

POLIZZA INFORTUNI

La presente polizza N°**157256218**
è stipulata tra

CLUB ALPINO ITALIANO
Via Petrella 19
20124 MILANO
C.F. 80067550154
P.IVA 03654880156

e

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.
Via Stalingrado 45
40128 Bologna
C.F. e P.I. 00818570012

CIG 7133860780

Decorrenza	Ore 24:00 del 31.12.2017
Scadenza	Ore 24:00 del 31.12.2020 S.T.F

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 2.031.454.951,73 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 100006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Sommario

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI	5
SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE.....	7
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	7
Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori	7
Art. 3 - Durata del contratto	7
Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	7
Art. 5 - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010.....	7
Art. 6 - Regolazione del premio	8
Art. 7 - Recesso a seguito di sinistro - Rinuncia.....	8
Art. 8 - Modifiche dell'assicurazione	8
Art. 9 - Gestione del Contratto	8
Art. 10 - Oneri fiscali	8
Art. 11 - Foro competente.....	9
Art. 12 - Interpretazione del contratto	9
Art. 13 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto	9
Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio.....	9
Art. 15 - Associazione Temporanea di Imprese (<i>operante se del caso</i>)	9
Art. 16 - Rinvio alle norme di legge	10
Art. 17 - Partecipazione agli utili.....	10
Art. 18 - Disposizione finale.....	10
SEZIONE 3 COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI SOCI, TITOLATI E QUALIFICATI SEZIONALI.	11
SEZIONE 3.1 RISCHI COPERTI.....	11
Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione.....	11
Art. 2 - Rimborso spese mediche e farmaceutiche	11
Art. 3 - Rischio aeronautico	12
SEZIONE 3.2 ESCLUSIONI	12
Art. 4 - Esclusioni.....	12
Art. 5 - Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili	13
Art. 6 - Limiti di età.....	13
Art. 7 - Limiti territoriali.....	13
Art. 8 - Limiti di indennizzo.....	13
SEZIONE 3.3 GESTIONE DEI SINISTRI	13
Art. 9 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi.....	13
Art. 10 - Criteri di indennizzabilità.....	14
Art. 11 - Prestazioni	14

Art. 12. – Franchigia Relativa	15
Art. 13 – Controversie.....	16
Art. 14 – Liquidazione dell'indennità.....	16
Art. 15 - Rinuncia all'azione di surroga.....	16
SEZIONE 3.4 CATEGORIE ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO.....	17
Art. 16 – Categorie, copertura, capitali assicurati, premio anticipato, modalità di applicazione della regolazione	17
SEZIONE 4 INFORTUNI VOLONTARI C.N.S.A.S.	23
SEZIONE 4.1 RISCHI COPERTI.....	23
Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione.....	23
Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche	23
SEZIONE 4.2 ESCLUSIONI	24
Art. 3 – Esclusioni.....	24
Art. 4 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili.....	24
Art. 5 - Limiti di età.....	24
Art. 6 - Limiti territoriali.....	24
Art. 7 – Limiti di indennizzo.....	24
SEZIONE 4.3 GESTIONE DEI SINISTRI	25
Art. 8 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi.....	25
Art. 9 – Criteri di indennizzabilità.....	25
Art. 10 - Prestazioni.....	25
Art. 11 – Controversie.....	27
Art. 12 – Liquidazione dell'indennità.....	27
Art. 13 - Rinuncia all'azione di surroga.....	27
SEZIONE 4.4 SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO	28
Art. 14 – Soggetti assicurati, copertura, capitali assicurati, premio anticipato, modalità di applicazione della regolazione	28
SEZIONE 5 SOCCORSO ALPINO SOCI.....	31
SEZIONE 5.1 RISCHI COPERTI.....	31
Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione.....	31
Art. 2 – Definizione delle persone assicurate e decorrenza delle garanzie	31
Art. 3 – Limiti della garanzia	31
Art. 4 – Massimali Assicurati	31
Art. 5 - Diaria da ricovero.....	32
SEZIONE 5.2 ESCLUSIONI	32
Art. 6 – Esclusioni.....	32
Art. 7 - Limiti di età.....	32
Art. 8 - Limiti territoriali.....	32
SEZIONE 5.3 GESTIONE DEI SINISTRI	32
Art. 9 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi.....	32
SEZIONE 5.4 CALCOLO DEL PREMIO.....	33
Art. 10 – Premio anticipato	33

SEZIONE 6	SOCCORSO SPEDIZIONI EXTRAEUROPEE.....	34
SEZIONE 6.1	RISCHI COPERTI.....	34
	Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione.....	34
	Art. 2 - Trasporto sanitario, ricerca e trasporto salme, ricerca e trasporto in pericolo di vita (intendendosi sempre operante la garanzia ricerca e trasporto qualora l'assicurato sia in pericolo di vita)	34
	Art. 3 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche	34
	Art. 4 - Spese per spedizione di soccorso e ricerca con partenza dall'Italia	35
	Art. 5 – Segnalazione dei nominativi assicurati – comunicazione per l'operatività della garanzia	35
SEZIONE 6.2	ESCLUSIONI	35
	Art. 6 – Esclusioni.....	35
	Art. 7 - Limiti di età.....	35
	Art. 8 - Limiti territoriali.....	35
SEZIONE 6.3	GESTIONE DEI SINISTRI	36
	Art. 9 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi.....	36
	Art. 10 – Arbitrato in caso di sinistro.....	36
	Art. 11 – Rinuncia rivalsa.....	36
SEZIONE 6.4	CALCOLO DEL PREMIO.....	36
	Art. 12 – Premio anticipato	36

