

CAUSE DI INASSICURABILITÀ

Ai sensi dell'art. 2.4 delle Condizioni di Polizza contenute nei retroindicati stampati, richiamati tra gli "allegati modelli", non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive.

Il Contraente dichiara di essere consapevole che le suddette affezioni sono causa di:

- Inassicurabilità se presenti attualmente;
- Cessazione automatica dell'assicurazione contestualmente al loro manifestarsi in corso di contratto.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Indicare le altre assicurazioni, aventi per oggetto rischi analoghi a quelli previsti nella presente polizza, in corso con la infrascritta Società, con altre, con Enti (escluso INAIL) e per quali somme assicurate (in caso di risposta negativa indicare nessuna)

Nessuna

Il sottoscritto dichiara di conoscere, di accettare e di aver ricevuto le Condizioni di Polizza contenute nei retroindicati stampati e appendici di polizza, richiamati tra gli "allegati modelli".

Generali Italia S.p.A.

Il Contraente

A.C.S.I.
Associazione di Cultura, Sport e Tempo Libero

Il Contraente dichiara altresì di aver ricevuto prima della sottoscrizione del contratto il Fascicolo informativo contenente la Nota informativa, comprensiva del glossario e le Condizioni di assicurazione.

Il Contraente

A.C.S.I.
Associazione di Cultura, Sport e Tempo Libero

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle condizioni generali di assicurazione:

- Art. 4.3 - Variazione della persona del Contraente
- Art. 6.2 - Foro competente
- Art. 6.4 - Altre assicurazioni
- Art. 6.5 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 6.6 - Proroga dell'assicurazione

Il Contraente
A.C.S.I.
Associazione di Cultura, Sport e Tempo Libero

Il pagamento dell'importo, dovuto alla firma della presente polizza di euro _____ è stato effettuato a mani del sottoscritto oggi, alle ore _____ in _____ il _____.

Agente o esattore

Appendice a polizza n° 370752060 Agenzia GENOVA Cod. 904 DQContraente A. C. S. I.**MOD. I92 - ASSICURAZIONE IN BASE AL NUMERO**

L'assicurazione si intende prestata sulla base di:

01 N° 1500 Persone PER LA CATEGORIA Tesserati Sportivi ACSI

Ciascuna persona s'intende assicurata per:

- euro **80.000,00** in caso di invalidità permanente da infortunio
- euro **80.000,00** in caso di morte
- euro **1.000,00** per la garanzia Rimborso spese sanitarie

*Ambito di operatività: **COMPLETEA*****CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI**

I113	I123	I138	I139						

Il premio per la sopraindicata categoria, conteggiato in base al premio unitario annuo sotto indicato, viene anticipato in via provvisoria dal Contraente sulla base del numero iniziale di **PERSONE ASSICURATE APPARTENENTI ALLA CATEGORIA STESSA.**

Il premio annuo finito per **PERSONA** è di euro (comprensivo di imposta).

CLAUSOLE SPECIALI per la polizza n° 370752060

Le seguenti clausole s'intendono operanti solo se i relativi codici sono presenti in polizza o nelle relative appendici alla voce "codici di clausole speciali".

I113 Assicurazione in base al numero del personale assicurato o ad altre forme di indicazione non nominativa delle persone assicurate***Operante in relazione all'appendice mod. I92 e/o I94***

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate. Tali persone dovranno essere in condizioni di assicurabilità a norma dell'art. 2.4 delle presenti condizioni di polizza. *Per l'identificazione delle medesime si fa riferimento ai libri di amministrazione del Contraente ed agli altri registri per le assicurazioni sociali, documenti che il Contraente stesso si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli salvo il caso di personale non iscritto ai libri predetti per il quale, ai fini della efficacia della garanzia, il Contraente è obbligato a comunicare le generalità a mezzo lettera raccomandata da inoltrarsi all'Agenzia assegnataria del contratto con l'intesa che la garanzia decorrerà dalle ore 24 della data del timbro postale.*

Per tale forma assicurata il Contraente è inoltre esonerato:

- dall'obbligo di denunciare le infermità da cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'art. 5.2 "Criteri di indennizzabilità";
- dall'obbligo della denuncia preventiva di altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 6.4 delle presenti condizioni di polizza, *fermo restando l'obbligo di dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia dell'infortunio. Permane invece l'obbligo per il Contraente di denunciare le altre eventuali assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza.*

I119 Abrogazione tacito rinnovo

A deroga di quanto stabilito nell'art. 6.6 "Proroga dell'assicurazione", resta convenuto che il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza.

I123 Regolazione del premio

Entro il 60° giorno successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società:

- *(per ciascuna categoria assicurata in base al numero di persone con appendice mod. I92) il numero delle persone alle proprie dipendenze presenti all'ultimo giorno di ogni mese del periodo considerato. La Società effettuerà la regolazione del premio definitivo prendendo come base la media delle suddette presenze che si ottiene dividendo per 12 il numero complessivo degli Assicurati risultante, per ciascuna categoria, alla fine di ogni mese.*

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro i 30 giorni successivi

alla data di comunicazione al Contraente/Assicurato.

