

POLIZZA INFORTUNI

Definizioni

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Apparecchio gessato:

mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in Istituto di cura.

Assicurato:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione:

il contratto di assicurazione.

Contraente:

la persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione.

Day Hospital:

la degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura.

Evento:

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

Franchigia:

l'importo prestabilito che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo (la franchigia può essere espressa in giorni o in percentuale).

Indennizzo:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio:

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

Istituto di cura:

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

Invalidità Permanente:

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

Polizza:

il documento che prova l'assicurazione.

Post-ricovero:

periodo di convalescenza successivo al ricovero.

Premio:

la somma dovuta alla Società.

Ricovero:

la degenza comportante pernottamento nell'Istituto di cura.

Rischio:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto:

percentuale della somma liquidabile a' termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

Sinistro:

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

Società:

La Carige Assicurazioni S.p.A.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

2. PAGAMENTO DEL PREMIO

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 C.C.

3. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

4. VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Nel caso di successione nella persona del Contraente o, qualora si tratti di Società, di fusione, semplice o per incorporazione della stessa o di sua messa in liquidazione, i successori o il Contraente devono comunicare, entro il termine di 15 giorni dal suo verificarsi, l'evento alla Società, alla quale è riconosciuta la facoltà di recedere dal contratto nei 30 giorni successivi, con efficacia decorrente dal 15° giorno successivo al ricevimento della comunicazione di recesso.

5. ALIENAZIONE DELL'AZIENDA

In caso di alienazione dell'azienda, il Contraente, fermo restando l'obbligo del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve darne comunicazione alla Società e comunicare altresì all'acquirente l'esistenza del contratto di assicurazione.

L'assicurazione, se il premio è pagato, continua a favore dell'acquirente per 30 giorni da quello dell'alienazione. Trascorso questo termine, l'assicurazione cessa se l'acquirente non ha dichiarato di voler subentrare nel contratto.

La Società, nei 30 giorni dalla dichiarazione dell'acquirente, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 giorni.

6. MUTAMENTI DI RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni mutamento del rischio. I mutamenti del rischio sono regolati dagli artt. 1896, 1897, 1898 del Codice Civile.

7. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso scritto alla Società con le modalità stabilite nell'Art. 1 Sezione 5 DENUNCIA DEI SINISTRI, della Convenzione, entro 30 giorni (lavorativi) da quando ne ha avuto conoscenza (art. 1913 c.c.).

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

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

8. DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro indennizzabile a' termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto, la Società può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni. In tale caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Anche il Contraente può recedere dal contratto nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro e il

sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto, con diritto al rimborso della parte del premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

9. PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per 365 giorni.

10. ONERI FISCALI

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

11. FORO COMPETENTE

Le parti stabiliscono espressamente, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 28 c.p.c. che per ogni controversia nascente dall'esecuzione o interpretazione del presente contratto o ad essa strettamente connessa, sarà territorialmente competente il Foro di Roma.

12. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

13. ININFLUENZA DEGLI OBBLIGHI ASSICURATIVI DI LEGGE

Ai fini della presente assicurazione è ininfluente qualsiasi obbligo dovesse derivare al Contraente da leggi vigenti o future.

"SEZIONE A" NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

1.1 E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente.

1.2 L'assicurazione vale, con le limitazioni di cui ai successivi punti 1.4, 1.5, e 1.6, per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività sportive, promozionali, ricreative e culturali organizzate dal C.U.S.I. o dai CUS costituiti presso ogni Sede Universitaria, in Italia o all'estero;
- durante la partecipazione agli allenamenti, prove, manifestazioni e trasferimenti necessari per la partecipazione alle competizioni svolte sotto l'egida del CUSI, dei CUS e delle Federazioni sportive nazionali in qualità di tesserati;
- di ogni altra attività effettuata all'interno degli impianti di proprietà, in gestione, comodato od uso di qualunque genere da parte del CUSI o dei CUS;

Sono compresi in garanzia anche:

- 1) gli infortuni subiti in conseguenza di aggressioni per motivi sportivi: la garanzia è altresì estesa agli eventi occorsi in occasione di tumulti popolari od aggressioni per motivi politici o sindacali, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- 2) le conseguenze di strappi e sforzi muscolari, le ernie traumatiche, nonché le rotture sottocutanee tendinee e muscolari, distaccamenti di retina ed ernie discali vertebrali;

1.3 Sono inoltre compresi anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento, la folgorazione;
- e) i colpi di sole, di calore e/o freddo;

- f) le lesioni determinate da sforzo, esclusi gli infarti, le ernie; sono invece comprese le ernie di origine traumatica;
- g) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza, nonché gli infortuni determinati da vertigini, malore o stato di incoscienza, purché non dovuti a condizione qualificatamente patologica e purché non cagionati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, sostanze stupefacenti, allucinogeni;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e colpa grave;
- i) gli infortuni subiti in occasione di legittima difesa o atti di solidarietà;
- j) le morsicature, le punture e le ustioni da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza.
- k) rotture tendinee sottocutanee.