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI	Il CAI CLUB ALPINO ITALIANO Sede Centrale, intendendosi per tale: la "(...) libera associazione nazionale, "che" ha per iscopo l'alpinismo in ogni sua manifestazione, la conoscenza e lo studio delle montagne, specialmente di quelle italiane, e la difesa del loro ambiente naturale" (art. 1 - Costituzione e finalità dello Statuto).
Assicurato	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società	L'impresa assicuratrice e, in caso di ATI le eventuali mandanti
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente (assoluta o parziale) e/o una inabilità temporanea.
Invalità permanente	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale per sinistro	La massima esposizione della Società per sinistro.
CNSAS	Il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (C.N.S.A.S.) – operante anche in coordinamento con il Servizio sanitario nazionale e il Servizio nazionale della protezione civile – Sezione nazionale del Club alpino italiano dotata di caratteristiche peculiari, riconosciute da

	specifiche leggi dello Stato, di proprio specifico ordinamento e di ampia autonomia organizzativa, funzionale e patrimoniale.
--	---

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ., si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che tale mancata o inesatta comunicazione sia avvenuta in buona fede. Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio sempre che tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischio diverse da quanto garantito dal presente contratto.

La Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

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

In caso di sinistro, l'Assicurato deve però comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il sinistro a tutti gli Assicuratori indicandone a ciascuno gli estremi. In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art. 1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute. In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 3 - Durata del contratto

Il contratto ha durata di anni 3 (tre), con effetto alle ore 24:00 del 31.12.2017 e scadenza alle ore 24:00 del 31.12.2020 e cesserà irrevocabilmente alla scadenza di detto periodo.

E' facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 30 giorni successivi al medesimo. Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della decorrenza sopra riportata per il premio iniziale o per le scadenze successive, e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il pagamento del premio annuo è effettuato con frazionamento semestrale, con rate al 31/12 e al 30/06 di ogni anno.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società dà atto che:

1. l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
2. il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 Cod. Civ. nei confronti della Società stessa.

Art. 5 - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010

La Società assicuratrice, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i..

La società assicuratrice è obbligata a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) comunicato dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 6 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza all'interno delle singole Sezioni 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.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 7 - Recesso a seguito di sinistro - Rinuncia

La Società rinuncia al diritto di recedere dall'assicurazione dopo ciascun sinistro.

La Società rinuncia di recedere dal contratto alla scadenza del 31/12/2018 e del 31/12/2019.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione a parte del Contraente e conseguente riduzione del premio.

Art. 8 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza devono essere provate per iscritto.

Art. 9 – Gestione del Contratto

Il contratto, compreso il pagamento dei premi, è gestito direttamente dal Contraente, e tutte le comunicazioni riguardanti lo stesso dovranno essere effettuate mediante posta certificata o posta elettronica.

Art. 10 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, 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 sia stato anticipato dalla Società.

Art. 11 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 12 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 13 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri come di seguito indicato su formato elettronico modificabile Microsoft Excel ® (o altro analogo formato con le medesime caratteristiche purché compatibile con i sistemi in uso presso il Contraente):

- a) sinistri denunciati
- b) tipologia di lesione
- c) sinistri riservati, con indicazione dell'importo a riserva
- d) sinistri liquidati, con indicazione dell'importo, specificando almeno:
 - Importo indennizzo capitale morte o IP
 - Importo Spese mediche o altre garanzie
- e) sinistri respinti
- f) categoria di assicurati
- g) nr. sinistro assegnato dalla Società Assicuratrice.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di accadimento del sinistro denunciato, di data di eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Le informazioni di cui sopra devono essere fornite dalla Società al Contraente con cadenza trimestrale.

È facoltà del Contraente richiedere, ed obbligo della Società fornire, lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora il Contraente lo richieda, anche con riferimento alle motivazioni delle reiezioni. In caso di inadempimento di una qualsiasi delle obbligazioni assunte ai sensi del presente articolo, il Contraente potrà diffidare la Società ad adempiere entro un termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, il Contraente potrà comunicare alla Società la risoluzione di diritto del contratto ai sensi dell'art. 1454 del Cod.Civ., senza che la Società inadempiente possa avanzare alcuna pretesa.

Il contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile a decorrere dal decimo giorno successivo alla data di ricezione, da parte della Società, della comunicazione con cui il Contraente dichiara che intende valersi della presente clausola risolutiva espressa. In ogni caso, resta salvo il diritto del Contraente al risarcimento dei danni subiti.

Art. 15 – Associazione Temporanea di Imprese (operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza é effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

- Compagnia ... Società mandataria
- Compagnia ... Società mandante
- Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Mandataria per conto comune.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea impresa costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 Cod.Civ., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.

Art. 16 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 17 – Partecipazione agli utili

E' convenuto che, trascorsi 8 (otto) mesi dalla scadenza finale del presente contratto (ore 24:00 del 31/12/2020 salvo recesso anticipato di una delle parti o proroga tecnica di cui all'Art.3 Sezione 2 - Norme che regolano il contratto in generale), la Società procederà, nei termini che seguono, al calcolo dell'importo eventualmente riconoscibile a favore del Contraente a titolo di partecipazione al buon andamento del contratto per il periodo di competenza (ore 24,00 del 31/12/2017 – ore 24:00 del 31/12/2020 salvo recesso anticipato di una delle parti o proroga tecnica di cui all'Art. 3 Sezione 2 - Norme che regolano il contratto in generale)

- a) Premi di competenza (premi versati comprensivi di eventuali premi di regolazione), al netto delle imposte
- b) Importo complessivo degli indennizzi dato dalla somma tra quanto pagato e quanto posto a riserva (escluse le spese) per i sinistri avvenuti nel periodo di riferimento ed aggiornata al termine dell'ottavo mese successivo alla scadenza finale del contratto
- c) Oneri gestionali (tra cui gli oneri di gestione amministrativa del contratto e dei sinistri, , ecc. ecc.) ed utile atteso dalla Società pari al 30% dell'importo sub a)
- d) Totale esborso per sinistri ed oneri gestionali (b + c)
- e) Riferimento di partecipazione (a – d)
- f) Quota a favore del Contraente (50 % di e)

Qualora il risultato della Polizza evidenzi un saldo attivo per la Società come sopra calcolato (sub e), la quota a favore del Contraente verrà riconosciuta, attraverso emissione di apposita Appendice di rimborso di Premio imponibile che verrà emessa entro 10 mesi dalla scadenza finale del contratto). L'eventuale importo a favore del Contraente verrà corrisposto entro 30 giorni dalla data dell'emissione dell'appendice corretta di cui sopra.