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

L'eventuale invio da parte della Società di avvisi di scadenza dei predetti obblighi non può in alcun caso essere invocata come deroga alla puntuale osservanza degli stessi.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti e/o il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia cui si riferisce la regolazione resta sospesa dalle ore 24:00 del giorno in cui scade uno degli adempimenti di regolazione sopra indicati e fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai propri obblighi, ai sensi dell'art. 1901 Cod. Civ., salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente per ottenere quanto spettante o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto. Inoltre la Società ha il diritto di trattenere in acconto l'eventuale premio anticipato in via provvisoria per le rate successive all'annualità assicurativa cui si riferisce la mancata regolazione o il mancato pagamento della differenza attiva.

Per i sinistri verificatisi e denunciati nel periodo cui si riferisce la mancata regolazione, l'indennizzo dovuto è ridotto, in base alla regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Cod. Civ., tenuto conto del rapporto tra il premio anticipato in via provvisoria e la differenza attiva di regolazione dovuta.

Qualora però il Contraente non fornisca i dati occorrenti per la regolazione, resta ferma la sospensione della garanzia di cui all'art. 1901 del Cod. Civ. e la Società non è tenuta a corrispondere alcun indennizzo anche con riguardo al periodo al quale si riferisce la mancata regolazione, oltre che per quelli verificatisi successivamente. La garanzia resta altresì sospesa, ai sensi dell'art. 1901 del Cod. Civ., per i sinistri verificatisi successivamente alla comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione, qualora il Contraente non paghi la relativa regolazione e fino alle ore 24:00 del giorno di detto pagamento.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie ed in particolare ad esibire, se necessario, il libro unico del lavoro.

Qualora siano riscontrate inesattezze o reticenze, da parte del Contraente, nelle comunicazioni dei dati necessari per la regolazione, si applicheranno gli artt. 1892 e 1893 Cod. Civ. per i sinistri verificatisi e denunciati nel periodo al quale si riferisce la regolazione.

Resta inteso che, in nessun caso, la somma dovuta a titolo di premio minimo annuo potrà essere inferiore a euro 3.487,49 (comprensivi di imposta).

1138 Indennità giornaliera da ingessatura

Qualora in caso di infortunio all'Assicurato venga applicato apparecchio gessato, la Società liquida un'indennità giornaliera nella misura di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente con il limite giornaliero di euro 60,00 e per un periodo massimo di 40 giorni fino alla rimozione dell'apparecchio gessato, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate.

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo dovuto, da imputarsi nella liquidazione definitiva dello stesso, su presentazione dei documenti che attestino e giustifichino

l'applicazione di apparecchi gessati fermi i limiti suddetti.

Detta indennità non si cumula con quella eventualmente prevista per "Indennità giornaliera da ricovero per infortunio" per il tempo di ricovero in istituto di cura.

I139 Rimborso spese sanitarie

In caso di infortunio la Società rimborsa fino a concorrenza della somma assicurata in polizza le spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio per:

- onorari dei chirurghi o dell'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trasporto dell'Assicurato in istituto di cura in caso di ricovero e rientro al domicilio effettuato con autoambulanza;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata, previa applicazione per ciascun evento dell'eventuale scoperto / franchigia indicato in polizza, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo dovuto, da imputarsi nella liquidazione definitiva dello stesso, qualora l'Assicurato abbia subito un ricovero e abbia sostenuto delle spese documentate per un importo non inferiore a euro 1.000,00. *In tal caso l'Assicurato dovrà presentare, oltre alla documentazione delle spese, certificazione dell'istituto di cura che attesti la data ed il motivo del ricovero nonché il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.* L'anticipo viene corrisposto nei limiti suddetti, salvo conguaglio a cura ultimata.

Mod. X005 - ATTO DI DICHIARAZIONE N. 00

DENOMINAZIONE GENOVA

COD. 904 DQ

POLIZZA N. 370752060

MODELLO I45

CONTRAENTE A. C. S. I.

DATA EMISSIONE 29/11/2017

RISCHIO SPORTIVO PROPEDEUTICA E/O AVVIAMENTO ALL'EQUITAZIONE
COPERTURA INFORTUNI "RISCHIO ATTIVITA' LUDICO SPORTIVA, PROPEDEUTICA E/O AVVIAMENTO
ALL' EQUITAZIONE"

FRA LA

ASS. DI CULTURA SPORT E TEMPO LIBERO

E LA

GENERALI ITALIA SPA

CAPITALI PRESTATI PER ASSOCIATO RISCHIO SPORTIVO "GARANZIA BASE"

Morte euro 80.000,00

Invalidità permanente euro 80.000,00 (condizioni come da art. 7 del presente allegato)

Rimborso Spese Sanitarie euro 1.000,00 (condizioni come da art. 8 del presente allegato)

Diaria da gesso euro 10,00 (condizioni come da art. 9 del presente allegato)

DEFINIZIONI

Per < Assicurazione > : il contratto di assicurazione ;

Per < Polizza > : il documento che prova l'assicurazione ;

Per < Contraente > : il soggetto che stipula l'assicurazione ;

Per < Assicurato > : il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ;

Per < Società > : l'Impresa Assicuratrice ;

Per < Premio > : la somma dovuta dal Contraente alla Società ;

Per < Sinistro > : il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione ;

Per < Indennizzo > : la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro ;

Per < Attività Sportiva > : quella avente per oggetto un'attività riconosciuta a livello di Federazione dal CONI e quella Istituzionale dell'ACSI nella sua qualità di Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal Coni.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE1) **Persone assicurate:** la garanzia è prestata a favore dei tesserati sportivi ACSI

iscritti anche per il tramite delle singole Associazioni Sportive affiliate , registrati negli appositi elenchi depositati presso la Contraente , secondo le modalità stabilite dallo stesso Ente con apposite norme interne e conosciute agli Assicurati.