1.4 RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

1. dall'uso anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
2. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore solo se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia al momento del sinistro i requisiti per il rinnovo;
3. dall'uso o guida di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri e simili), e di mezzi subacquei;
4. dalla pratica professionale di sport del paracadutismo o e/o degli sport aerei in genere, compreso il parapendio;
5. da ubriachezza alla guida di mezzi di locomozione, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
6. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
7. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
8. da guerra, insurrezioni;
9. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
10. direttamente o indirettamente da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di ogni genere;
11. le infezioni del virus H.I.V. anche se derivanti da infortunio.

1.5 LIMITI DI ETÀ

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

1.6 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal testo H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita o dalle seguenti infermità mentali:

- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco - depressive o stati paranoici.

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

1.7 EFFETTO E CESSAZIONE DELLA GARANZIA NEI CONFRONTI DEI SINGOLI ASSICURATI.

La copertura assicurativa è operante dalle ore 24:00 del giorno di adesione alla Convenzione, per un massimo di 365 giorni e comunque non oltre il 31/08 dell'annualità sportiva riportata sulla tessera.

ANCHE LE NORME CHE SEGUONO PARTECIPANO ALLA DEFINIZIONE DELL'OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E DEL RISCHIO ASSICURATO

1. Denuncia dell'infortunio e oneri relativi

Fermo quanto previsto dall'art. 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione Infortuni, la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere

corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati che devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

2. Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per l'invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggiore pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dal successivo art. 4 della presente Sezione.

L'indennizzo viene corrisposto in Italia e in Euro.

3. Morte

3.1. 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'infortunio.

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

3.3. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte — se superiore — e quello già pagato per invalidità permanente.

4. Invalidità Permanente

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Estratto della tabella delle valutazioni del grado di invalidità

	Percentuali	
	<i>Destro</i>	<i>Sinistro</i>
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente Compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	

Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza Limitazione del movimento del braccio	5	
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	

Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo Superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	

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

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

5. Modalità di valutazione del danno - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ai sensi dell'art. 1.6 delle Norme che Regolano l'Assicurazione Infortuni, sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle Condizioni di Polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legate, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

6. Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza

Il pagamento sull'indennizzo si effettua:

in caso di morte: non oltre 30 giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili;

in caso di invalidità permanente: non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito al grado di invalidità;

Tuttavia, quando, un anno dopo l'infortunio, lo stato di salute dell'assicurato non possa essere considerato come definitivo, il grado di invalidità permanente è fissato in via provvisoria e, nel caso di mancato accordo fra le parti, si provvede in base alla media aritmetica dei tassi proposti dalle parti.

Al termine del primo anno l'Assicurato potrà pertanto chiedere il pagamento, a titolo di anticipo sul pagamento definitivo, di un terzo dell'indennità che spetterebbe in base alle modalità indicate al capoverso precedente.

Si provvede analogamente al termine del secondo anno, nel caso non sia ancora possibile considerare come definitivo il grado di invalidità permanente.

7. Premio anticipato e regolazione premio

Il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo.

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

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 30 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per l'Impresa di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti; se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i

chiarimenti e le documentazioni necessari (quali il libro paga prescritto dall'art. 20 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, il registro delle fatture o quello dei corrispettivi).

8. Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

"SEZIONE "B" CONDIZIONI PARTICOLARI E PATTUZIONI SPECIALI

a. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore di tutti gli associati che hanno aderito alla presente convenzione mediante il tesseramento CUSI.

b. SOMME MASSIME ASSICURATE PER PERSONA:

Caso Morte	Invalità Permanente	Diaria ricovero da infortunio	Rimborso spese mediche da infortunio
€80.000,00	€80.000,00	€35,00	€3.000,00

c. FRANCHIGIA

La liquidazione degli infortuni con postumi di invalidità permanente verrà fatta con le seguenti modalità: Non si farà luogo ad indennizzo per invalidità di grado non superiore al 5% della totale. Se l'invalidità permanente supera il 5% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.

d. RINUNCIA DICHIARAZIONE INFERMITA' PREGRESSE

Il Contraente è esonerato dal denunciare infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, restando espressamente confermati i criteri stabiliti dal Art. 2 Criteri di indennizzabilità.

e. RINUNCIA DICHIARAZIONE ALTRE ASSICURAZIONI

L'assicurato è esonerato dall'obbligo di denuncia di altre assicurazioni.

f. CALAMITÀ NATURALI

Il limite massimo di risarcimento per infortunio causato dai suddetti eventi che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza non potrà essere complessivamente superiore ad EURO 2.000.000,00.

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero l'importo sopraindicato, le indennità spettanti saranno proporzionalmente ridotte.

g. ERNIE DA SFORZO

L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie da sforzo con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni, semprechè in polizza sia prevista un'indennità per l'inabilità temporanea;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 5 della SEZIONE A - Modalità di valutazione del danno.

h. ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, incagliamento, sommersione, naufragio, atterraggio e ammaraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte ed invalidità permanente anche in quei 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.

i. TENDINE DI ACHILLE

Qualora la rottura traumatica del tendine di Achille sia influenzata da una situazione degenerata del tendine stesso, la Società, derogando ai criteri di indennizzabilità liquiderà un indennizzo corrispondente ad una invalidità permanente del 1%.

j. ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art.1891 Cod. Civ.