Per i dati richiesti alle precedenti lett. a) e b) costituirà base di calcolo unicamente la presente polizza; non saranno pertanto presi in considerazione i dati afferenti le Coperture integrative per i Soci.

Art. 18 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

SEZIONE 3.1 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale. L'assicurazione vale altresì per tutte le garanzie di cui agli articoli della presente sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
3. contatto con corrosivi;
4. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
5. l'annegamento;
6. l'assideramento o congelamento;
7. la folgorazione;
8. i colpi di sole o di calore o di freddo;
9. le ernie traumatiche e le ernie addominali determinate da sforzi muscolari (esclusi gli infarti) aventi carattere traumatico;
10. gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
11. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
12. gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
13. gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
14. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
15. gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
16. gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi (in deroga a quanto previsto dall'art 1900 Cod.Civ.);
17. gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, cadute sassi, frane, smottamenti, valanghe, slavine, con il limite di indennizzo per evento di € 4.000.000,00 (a parziale deroga di quanto previsto dall'art 1912 Cod.Civ.);
18. gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia, infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche

In presenza di un infortunio indennizzabile dalla Società ai sensi della presente polizza, a valere per tutte le categorie assicurate, la Società assicura fino alla concorrenza della somma assicurata a tale titolo nella scheda di conteggio del premio, il rimborso delle spese rese necessarie da infortunio e sostenute per:

- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici);
- onorari dei medici (compresi gli odontoiatri), nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- acquisto e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici, comprese le protesi dentarie;
- cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) fino all'importo del massimale assicurato, ma con il limite temporale di 360 gg. dalla data dell'evento o dalla dimissione dall'Istituto di cura;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'Istituto di cura o all'ambulatorio fino al 10% del massimale assicurato.

La garanzia è prestata con una franchigia di € 200,00 che resta comunque a carico dell'Assicurato.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato o ai Suoi eredi su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero verrà eseguito in Italia con il cambio in Euro.

La Società rimborsa all'Assicurato le spese non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale, inclusi ticket, e da lui sostenute per le prestazioni suindicate.

Viene altresì previsto, in aggiunta alla somma assicurata di cui al presente articolo, il rimborso agli eredi delle spese per l'eventuale assistenza di uno psicologo in caso di decesso, fino alla concorrenza di Euro 3.000,00 per ogni socio deceduto a seguito di evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Art. 3 – Rischio aeronautico

La garanzia è operante sia per la presente Sezione che per la Sezione 4 Infortuni Volontari C.N.S.A.S.

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- € 2.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 2.000.000,00 per il caso morte
- € 200,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta per persona e di:
 - € 15.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
 - € 15.000.000,00 per il caso di morte
 - € 5.000,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti. Sono equiparati agli "Infortuni Aeronautici" anche gli infortuni derivanti da dirottamenti, sabotaggi, atti di pirateria ed attentati.

SEZIONE 3.2 ESCLUSIONI

Art. 4 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

1. abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni;
2. guida di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio);
3. atti e/o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
4. trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
5. operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
6. partecipazione, anche come passeggero, a gare, competizioni e relative prove di veicoli a motore e di natanti a motore in genere;
7. contaminazione biologica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
8. malaria, malattie tropicali e carbonchio;
9. AIDS, sieropositività H.I.V.

Sono altresì escluse le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:

- qualora l'ernia risulti operabile, sarà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni ove previsto in polizza;

- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposto solamente un indennizzo 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. 13 Controversie - Arbitrato irrituale.

Art. 5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da epilessia, alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) 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 o, nel caso di sieropositività al test H.I.V., nel momento in cui questa viene diagnosticata.

Art. 6 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 85 anni. Tuttavia, per le persone di età superiore ai 85 anni la garanzia è comunque operante con le seguenti limitazioni: MORTE – il capitale Assicurato viene ridotto del 25%; INVALIDITA' PERMANENTE - si intende pattuita una franchigia fissa del 10%. Pertanto la Società non corrisponde alcun indennizzo qualora l'Invalidità permanente non sia di grado superiore al 10% e se la stessa supera detta percentuale, liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Art. 7 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero, con inclusione delle zone inesplorate e desertiche.

L'accertamento e la liquidazione degli eventuali postumi di Invalidità permanente verranno effettuati soltanto al rientro dell'Assicurato in Italia.

Art. 8 – Limiti di indennizzo

Nel caso di sinistro che coinvolge nello stesso evento più persone assicurate l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo di € 50.000.000,00. Sono fatti salvi i limiti previsti rispettivamente all'art. 1 punto 17 della sezione 3.1 e all'art. 3 della sezione 3.1.

Verificandosi una eccedenza oltre il limite, l'indennità spettante a ciascuna persona infortunata od all'avente diritto viene proporzionalmente ridotta.

SEZIONE 3.3 GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 9 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata, entro 60 giorni, alla Società dall'Assicurato (o dai suoi aventi causa) o dal Contraente, tramite posta, fax, email o altra modalità concordata tra la Società ed il Contraente.

Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere inviata alla Società entro 15 (quindici) giorni dal fatto.

La denuncia deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire alla Società e suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta. L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono acconsentire alle visite dei medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire alla Società un dettagliato certificato medico sull'infortunio; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare alla Società, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescritte dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

Art. 10 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio stesso; 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 invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 11 – Prestazioni

a) MORTE

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.