2) Norme Interne e validità della garanzia: sono assicurati gli iscritti all'ACSI e/o alle società sportive affiliate inserite negli appositi elenchi depositati presso la Contraente, ESCLUSIVAMENTE PER LA DISCIPLINA SPORTIVA "IPPICA" E/O EQUESTRI. Le Associazioni Sportive affiliate all'ACSI, inseriscono negli appositi elenchi gli iscritti che, aderendo alle polizze obbligatorie pagano all'ENTE oltre la tessera una quota assicurativa. Gli elenchi vengono trasmessi dalle singole Associazioni affiliate alla ACSI Nazionale. Per la validità della garanzia per i singoli assicurati valgono gli elenchi depositati presso l'ACSI Nazionale.

3) Oggetto dell'Assicurazione:

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che gli assicurati subiscono nell'ambito dell'attività ludico-sportiva, propedeutica e/o avviamento all'equitazione.

Tale garanzia è valida a condizione che gli associati subiscano l'infortunio mentre cavalcano i cavalli di proprietà dell'associazione e/o circolo e/o centro ippico iscritto alla Contraente, sia all'interno del maneggio sia all'esterno del maneggio (passeggiate a cavallo) , purché sotto la sorveglianza di almeno un istruttore dell'Associazione Sportiva o di persona dalla stessa incaricata.

Si richiama altresì quanto indicato nel Decreto del 3 novembre 2010, in Gazzetta Ufficiale 20 dicembre 2010 n. 296, attuativo della Legge 27 dicembre 2002 . 289, e successive modificazioni e integrazioni, che ha introdotto l'Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti, nonché il Decreto Ministeriale del 06/10/2011 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 28 del 03/02/2012, che regola l'assicurazione obbligatoria per i diversamente abili che svolgono attività sportiva e non.

4) Limiti di età: L'assicurazione opera senza limiti di età a condizione che le attività di cui all'art 3 siano svolte nelle occasioni e circostanze previste dai regolamenti sportivi e dai calendari o da accordi dei soggetti obbligati, purché definiti in data certa antecedente all'evento che ha generato l'infortunio.

5) Esonero denuncia di infermità: Criteri di indennizzabilità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati da denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire.

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse

possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze dirette e quindi non indennizzabili.

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

6) **Esonero denuncia altre assicurazioni:** Si da atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con le altre Società per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione, ad eccezion fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

CONDIZIONI PARTICOLARI

7) **Invalidità Permanente:** a integrale modifica dell'art. 3.1 delle CGA, l'articolo si intende sostituito come segue:

se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida un indennizzo calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri tabellari previsti

dal Dlgs. 3 Novembre 2010, che forma parte integrante del presente contratto, riportata nella presente polizza come allegato A).

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

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

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

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

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

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

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

La somma Assicurata per invalidità permanente da infortunio è soggetta ad una franchigia assoluta del 6%.

Pertanto la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 6% della totale; se invece l'invalidità è superiore al o 6% della totale ,la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

8)Rimborso Spese Sanitarie: a integrale modifica della Clausola Speciale I 139, l'articolo si intende sostituito come segue:

in caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza fino a concorrenza della somma pattuita le spese documentate rimaste a carico dell'Assicurato per:

Ricovero in Istituto di Cura Pubblico o Privato

Intervento chirurgico anche ambulatoriale

Ticket sanitari derivanti da ricovero, con o senza intervento chirurgico

Applicazioni di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione

Presidi ortopedici, limitatamente alla prima applicazione di corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi ,protesi e tutori di funzione degli arti superiori, inferiori e del tronco; protesi oculari escluso occhiali.

La presente garanzia viene prestata previa applicazione di una franchigia fissa di Euro 150,00.

9)Diaria da gesso infortunio: a integrale modifica della Clausola Speciale I 138, l'articolo si intende sostituito come segue :

la Società corrisponde una diaria giornaliera, pari alla somma pattuita in polizza, per un massimo di 30 giorni per sinistro a seguito di infortunio garantito a termini di polizza.

L'indennità oggetto della presente garanzia sarà corrisposta dietro presentazione alla Società di idonea documentazione medica attestante l'applicazione di gessatura, tensoplast o apparecchi protesici, fissi o rimovibili da personale specializzato medico o paramedico.

Tale documentazione sarà comprensiva, tra l'altro, di certificati medici attestanti le date di applicazione e di rimozione, in modo da poter calcolare il numero di giorni per i quali l'Assicurato ha maturato il diritto alla diaria medesima.