PATTUZIONI SPECIALI

DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzabile ai sensi della presente polizza, la Società corrisponderà all'Assicurato una diaria giornaliera stabilita per ciascun giorno di ricovero in ospedale c/o casa di cura **per un periodo massimo di giorni 90 (novanta).**

RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato in polizza per la garanzia "Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio", le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette degenza, onorari; medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali);
- b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- c) per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
- d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e) per analisi ed accertamenti:
 - diagnostici strumentali anche specialistici quali, ad esempio:
 - TAC (tomografia assiale computerizzata) - ecografia — doppler holter — scintigrafia risonanza magnetica nucleare;
 - diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici;
 - diagnostici radiologici - radioscopie - radiografie - stratigrafie - angiografie;
- f) per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
- g) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- h) per trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso.

La presente garanzia viene prestata con uno scoperto del 10% e con un minimo di Euro 150,00 a carico dell'Assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.

Si precisa che si intendono escluse le spese relative a terapie fisiche anche specialistiche e fisioterapiche in genere e, relativamente ai ricoveri, ogni spesa che abbia carattere di assistenza non sanitaria, quale frigo-bar, televisione, ecc.

Modalità di liquidazione delle spese.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei

dati giustificativi, debitamente quietanzati (conti dell'ospedale o clinica, notule dei professionisti, ecc.)
A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione. Il rimborso delle spese è condizionato alla presentazione da parte del Contraente di apposita domanda corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventuale cartella clinica) entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro 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 sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

PATTUZIONI SPECIALI VALIDE ED OPERANTI ESCLUSIVAMENTE PER I POSSESSORI DI GARANZIA INTEGRATIVA

Le garanzie connesse alle tessere BASE possono essere ampliate all'atto dell'acquisto della tessera o nel corso della stagione sportiva.

GARANZIE INTEGRATIVE - SOMME MASSIME ASSICURATE PER PERSONA:

Capitale assicurato per Invalidità Permanente e Rimborso spese a seguito di infortunio, in aggiunta a quanto prestato della garanzia base.

Invalidità Permanente	Diaria per applicazione Apparecchi di contenzione	Rimborso spese a seguito di infortunio
€ 80.000,00	€ 30,00	€ 3.000,00

FRANCHIGIA

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

5% sul capitale assicurato

Pertanto sul capitale assicurato per Invalidità Permanente pari od inferiore al 5%, non è dovuto alcun indennizzo; per Invalidità Permanente superiore al 5%, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il 5%;

Per gli Assicurati titolari di tessera con garanzia integrativa saranno operanti anche le seguenti condizioni assicurative:

DIARIA PER APPLICAZIONE APPARECCHI DI CONTENZIONE

Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato abbia riportato: "frattura" o lesione capsulo-legamentosa trattata chirurgicamente e gli sia stato applicato apparecchio di contenzione (apparecchio gessato, bendaggio rigido, fissatori esterni, tutori di contenzione), anche senza ricovero;

- "distorsione grave" per la quale a seguito di referto di pronto soccorso, si sia resa necessaria l'applicazione di apparecchio di contenzione la cui applicazione o rimozione possa essere effettuata esclusivamente da personale sanitario, anche senza ricovero (apparecchio gessato, bendaggio rigido, con esclusione di tutori), la Società corrisponde la "Diaria per apparecchi di contenzione" assicurata in polizza.

Tale indennità viene corrisposta fino alla rimozione dell'apparecchio e comunque per un massimo di 40 giorni, sempreché l'Assicurato si sia trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle proprie abituali occupazioni e non è cumulabile con l'indennità da ricovero da infortunio.

Il diritto all'indennità decorre:

- in caso di ricovero, dal giorno successivo al ricovero fino a quello della dimissione dall'Istituto di cura;
- se non vi è stato ricovero, dal giorno successivo a quello dell'applicazione dell'apparecchio di contenzione. L'erogazione della indennità avrà luogo previa presentazione alla Società della certificazione in originale indicante il giorno di applicazione dell'apparecchio, quello della dimissione dell'Istituto di cure e quelle della rimozione.

RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato in polizza per la garanzia "Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio", le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- a. per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia - chiroterapia - chinesiterapia - trazioni vertebrali - ultrasuoni - marconiterapia massoterapia;
- b. per cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortunio denunciato;

La presente garanzia viene prestata con uno scoperto del 10% e con un minimo di Euro 250,00 a carico dell'Assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relative allo stesso infortunio.

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DELLE SPESE.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, conti dell'ospedale o clinica ecc.).

A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.

Il rimborso delle spese è condizionato alla presentazione da parte del Contraente di apposita domanda, corredata dai documenti giustificativi e della certificazione medica (ivi compresa eventuale cartella clinica) entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui sono terminate le cure mediche.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro 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.