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

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli aventi diritto l'importo liquidato o offerto.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno dalla scomparsa a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché a seguito di mancato ritorno da una escursione/ascensione, senza il recupero dei corpi delle vittime, si darà luogo al pagamento delle somme assicurate con la presente polizza, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

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

c) INVALIDITA' PERMANENTE - introduzione tabella INAIL

Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

Invalidità Permanente Parziale

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano) in base alle seguenti percentuali della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato:

	destro		sinistro
per la perdita totale di un arto superiore	70%		60%
per la perdita della mano o dell'avambraccio	60%		50%
per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%		60%
per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%		50%
per la perdita di un piede	40%		40%
per la perdita del pollice	18%		16%
per la perdita dell'indice	14%		12%
per la perdita del mignolo	12%		10%
per la perdita del medio	8%		6%
per la perdita dell'anulare	8%		6%
per la perdita di un alluce		5%	
per la perdita di ogni altro dito del piede		3%	
per la sordità completa di un orecchio		10%	
per la sordità completa di ambedue le orecchie		40%	
per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio		25%	

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita 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 tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

d) DIARIA DA RICOVERO – solo per Titolari, Qualificati sezionali e Soci in attività personale

In caso di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto verrà corrisposta per un periodo non superiore a 180 giorni, un'indennità fissa nella misura indicata in polizza per ogni giorno di effettiva degenza.

Agli effetti del computo dell'indennità dovuta il primo e l'ultimo giorno di degenza si considerano come giorno unico.

L'assicurazione è prestata con una franchigia fissa di 1 giorno e pertanto il pagamento dell'indennità decorrerà dal 2° giorno di ricovero.

Art. 12. – Franchigia Relativa

Relativamente alla garanzia INVALIDITA' PERMANENTE, a parziale deroga dell'Art. precedente si precisa che il capitale assicurato è soggetto alle seguenti franchigie:

- la Società non corrisponderà alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale.

- Se l'invalidità permanente supera il 5% ma non il 20% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente il 5%.
- Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale, l'indennità verrà corrisposta integralmente senza applicazione di franchigia.

Art. 13 – Controversie

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

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. E' 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 dei 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 errore, dolo, violenza o violazione dei 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 14 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

Art. 15 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competerle per l'art.1916 Cod. Civ. verso i responsabili dell'infortunio.

Art. 16 – Categorie, copertura, capitali assicurati, premio anticipato, modalità di applicazione della regolazione

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito elencate e per le garanzie e capitali specifici per la singola categoria.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone e per l'identificazione delle garanzie e capitali effettivamente operanti, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente. Il Contraente è altresì esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

Categoria 1: SOCI e non SOCI

Tutti i Soci (ed i Non Soci come di seguito normato) in tutte le attività e iniziative **istituzionali** organizzate sia dalle strutture centrali che da quelle territoriali del C.A.I., quali – a titolo esemplificativo e non limitativo:

- gite di alpinismo ed escursionismo;
- altre attività di alpinismo ed escursionismo;
- corsi;
- gestione e manutenzione dei sentieri e rifugi;
- riunioni e consigli direttivi;
- altre attività organizzate dalle Sezioni CAI o da altri organi istituzionali.

Sono esclusi dalla copertura i Soci volontari del soccorso alpino C.N.S.A.S. durante l'espletamento delle attività di soccorso.

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati subiscano durante l'espletamento di qualsiasi attività e iniziativa istituzionale **organizzata** sia dalle strutture centrali che da quelle territoriali del C.A.I., comprese le esercitazioni teoriche e pratiche anche in palestra naturale o artificiale e le escursione e/o ascensione, di qualsiasi tipo e grado in ogni periodo dell'anno.

Si precisa che sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da:

- uso di sci e snowboard, anche su pista, mountain bike, racchette da neve, anche in alta montagna, nonché pratica di speleologia e torrentismo (canyoning);
- uso di qualsiasi mezzo di trasporto, anche privato, terrestre o natante, dalla sede sociale o dal luogo di ritrovo fino al ritorno al medesimo o altro stabilito (sono esclusi, pertanto, i sinistri occorsi nel tragitto dalla propria abitazione o analogo luogo di partenza sino alla sede o al luogo di ritrovo e viceversa);
- atti dell'assicurato compiuti per dovere di solidarietà umana. Restano esclusi tutti gli infortuni derivanti da interventi di soccorso alpino effettuati dal C.N.S.A.S.;
- partecipazione a rally o raid di sci alpinismo;
- corsi in palestra, manutenzione sentieri/opere alpine, manutenzione ordinaria rifugi, ispezione rifugi, approntamento campi estivi, approntamento palestre artificiali di arrampicata, interventi di protezione civile (comunque esclusi tutti gli infortuni derivanti da interventi di soccorso alpino effettuati dal C.N.S.A.S.), partecipazione a riunioni istituzionali.

La garanzia si intende prestata anche per gli incarichi che gli Assicurati dovessero espletare per conto del Contraente, ivi compresi i relativi spostamenti e sempreché l'incarico affidato risulti da idonea documentazione a mani del Contraente. Gli infortuni che dovessero occorrere all'Assicurato durante il percorso da lui effettuato per recarsi dal Comune di Residenza al luogo ove si svolge detto incarico e viceversa sono garantiti purché occorsi in una località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto della copertura in data ed orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro.

Decorrenza garanzie ed esonero comunicazioni

Per la categoria Soci la garanzia decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui le singole sezioni mediante tesseramento informatico (con conferma dell'avvenuta registrazione del tesseramento presso la Sede Centrale), comunicheranno alla Sede Centrale i nominativi dei tesserati e cessa alle ore 24:00 del 31/12 di ciascuna annualità.