La presente garanzia viene prestata previa applicazione di una franchigia fissa di 10 GIORNI per sinistro.

10) Perdita dell'anno scolastico:

qualora a seguito di evento coperto dalla presente polizza che, a motivo delle entità delle lesioni, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, all'Assicurato verrà corrisposto un indennizzo incrementato del

20%.

11) Prestazioni aggiuntive valide fino al compimento del 14° anno di età:

al soggetto assicurato che non abbia compiuto il quattordicesimo anno d'età alla data dell'infortunio sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito, con il massimo del capitale riportato in polizza alla voce Rimborsamento Spese Sanitarie;

12) Beneficio speciale in caso di morte dell'Assicurato genitore:

se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un'Assicurato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, sarà raddoppiata. La presente garanzia vale solo se l'Assicurato ha scelto la garanzia integrativa .

Ai figli minorenni sono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente pari o superiore al 50%.

13) Decesso a seguito di conseguenza indiretta dell'infortunio.

Per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purchè avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva - indetta dalla Federazione Nazionale o a cui partecipi la Società Sportiva previa approvazione da parte della federazione di appartenenza per la quale il soggetto assicurato risulti tesserato iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa, la prestazione assicurata è dovuta anche se il decesso sia una conseguenza indiretta dell'infortunio.

14) Pagamento del premio ed effetto delle garanzie:

A parziale modifica dell'art. 6.3 - Norme Contrattuali Comuni delle CGA, la garanzia assicurativa ha inizio dal momento del tesseramento che coincide con il pagamento del premio da parte del soggetto assicurato per il tramite dell'associazione sportiva e cessa alle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo alla data di scadenza del tesseramento. Il pagamento del premio da parte dei soggetti assicurati è condizione di efficacia del tesseramento ed in caso di infortunio dell'assicurato, l'assicuratore provvede ad erogare la prestazione assicurativa anche in mancanza del versamento del premio da parte del soggetto obbligato, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti di quest'ultimo per l'intero importo indennizzato.

A parziale deroga di quanto sopra indicato le parti convengono che l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31.12.2017 anche nel caso in cui la prima rata di premio (rata di perfezionamento) non sia stata pagata. Per il pagamento di tale rata è concesso il termine di rispetto di 60 (sessanta) giorni. Trascorso tale termine senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'Assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24 del giorno in cui il pagamento del premio comprensivo verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

Per il pagamento del premio delle rate successive è concesso il termine di rispetto di 30 (trenta) giorni

15) Clausola Broker:

alla Società di Brokeraggio B&S Italia Spa ufficio di Genova è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione, in qualità di broker dell'A.C.S.I. - ai sensi della legge 28.11.84 n°792.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato.

Per quanto non espressamente regolato dalle presenti condizioni particolari valgono le Condizioni Generali di Assicurazione.

16) Regolazione del premio:

Poiché il premio è calcolato in base a elementi variabili, esso viene anticipato in via provvisoria ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o dalla minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio, fermo l'eventuale premio minimo stabilito.

A tale scopo entro centoventi giorni (120 giorni) dalla fine di ogni periodo di assicurazione o del minore periodo di durata del contratto, il Contraente deve comunicare alla Compagnia per iscritto i dati necessari affinché la stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo, Le differenze attive o passive, risultanti dalla regolazione premio devono essere pagate nei 60 giorni successivi alla comunicazione da parte della Compagnia dell'importo del premio di regolazione attraverso l'emissione dell'apposita quietanza/appendice.

Sul numero di tesserati eccedenti le 1.500 unità, verrà applicato un premio lordo di regolazione pari a euro lorde per persona.

17) Calcolo del premio:

Il premio annuo di assicurazione si intende pari a euro lordi ed è stato calcolato in base alla dichiarazione dell'Assicurato che il numero delle persone assicurate oggetto di garanzia (tesserati, volontari, allievi e associati) al momento del perfezionamento della polizza del presente contratto è 1.500 soggetti che praticano attività sportiva e/o di volontariato di Protezione Civile.

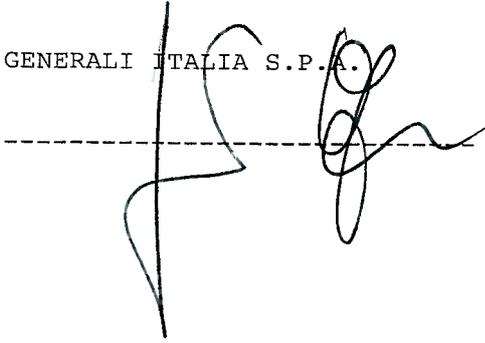
Il costo annuo per capite è di euro

Tale premio è da considerarsi premio minimo di polizza.

Alla scadenza annuale di ogni periodo assicurativo, il Contraente è tenuto a comunicare il numero degli iscritti raggiunto onde permettere alla Compagnia di effettuare la regolazione premio, nel rispetto dei tempi e modalità di cui all'art. 17 " regolazione premio" di polizza. Per quanto non espressamente regolato dalle presenti

condizioni particolari valgono le Condizioni Generali di Assicurazione.

