5 gg
– Diaria per ricovero malattia	€ 50,00 Franchigia 5 gg
– Diaria gesso ed altri presidi ortopedici	€ 50,00 Franchigia 5 gg
– Day Hospital	€ 25,00
– Rimborso spese sanitarie (Spese fisioterapiche solo a seguito di intervento chirurgico)	€ 7.500,00

Il presente documento non costituisce contratto e non impegna il broker o l'assicuratore, per i quali valgono le condizioni contrattuali sottoscritte tra le parti.