Premesso che le garanzie prestate dalla presente polizza decorrono dalle 24:00 del 31/12/2017 e (salvo eventuale recesso anticipato dal contratto di una delle parti o proroga tecnica art 3 Sezione 2 Norme che regolano il contratto in generale) cesseranno alle ore 24:00 del 31/12/2020, a parziale deroga di quanto previsto dal precedente paragrafo si conviene che:

1. Laddove il pagamento della quota sociale avvenga prima della registrazione sulla piattaforma di tesseramento, la garanzia si intenderà operante dalle ore 24:00 del giorno in cui è stato effettuato il versamento mediante conto corrente postale, vaglia, bonifico bancario, carta di credito o analogo mezzo di pagamento, che preveda data certa, della intera quota sociale in favore della Sezione di appartenenza; in tal caso al momento della denuncia di sinistro sarà necessario allegare copia della ricevuta del versamento, o analogo documentazione in possesso del Socio.
2. La garanzia opera anche a favore dei Soci che subiscano l'infortunio nel periodo compreso tra le ore 24:00 del 31/12 e le ore 24:00 del 31/03 (e quindi senza soluzione di copertura rispetto all'annualità assicurativa precedente) purché in regola con il tesseramento per l'anno precedente.
3. Per i nuovi Soci la garanzia viene prestata anche nel periodo intercorrente tra le ore 24:00 del 31/10 (data di inizio del tesseramento) e le ore 24:00 del 31/12, a condizione che tali nuovi Soci siano registrati nella piattaforma di tesseramento.

Si conviene tra le parti che agli effetti assicurativi la qualità di socio del CAI al momento dell'evento sarà desunta dagli appositi elenchi conservati presso la Sede Centrale.

La copertura opera anche a favore dei non Soci per gli infortuni verificatisi durante la partecipazione alle attività e iniziative istituzionali organizzate dalle Sezioni e/o dalla Sede Centrale del CAI. La copertura opera alle condizioni tutte previste in polizza purché la richiesta, corredata dagli elementi utili alla preventiva identificazione degli Assicurati, venga effettuata dalle Sezioni alla Sede Centrale del CAI precedentemente allo svolgimento delle suddette. Ai fini della operatività della copertura, faranno fede i documenti in possesso del Contraente ed il relativo premio verrà versato in occasione della regolazione annuale.

SCHEDA DI CONTEGGIO DEL PREMIO

PREMI PER SOCI

Capitali assicurati e garanzie

Combinazione	Capitali assicurati	Premio Lordo per singolo assicurato
A base (compresa nella quota associativa)	<ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 55.000,00 • Invalidità permanente: € 80.000,00 • Spese di cura: € 2.000,00 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 mesi: € 1,70
B facoltativa per il Socio ed aggiuntiva della Combinazione A)	<p><i>in aggiunta ai capitali previsti per la Combinazione A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 55.000,00 • Invalidità permanente: € 80.000,00 • Spese di cura: € 400,00 	<p>Quota addizionale rispetto alla combinazione A</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 mesi: € 3,40

Precisazione:

Il Socio che attiverà la Combinazione B sarà assicurato pertanto con i seguenti capitali:

Morte: € 110.000,00
 Invalidità permanente: € 160.000,00
 Spese di cura: € 2.400,00

PREMI PER NON SOCI

Capitali assicurati e garanzie

Combinazione	Massimali	Premio Lordo per singolo assicurato
A	<ul style="list-style-type: none"> Morte: € 55.000,00 Invalità permanente: € 80.000,00 Spese di cura: € 2.000,00 	<ul style="list-style-type: none"> Giornaliero: € 5,57
B	<ul style="list-style-type: none"> Morte: € 110.000,00 Invalità permanente: € 160.000,00 Spese di cura: € 2.400,00 	<ul style="list-style-type: none"> Giornaliero: € 11,14

PREMIO ANTICIPATO

Il premio anticipato viene fissato in

€ 576.550,00 (cinquecentosettantaseimilacinquecentocinquanta/00)

al lordo delle imposte così calcolato:

CATEGORIA	N° PREV.	PREMIO IMPONIBILE UNITARIO	PREMIO IMPONIBILE TOTALE
SOCI COMBINAZIONE A	270.000	€ 1,66	€ 447.804,88
SOCI COMBINAZIONE B*	10.000	€ 3,32	€ 33.170,73
NON SOCI COMBINAZIONE A	15.000	€ 5,44	€ 81.512,19
NON SOCI COMBINAZIONE B	-	...	...
		PREMIO IMPONIBILE TOTALE	€ 562.487,80
		IMPOSTE	€ 14.062,20
		PREMIO LORDO TOTALE	€ 576.550,00

* Premio annuo:
(Premio Base + Premio Addizionale)

MODALITÀ DI CALCOLO DELLA REGOLAZIONE PREMIO

Parametri:

1. Numero effettivo degli assicurati per le categorie SOCI;
2. Giornate effettive di copertura per le categorie NON SOCI.

COPERTURA INTEGRATIVA PER SOCI

Ad integrazione di quanto previsto alla presente sezione, per i Soci che manifesteranno la propria adesione – previa corresponsione del relativo premio - saranno compresi gli infortuni occorsi durante lo svolgimento delle attività personali, purché attinenti al rischio alpinistico, escursionistico o comunque connesso alle finalità del CAI (di cui all'art 1 dello Statuto vigente).

Si precisa che sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti anche da uso di sci e snowboard, anche su pista, mountain bike, racchette da neve, anche in alta montagna, nonché pratica di speleologia e torrentismo (canyoning), partecipazione a rally o raid di sci alpinismo.

Restano esclusi tutti gli infortuni occorsi:

- ai soci volontari del CNSAS durante l'espletamento delle attività di soccorso;
- ai Titolati e Qualificati sezionali;
- durante il percorso effettuato dal comune di residenza al luogo dove si svolge l'attività assicurata e viceversa (rischio in itinere).

La copertura integrativa soci non è cumulabile con la copertura Infortuni soci in attività istituzionale.

Fermo ed invariato il resto.