GENERALI ITALIA S.P.A.



Il Contraente
A.C.S.I.
Associazione di Cultura, Sport e Tempo Libero



Il presente atto di Dichiarazione si compone di n. 7 pagine.

Generali Italia S.p.A.



Contraente/Assicurato

A.C.S.I.
Associazione di Cultura, Sport e Tempo Libero



ALLEGATO A

Digs. del 3 novembre 2010 - Estrapolato della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

LESIONI APPARATO SCHELETRICO CRANIO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	7,00%
FRATTURA SFENOIDE	5,00%
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALA TINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	3,00%
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	4,00%
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	7,00%
FRATTURA ETMOIDE	3,00%
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	2,00%
FRATTURA OSSA NASALI	2,50%
FRATTURA MANDIBOLARE (PER LATO)	4,00%
LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA	5,00%
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	8,00%
COLONNA VERTEBRALE TRATTO CERVICALE	
TIPOLOGIA DI LESIONE PERC.	PERC.
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	6,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA	8,00%
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) IVERTEBRA	10,00%
TRATTO DORSALE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4,00%
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	8,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSALI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%
TRATTO LOMBARE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	8,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSALI FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSALI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%
OSSO SACRO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	4,00%
COCCIGI	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	4,00%
BACINO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	3,00%

FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	6,00%
TORACE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	4,00%
FRATTURA STERNO	2,00%
FRATTURA DI UNA COSTA (COMPOSTA)	0,50%
FRATTURA DI UNA COSTA (SCOMPOSTA)	1,50%
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	3,00%
PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA	6,00%
PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA	10,00%
ARTO SUPERIORE (DX o Sn) BRACCIO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	3,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	6,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	6,00%
AVAMBRACCIO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	2,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	4,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	4,00%
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	2,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	4,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	4,00%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	4,00%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	5,00%
POLSO E MANO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA SCAFOIDE	5,00%
FRATTURA SEMILUNARE	3,00%
FRATTURA PIRAMIDALE	2,00%
FRATTURA PISIFORME	1,00%
FRATTURA TRAPEZIO	2,00%
FRATTURA TRAPEZOIDE	2,00%
FRATTURA CAPITATO	2,00%
FRATTURA UNCINATO	2,00%
FRATTURA I° METACARPALE	6,00%
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	3,00%
SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	4,00%
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
POLLICE	4,00%
INDICE	3,00%

MEDIO	3,00%
ANULARE	2,00%
MIGNOLO	3,00%
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
POLLICE	3,00%
INDICE	2,50%
MEDIO	2,00%
ANULARE	1,00%
MIGNOLO	2,00%
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
INDICE	2,00%
MEDIO	1,00%
ANULARE	1,00%
MIGNOLO	2,00%
ARTO INFERIORE (DX o Sx) - FRATTURA FEMORE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
DIAFISARIA	6,00%
EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico)	10,00%
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	10,00%
FRATTURA ROTULA	4,00%
ARTO INFERIORE (DX o Sx) - FRATTURA TIBIA	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
DIAFISARIA 3,00%	3,00%
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	5,00%
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	5,00%
ARTO INFERIORE (DX o Sx) - FRATTURA PERONE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
DIAFISARIA	2,00%
ESTREMITA' SUPERIORE (capitello o faccetta articolare tibiale)	3,00%
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	4,00%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	5,00%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	6,00%
PIEDE - TARSO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA ASTRAGALO	6,00%
FRATTURA CALCAGNO	7,00%
FRATTURA SCAFOIDE	3,00%
FRATTURA CUSOIDE	4,00%
FRATTURA CUNEIFORME	1,00%
PIEDE - METATARSI	

TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA I° METATARSALE	4,00%
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	2,00%
PIEDE - FALANGI	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA ALLUCE (I° o II° Falange)	2,50%
FRATTURA I° o II° o III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	1,00%
LESIONI DENTARIE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	0,70%
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	0,20%
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	0,50%
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	1,00%
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	0,50%
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	0,75%
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	1,50%
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)	1,00%
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	0,25%
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	0,50%
LESIONI PARTICOLARI	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	8,00%
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	10,00%
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	15,00%
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	10,00%
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	40,00%
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) -non cumulabile-	20,00%
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileocecale) -non cumulabile-	40,00%
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' DEL RETTO -non cumulabile-	15,00%
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	40,00%
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	60,00%
COLECISTECTOMIA -non cumulabile-	5,00%
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	4,00%
SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	6,00%
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	10,00%
PORTATORE ASINTOMATICO ANTICORPO POSMVO (HIV+)	4,00%
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE - non cumulabile-	50,00%
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	3,00%
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	5,00%
LOBECTOMIA POLMONARE	15,00%
PNEUMONECTOMIA	30,00%
PROTESI SU AORTA TORACICA	20,00%
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	15,00%
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	35,00%

CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	25,00%
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	100,00%
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	12,00%
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	50,00%
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	30,00%
CORDECTOMIA	15,00%
EMILARINGECTOMIA	25,00%
LARINGECTOMIA	50,00%
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	70,00%
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	8,00%
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	15,00%
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima-trattata/e chirurgicamente-)	8,00%
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	4,00%
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	20,00%
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	25,00%
PATELLECTOMIA TOTALE	10,00%
PATELLECTOMIA PARZIALE	4,00%
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	5,00%
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	25,00%
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	30,00%
ISTERECTOMIA (non cumulabile)	20,00%
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	30,00%
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	5,00%
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (documentate fotograficamente)	30,00%
PTOSI PALPEBRALE	5,00%
EVIRAZIONE COMPLETA	45,00%
PERDITA DEL PENE	35,00%
IMPOSSIBILITA' ALL'EREZIONE	25,00%
CASTRAZIONE	25,00%
LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	9,00%
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	5,00%
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	7,00%
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) - valore massimo per ogni dito	3,00%
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) - non cumulabile-	6,00%
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	4,00%
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	7,00%
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	5,00%
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	3,00%
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	6,00%
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	5,00%
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente) - valore massimo per ogni dito-	2,50%
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	10,00%

LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	2,00%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	1,00%
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	5,00%
LESIONE DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente) -non cumulabili tra loro-	8,00%
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	2,50%
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	2,50%
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	6,00%
LUSSAZIONE ULNO CARPICA	3,00%
LUSSAZIONE ROTULA	3,00%
LUSSAZIONE TIBIO TARSICA	6,00%
LUSSAZIONE VERTEBRALE	5,00%
AMPUTAZIONI - ARTO SUPERIORE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	80,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	70,00%
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	65,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	52,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	58,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	56,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	50,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	44,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	45,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	42,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	47,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	38,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	43,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	40,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	32,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	37,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	30,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	35,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	35,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	28,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	33,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	24,00%
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	22,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	27,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	18,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	23,00%
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	20,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	20,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	14,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	10,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	7,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	12,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	13,00%

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	5,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	3,50%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	2,50%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	4,50%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	10,00%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	8,00%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	6,00%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	9,00%
AMPUTAZIONI - ARTO INFERIORE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	70,00%
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	65,00%
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	65,00%
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	50,00%
PERDITA DI UN PIEDE	45,00%
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	27,00%
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	100,00%
PERDITA DELL'ALLUCE	6,00%
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	3,00%
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	1,00%
LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (Permanenti- Stabilizzati)	
ARTO SUPERIORE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	60,00%
SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE ERB C5-D1	45,00%
SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE KLUMPKE	45,00%
PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE	18,00%
PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE	35,00%
PARALISI BASSA NERVO RADIALE	25,00%
PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO	40,00%
PARALISI COMPLETA NERVO ULNA	25,00%
PARALISI BASSA NERVO ULNARE	20,00%
LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (Permanenti- Stabilizzati)	
ARTO INFERIORE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARE D12-L4	35,00%
PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE	30,00%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	45,00%
PARALISI BASSA NERVO SCIATICO	38,00%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	20,00%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	22,00%
LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE	
PERC.	PERC.
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SPORADICHE	15,00%

EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SETTIMANALI	30,00%
PARAPARESI CON DEFICIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITA' DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	40,00%
MONOPARESI DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITA' AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	40,00%
MONOPARESI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	35,00%
USTIONI - CAPO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	3,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DELL'11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	10,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 16-25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	14,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	18,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	5,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 30% SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	10,00%
USTIONI - ARTI SUPERIORI E INFERIORI	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	5,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	10,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 31-50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	15,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DI OLTRE IL 50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	20,00%

Generali Italia S.p.A.

ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Contratto di Assicurazione

Assicurazione Infortuni cumulativa aziendale

Contraente: **A. C. S. I.**

Polizza n°: **370752060**



Pagina lasciata intenzionalmente bianca

ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato

La persona per la quale è prestata l'assicurazione.

Atto terroristico

Un atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.

Beneficiario

La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato.

Contraente

La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.

Professionale

Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali principali ed accessorie dichiarate.

Extraprofessionale

Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari e domestiche, il tempo libero, la pratica di hobby ed in generale qualsiasi manifestazione della vita quotidiana.

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

Completa

Come indicato in Appendice alla voce "Ambito di operatività", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca sia nei casi previsti per l'ambito di operatività dell'assicurazione "Professionale" che in quelli previsti per l'ambito di operatività "Extraprofessionale".

Day Hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
Invalidità Permanente	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. <i>Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.</i>
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1

Ambito di operatività dell'assicurazione	Per ciascuna categoria o persona assicurata l'assicurazione è operante per l'ambito di operatività indicato: <ul style="list-style-type: none">• nella relativa Appendice alla voce "Ambito di operatività"; oppure <ul style="list-style-type: none">• nell'atto dichiarativo mod. X005 richiamato in polizza alla voce "Allegati modelli".
---	--

Art. 1.2

Estensione territoriale	L'assicurazione vale in tutto il mondo.
--------------------------------	---