Modalità di adesione

E' persona assicurata ogni socio il quale abbia aderito all'assicurazione prestata con la compilazione di un apposito modulo di adesione, debitamente datato e firmato, ed abbia regolarmente versato alla Contraente il premio individuale convenuto secondo le modalità e le procedure stabilite.

La garanzia decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui le singole sezioni inseriscono la copertura nella piattaforma di tesseramento e cesserà tassativamente alle ore 24:00 del 31/12 di ciascuna annualità.

Capitali assicurati e garanzie

Combinazione	Capitali assicurati	Premio lordo per singolo assicurato
A	<ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 55.000,00 • Invalidità permanente: € 80.000,00 • Spese di cura: € 2.000,00 • Diaria da ricovero giornaliera € 30,00 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 mesi: € 90,00
B	<ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 110.000,00 • Invalidità permanente: € 160.000,00 • Spese di cura: € 2.400,00 • Diaria da ricovero giornaliera € 30,00 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 mesi: € 180,00

SCHEDA DI CONTEGGIO DEL PREMIO (non concorre alla formazione della base d'asta)

CATEGORIA	N° PREV.	PREMIO IMPONIBILE UNITARIO	PREMIO LORDO UNITARIO
INTEGRATIVA SOCI COMBINAZIONE A	3500	€ 87,81	€ 90,00
INTEGRATIVA SOCI COMBINAZIONE B	2000	€ 175,61	€ 180,00

Modalità di applicazione della regolazione

Parametro:

- numero effettivo degli assicurati per le categorie SOCI

La Contraente invierà ogni mese l'elenco delle adesioni riferite al mese precedente e verserà entro il 20 del mese il premio complessivo corrispondente alla somma dei premi individuali pagati dai singoli assicurati.

Categoria 2: Soci Titolati e Qualificati Sezionali

Per quanto riguarda i Soci che rivestono la qualifica di Titolati e Qualificati sezionali come previsto dai Regolamenti dell'Ente, sono compresi in garanzia gli infortuni occorsi durante tutte le attività e iniziative istituzionali organizzate sia dalle strutture centrali che da quelle territoriali del CAI e lo svolgimento delle attività personali purché attinenti al rischio alpinistico, escursionistico, o comunque connesso alle finalità del Club Alpino Italiano (di cui all'art. 1 dello Statuto vigente).

Si precisa che sono compresi in garanzia, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, gli infortuni derivanti da:

- uso di sci e snow board, anche su pista, mountain bike, racchette da neve, anche in alta montagna, nonché pratica di speleologia e torrentismo (canyoning);
- esercitazioni in palestra naturale o artificiale, escursioni e/o ascensioni i qualsiasi tipo o grado effettuate in comitiva o isolate;

- uso di qualsiasi mezzo di trasporto, anche privato, terrestre o natante, dalla sede sociale o dal luogo di ritrovo fino al ritorno al medesimo o altro stabilito (sono esclusi, pertanto, i sinistri occorsi nel tragitto dalla propria abitazione o analogo luogo di partenza sino alla sede o al luogo di ritrovo e viceversa). Detti infortuni non sono compresi laddove avvenuti durante lo svolgimento dell'attività personale come sopra descritta.
- atti dell'assicurato compiuti per dovere di solidarietà umana. Restano esclusi tutti gli infortuni derivanti da interventi di soccorso alpino effettuati dal C.N.S.A.S.
- partecipazione a rally o raid di sci alpinismo;
- corsi in palestra, manutenzione sentieri/opere alpine, manutenzione ordinaria rifugi, ispezione rifugi, approntamento campi estivi, approntamento palestre artificiali di arrampicata, interventi di protezione civile (comunque esclusi tutti gli infortuni derivanti da interventi di soccorso alpino effettuati dal C.N.S.A.S.), partecipazione a riunioni istituzionali.

La garanzia si intende prestata anche per gli incarichi che gli Assicurati dovessero espletare per conto del Contraente, ivi compresi i relativi spostamenti e sempreché l'incarico affidato risulti da idonea documentazione a mani del Contraente. Gli infortuni che dovessero occorrere all'Assicurato durante il percorso da lui effettuato per recarsi dal Comune di Residenza al luogo ove si svolge detto incarico e viceversa sono garantiti purché occorsi in una località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto della copertura in data ed orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro.

Sono esclusi dalla copertura tutti i Soci volontari del soccorso alpino C.N.S.A.S. durante l'espletamento delle attività di soccorso.

Per quanto riguarda i Soci Titolati e Qualificati Sezionali, in caso di infortunio occorso durante tutte le attività e iniziative istituzionali organizzate sia dalle strutture centrali che da quelle territoriali del CAI, i capitali assicurati per la Categoria Soci Titolati e Qualificati Sezionali (Caso Morte, Caso Invalidità Permanente, Spese di Cura) saranno cumulati con quelli previsti per la Categoria Soci.

Decorrenza garanzie ed esonero comunicazioni

La qualifica di Assicurato Socio Titolato o Qualificato sezionale al momento dell'evento sarà desunta dagli appositi elenchi a disposizione della Sede Centrale del CAI.

SCHEDA DI CONTEGGIO DEL PREMIO

Capitali assicurati e garanzie

Combinazione	Capitali assicurati	Premio lordo per singolo assicurato
A	<ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 55.000,00 • Invalidità permanente: € 80.000,00 • Spese di cura: € 2.000,00 • Diaria da ricovero giornaliera € 30,00 	<ul style="list-style-type: none"> • Annuale: € 90,00 • Nove mesi € 67,50 • Semestrale € 45,00 • Trimestrale € 22,50
B	<ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 110.000,00 • Invalidità permanente: € 160.000,00 • Spese di cura: € 2.400,00 • Diaria da ricovero giornaliera € 30,00 	<ul style="list-style-type: none"> • Annuale: € 180,00 • Nove mesi € 135,00 • Semestrale € 90,00 • Trimestrale € 45,00

PREMIO ANTICIPATO

Il premio anticipato viene fissato in

€ 675.000,00 (seicentosestantacinquemila/00) al lordo delle imposte così calcolato:

CATEGORIA	N° PREV	PREMIO IMPONIBILE UNITARIO	PREMIO IMPONIBILE TOTALE
TITOLATI 12 MESI A	3.500	€ 87,81	€ 307.317,08
TITOLATI 9 MESI A	-	...	...
TITOLATI 6 MESI A	-	...	...
TITOLATI 3 MESI A	-	...	...
TITOLATI 12 MESI B	2.000	€ 175,61	€ 351.219,51
TITOLATI 9 MESI B	-	...	...
TITOLATI 6 MESI B	-	...	...
TITOLATI 3 MESI B	-	...	...
PREMIO IMPONIBILE TOTALE			€ 658.536,59
IMPOSTE			€ 16.463,41
PREMIO LORDO			€ 675.000,00

MODALITÀ DI CALCOLO DELLA REGOLAZIONE PREMIO

Parametro:

1. numero effettivo degli assicurati per le singole categorie

SEZIONE 4.1 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale.

L'assicurazione vale altresì per tutte le garanzie di cui ai seguenti articoli della presente sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
3. contatto con corrosivi;
4. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
5. l'annegamento;
6. l'assideramento o congelamento;
7. la folgorazione;
8. i colpi di sole o di calore o di freddo;
9. le ernie traumatiche e le ernie addominali determinate da sforzi muscolari (esclusi gli infarti) aventi carattere traumatico;
10. gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
11. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
12. gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
13. gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
14. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
15. gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
16. gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
17. gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche

In presenza di un infortunio indennizzabile ai sensi della presente polizza, la Società assicura fino alla concorrenza di € 5.000,00 per persona assicurata, il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie.

Tale somma indennizzerà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'Assicurato per le spese sostenute:

1. per onorari medici e chirurgici, rette di degenza in Istituto di cura, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, accertamenti diagnostici, ticket, trasporto in ambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio.
2. per terapie fisiche, medicinali, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) entro il limite del 30% della somma assicurata per "Rimborso spese di cura"
3. entro il limite del 30% della somma assicurata per "Rimborso spese di cura" per:
 - interventi di chirurgia plastica ricostruttiva effettuati allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio stesso;
 - acquisto e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici, comprese le protesi dentarie.

Se l'Assicurato ha usufruito di assistenza sanitaria sociale o integrativa privata, la garanzia è operante per la parte di spesa a carico dell'assicurato stesso.

La garanzia è prestata con una franchigia di € 100,00 che resta comunque a carico dell'Assicurato.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato o ai Suoi eredi su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero verrà eseguito in Italia con il cambio in Euro.

La Società rimborsa all'Assicurato le spese non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale, inclusi ticket, e da lui sostenute per le prestazioni suindicate.

Viene altresì previsto, in aggiunta alla somma assicurata di cui al presente articolo, il rimborso agli eredi delle spese per l'eventuale assistenza di uno psicologo in caso di decesso, fino alla concorrenza di Euro 3.000,00 per ogni socio deceduto a seguito di evento indennizzabile ai sensi di polizza.

SEZIONE 4.2 ESCLUSIONI

Art. 3 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- a) Abuso di alcolici o ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti e/o allucinogeni;
- b) guida di aeromobili;
- c) atti e/o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare, competizioni e relative prove di veicoli a motore e di natanti a motore in genere;

Sono altresì escluse le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:

- qualora l'ernia risulti operabile, sarà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni ove previsto in polizza;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposto solamente un indennizzo 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. 11 Controversie - Arbitrato irrituale.

Art. 4 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindrome organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi. Di conseguenza l'Assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 5 - Limiti di età

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 75 (settantacinque) anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 6 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

L'accertamento e la liquidazione degli eventuali postumi di Invalidità permanente verranno effettuati soltanto al rientro dell'Assicurato in Italia.

Art. 7 – Limiti di indennizzo

Nel caso di sinistro che coinvolge nello stesso evento più persone assicurate l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo di € 50.000.000,00. Fatto salvo il limite previsto all'art. 3 – Sez. 3.1 – Rischio aereonautico .

Verificandosi una eccedenza oltre il limite, l'indennità spettante a ciascuna persona infortunata od all'avente diritto verrà proporzionalmente ridotta.

SEZIONE 4.3 GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 8 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata, entro 60 giorni, alla Società dall'Assicurato (o dai suoi aventi causa) o dal Contraente tramite posta, fax, email o altra modalità concordata tra la Società ed il Contraente.

Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere inviata alla Società entro 15 (quindici) giorni dal fatto.

La denuncia deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire alla Società e suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta. L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono acconsentire alle visite dei medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire alla Società un dettagliato certificato medico sull'infortunio; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare alla Società, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescrittegli dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata alla Società con certificato definitivo. In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa sino alla data di prescrizione del sinistro.

Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività prima del conseguimento della guarigione stessa, la Società non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

Art. 9 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio stesso; 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 invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 10 - Prestazioni

a) MORTE

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.

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

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli aventi diritto l'importo liquidato o offerto.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di

arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché a seguito di qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

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

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

a) Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

b) Invalidità Permanente Parziale

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano) in base alle seguenti percentuali della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato:

	destro		sinistro
per la perdita totale di un arto superiore	70%		60%
per la perdita della mano o dell'avambraccio	60%		50%
per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%		60%
per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%		50%
per la perdita di un piede	40%		40%
per la perdita del pollice	18%		16%
per la perdita dell'indice	14%		12%
per la perdita del mignolo	12%		10%
per la perdita del medio	8%		6%
per la perdita dell'anulare	8%		6%
per la perdita di un alluce		5%	
per la perdita di ogni altro dito del piede		3%	
per la sordità completa di un orecchio		10%	
per la sordità completa di ambedue le orecchie		40%	
per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio		25%	

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita

nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita 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 tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

c) DIARIA DA INVALIDITA' TEMPORANEA

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata a tale titolo nella scheda di conteggio del premio fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

Si precisa che l'indennità per inabilità temporanea è corrisposta a partire dalle ore 24:00 del 10° giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

L'indennità è dovuta:

- integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni per sinistro ed è cumulabile con quelle eventualmente dovute per invalidità permanente o morte.