2. PRECISAZIONI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1

Precisazioni sull'ambito di operatività

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) l'assideramento e il congelamento;
- c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita, *restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;*
- d) l'asfissia per fuga di gas o vapori;
- e) l'annegamento;
- f) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o atto terroristico nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva (a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile);
- g) le conseguenze delle infezioni dovute ad infortunio indennizzabile a termini di polizza nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, *esclusa comunque la malaria;*
- h) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Sono altresì compresi dalla presente assicurazione:

colpa grave - gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile);

servizio militare - gli infortuni avvenuti durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso e i richiami per esercitazioni, *con esclusione degli infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi;*

eventi speciali - gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;

pratica sportiva - gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport *con esclusione di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera (free climbing), canoa fluviale oltre il 3° grado, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, sci o snow-board estremi, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere.*

Art. 2.2

Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) *gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;*
- b) *gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 3 mesi; l'assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del sinistro stesso;*
- c) *gli infortuni causati dall'uso di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc.), salvo quanto previsto dal successivo art. 4.1 "Rischio volo", nonché di mezzi subacquei;*
- d) *gli infortuni derivanti da:*
 - *partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura, nonché a regate veliche svolte in mari diversi dal Mar Mediterraneo;*
 - *partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, sci, snow-board, ciclismo, sport equestri e hockey (nelle sue varie forme), pattinaggio, se organizzate da Federazioni Sportive;*
- e) *gli infortuni avvenuti in occasione di guerra ed insurrezione;*
- f) *gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;*
- g) *gli infortuni causati da operazioni chirurgiche o da trattamenti non resi necessari da infortunio;*
- h) *le ernie, gli infarti e le rotture sottocutanee di tendini;*
- i) *le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- j) *le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra.*

Art. 2.3**Limite
per evento
catastrofale**

In caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 6.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con l'infrascritta Società.

Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 2.4**Person
escluse dalla
assicurazione –
Person
non assicurabili**

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

Non sono altresì assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidei, forme maniaco-depressive.

3. GARANZIE PRESTATE

Art. 3.1**Invalità
Permanente:
l'accertamento
del grado**

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in relazione al grado di invalidità accertato secondo la tabella di cui al successivo articolo.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di limitazione della funzionalità, le percentuali di cui al successivo articolo vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui al successivo articolo, la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata tenendo conto, con

riguardo alle percentuali dei casi indicati, della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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

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

Il deficit visivo va valutato quale risulta con correzione tollerata. Qualora permanga un residuo deficit visivo verrà corrisposta una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Art. 3.2

Invalidità Permanente: tabella di determinazione

L'accertamento del grado di invalidità permanente avverrà in base alle seguenti percentuali:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	DX	SX
• 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%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi:		
• della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia	70%	
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	

• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio della gamba	50%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
• un piede	40%
• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%
• un altro dito del piede	1%
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi:	
• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• della tibio-tarsica con anchilosi della sottoastragalica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%
Sordità completa:	
• di un orecchio	10%
• di entrambi gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
• monolaterale	4%
• bilaterale	10%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12 ^a dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica:	
• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Art. 3.3

Invalità Permanente: la determinazione dell'indennizzo

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale la percentuale corrispondente al grado di invalidità, accertato secondo i criteri indicati nell'Appendice richiamata in polizza alla voce "Allegati modelli".

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Art. 3.4

Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o, in alternativa, ai beneficiari appositamente designati.

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma prevista per il caso di morte.

La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

4. CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 4.1

Rischio volo

A parziale deroga dell'art. 2.2 "Esclusioni" – lett. c), la garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento, trasporto privato aziendale (*Industrial Aid*) e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- *su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto*

privato aziendale (Industrial Aid) e dal trasporto pubblico di passeggeri;

- *su aeromobili di aeroclubs;*
- *su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, per esempio, deltaplani, ultraleggeri, parapendio).*

Comunque, la somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore non potrà superare le somme di:

- *euro 6.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;*
- *euro 6.000.000,00 per il caso di morte;*
- *euro 6.000,00 per il caso di inabilità temporanea, se assicurata la prestazione;*

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

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

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

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

Art. 4.2

Variazioni di rischio

Qualora nel corso del contratto si verificchino variazioni di rischio il Contraente o l'Assicurato deve darne immediata comunicazione alla Società.

Se la variazione implica aggravamento di rischio o rende impossibile la delimitazione del rischio assicurato col presente contratto al punto che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto di recedere dal contratto, in conformità all'art. 1898 Codice Civile.

Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione, in conformità all'art. 1897 Codice Civile.

Art.4.3

Variazioni della persona del Contraente

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

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

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il

contratto continua con la società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, od aventi causa, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei 30 giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

Art. 4.4

Variazioni delle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione.

Le variazioni del personale assicurato devono essere comunicate alla Società restando inteso che:

- *se le variazioni comportano un aumento del premio, la Società ne prende atto con appendice e il Contraente è obbligato al pagamento del relativo premio entro 15 giorni dalla ricezione dell'appendice stessa;*
- *la cessazione dei singoli Assicurati, che comunque deve essere adeguatamente documentata, non seguita da sostituzione dà luogo ad una corrispondente riduzione di premio a partire dalla prima scadenza annuale successiva.*

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1

Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, sino a guarigione avvenuta.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

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

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 5.2

Criteri di indennizzabilità

La Società liquida l'indennizzo convenuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di polizza.

indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o soprarrenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

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

Art. 5.3**Anticipo
indennizzi**

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo per la garanzia "Invalidità Permanente da infortunio", qualora l'accertamento definitivo sia rinviato per accordo delle Parti ad oltre 2 anni dal giorno dell'infortunio, a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio, fino al 50% del presumibile indennizzo definitivo, con il massimo di euro 50.000,00.

Art. 5.4**Controversie –
Arbitrato irrituale**

In caso di controversie di natura medica sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o, se assicurata la prestazione, sul grado e durata dell'inabilità temporanea nonché sulla applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'art. 5.2, le Parti hanno facoltà di conferire per iscritto 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 dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

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

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

È data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso; in tal caso

il collegio può disporre la concessione di un anticipo secondo quanto stabilito dal precedente art. 5.3 "Anticipo indennizzi".

Art. 5.5

Liquidazione Ricevuta la documentazione attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.
L'indennizzo viene corrisposto in Italia nella valuta avente corso legale in Italia.

Art. 5.6

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

6. NORME GENERALI

Art. 6.1

Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato – Forma delle comunicazioni La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.
Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente e/o l'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma o telefax.

Art. 6.2

Foreo competente Per le azioni riguardanti l'esecuzione del presente contratto e per ogni controversia diversa da quelle previste dal precedente art. 5.4, foro competente a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede legale del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.
Per le controversie relative al contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al I comma (artt. 4 e 5 D.Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98).

Art. 6.3

Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione – Periodo di assicurazione – Mezzi di pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dal giorno e ora indicati in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; 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 trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

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

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite P.O.S., per i pagamenti che avvengono in agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario su ccp dedicato (*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (addebito diretto SEPA (SDD));
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.

(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo RID, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

Art. 6.4

Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso alla Società della stipulazione o dell'esistenza per il medesimo rischio di altre assicurazioni presso la Società stessa o altri assicuratori. La Società, entro 30 giorni dall'avviso, può escludere dall'assicurazione detto rischio o recedere dal contratto, con preavviso, in entrambi i

casi, di almeno 15 giorni.

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

Tuttavia, l'Assicurato è esonerato dall'obbligo della denuncia preventiva di tali coperture assicurative che avesse in corso quando ne risulti automaticamente titolare in qualità di intestatario di carte di credito o di conti correnti bancari.

Dere, tuttavia, dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia dell'infortunio.

Art. 6.5

Recesso in caso di sinistro

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

La Società potrà avvalersi della facoltà di recesso esclusivamente per sinistri relativi alle garanzie Infortuni. In tale caso, previa richiesta dell'Assicurato, la Società si impegna alla prosecuzione dell'assicurazione per le eventuali garanzie Malattie mediante sostituzione del contratto per la residua durata ed alle condizioni in vigore al momento del recesso.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 6.6

Proroga dell'assicurazione

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

Art. 6.7

Tutela della Privacy (D.Lgs. 196/2003)

Premesso che per dare esecuzione al presente contratto la Società tratta dati personali, comuni e sensibili, relativi agli Assicurati, per consentire alla stessa – ai sensi del D.Lgs. 196/2003 – di effettuare tali trattamenti, i soggetti legittimati a presentare la denuncia di danno sono tenuti ad utilizzare esclusivamente il modulo di denuncia allegato al presente contratto nel quale è riportata l'informativa ex art. 13 dello stesso decreto, con richiesta di consenso al trattamento dei dati.

In ogni caso, qualora il Contraente comunichi alla Società i nominativi degli Assicurati, antecedentemente al verificarsi dei sinistri, allo scopo di consentire alla Società l'allestimento – anche per il tramite di soggetti di cui questa si avvalga in qualità di incaricati, responsabili o di autonomi titolari – dei servizi necessari all'esecuzione del presente contratto, il medesimo è tenuto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, a portare gli Assicurati a conoscenza dell'Informativa privacy allegata al contratto stesso.

Art. 6.8

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

Art. 6.9

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

Art. 6.10

Obblighi del Contraente – Accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte *Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:*

- *il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.*
- *gli Assicurati hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.*

Il contraente si impegna a fornire all'Impresa di assicurazioni nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale (se presente) degli assicurati al momento dell'entrata in copertura.

L'impresa di assicurazioni avrà il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente sarà tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi⁽¹⁾ (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi⁽²⁾, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa⁽³⁾.

Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero⁽⁴⁾. I Suoi dati non saranno diffusi. Senza i Suoi dati - alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge - non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 della Società: *Privacy, Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - privacy.it@generali.com*.

Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Già premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

Luogo e Data_____
Nome e cognome (leggibile)_____
Firma**NOTE:**

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. I dati potranno essere raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque) o acquisiti da altri soggetti (contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale).
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

Allegato mod. APTRAC

*Esemplare per il Contraente*Polizza N.: 370752060 Agenzia: GENOVA Cod.: 904Contraente: A. C. S. I.**DICHIARAZIONE DI ESCLUSIONE DAGLI OBBLIGHI DI TRACCIABILITÀ**

Il Contraente dichiara che non è soggetto agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

Data 29/11/2017**Generali Italia S.p.A.****Il Contraente**

A.C.S.I.
Associazione di Cultura, Sport e Tempo Libero