Art. 11 – Controversie

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

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. E' 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 dei 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 errore, dolo, violenza o violazione dei 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 12 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

Art. 13 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse

competere per l'art.1916 Cod.Civ. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE 4.4 SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 14 – Soggetti assicurati, copertura, capitali assicurati, premio anticipato, modalità di applicazione della regolazione

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza a favore dei Soci del CAI appartenenti al Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (C.N.S.A.S.).

Tali soci sono esclusi dalla copertura qualora subiscano l'infortunio nel contesto di un soccorso e/o di un addestramento cui partecipano in qualità di dipendenti e/o collaboratori del Servizio Sanitario Nazionale e delle società/ditte di lavoro aereo e trasporto passeggeri, ovvero delle società esercenti i servizi di elisoccorso e/o società/ditte operanti in regime di convenzione o una tantum con il C.N.S.A.S..

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone **e per l'identificazione delle garanzie e capitali effettivamente operanti**, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente. Il Contraente è altresì esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati possano subire:

1. durante le operazioni, interventi, servizi in guardia attiva e reperibilità, attività formative ed esercitazioni di Soccorso Alpino e Speleologico;
2. nelle loro specifiche mansioni come passeggeri, soccorritori durante i voli effettuati con qualsiasi tipo di aeromobile, dal momento in cui salgono a bordo di un aeromobile fino al momento in cui ne discendono, compresi gli infortuni occorsi durante le operazioni, interventi, attività formative ed esercitazioni di soccorso aereo con uso di verricello, gancio baricentrico, corda doppia ed ogni altro strumento e mezzo idoneo al soccorso ed addestramento all'esterno dell'aeromobile;
3. durante le esercitazioni di addestramento, i corsi di formazione organizzati dal C.N.S.A.S. e le riunioni ufficialmente e regolarmente convocate, e durante l'assistenza a manifestazioni sportive e dimostrative;
4. nell'ambito delle operazioni, degli interventi, delle attività formative e delle esercitazioni delle persone suddette (purché abilitate con patentino per fuochino o nel periodo richiesto per l'abilitazione, e iscritte nell'apposito elenco presso il C.N.S.A.S.), in caso di utilizzo di materiale esplosivo appartenente alle categorie I, II, III, IV e V;
5. durante il trasporto delle persone assicurate con mezzi di trasporto terrestri, aerei e natanti sino alla base delle operazioni ed il ritorno nella Sede locale del C.N.S.A.S. o nella propria abitazione purché gli infortuni stessi avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso per via ordinaria, anche per quanto riguarda il guidatore dei mezzi;
6. in occasione delle operazioni, interventi, attività formative ed esercitazioni svolte in documentata collaborazione con la Protezione Civile, anche se effettuate non in montagna e non per il salvataggio di persone, nonché in occasione di tutte le operazioni, interventi, attività formative ed esercitazioni svolte in collaborazione e/o a seguito di attivazione da parte del Sistema di Emergenza Urgenza Sanitario (118/112) o di altre forze deputate al soccorso ed alla pubblica sicurezza.

Per quanto riguarda le Riunioni la garanzia vale per gli infortuni che, colpissero gli Assicurati durante il percorso da loro effettuato per recarsi dal Comune di residenza (o dal luogo di reperimento) al luogo ove si svolge detto incarico e viceversa, purché occorsi in una località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto della copertura, in data ed orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo, ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro. Per i componenti il Consiglio Nazionale, il Consulente Legale, l'Addetto alle pubbliche Relazioni, il Coordinatore della Sede Centrale ed il Direttore della Stampa Sociale, questa estensione viene prestata senza la necessità di avere convocazioni ufficialmente documentate.

La garanzia è prestata:

1. per i Soci CAI appartenenti al C.N.S.A.S., registrati sul Libro Soci del C.N.S.A.S. regolarmente vidimato;
2. Per i Soci CAI appartenenti al C.N.S.A.S., ancorché non registrati sul predetto Libro Soci ma identificati tramite le "Domande di Iscrizione" regolarmente protocollate, pervenute alla Sede Centrale del C.N.S.A.S.
3. per i Soci CAI, preventivamente segnalati dalle delegazioni del CNSAS al Contraente tramite la Direzione Nazionale del C.N.S.A.S., "aspiranti volontari", che partecipano ad esercitazioni ed eventuali

operazioni di soccorso, allo scopo di verificare e valutare i requisiti per la successiva iscrizione all'Associazione. Tale verifica sarà svolta adoperando tutte le normali precauzioni e le misure di sicurezza idonee.

L'essere già Socio CAI, quale condizione di operatività delle garanzie, non è richiesto nel caso degli aspiranti volontari soci CNSAS.

Le generalità degli Assicurati, dalla cui preventiva identificazione il Contraente è esonerato, verranno desunte da idonea documentazione, che il Contraente stesso si impegna ad esibire su richiesta della Società.

Premio anticipato

Il premio unitario per assicurato viene fissato in

€ 792.000,00 (settecentonovantaduemila/00) al lordo delle imposte così calcolato:

CATEGORIA	N° PREV.	PREMIO IMPONIBILE UNITARIO	PREMIO IMP. TOTALE
SOCI VOLONTARI C.N.S.A.S.	5.500	€ 140,49	€ 772.682,93
		IMPOSTE	€ 19.317,07
		PREMIO LORDO	€ 792.000,00

Modalità di applicazione della regolazione

Parametro:

1. Numero effettivo delle persone assicurate.

Per quanto riguarda gli assicurati sopra definiti "aspiranti volontari", la regolazione sarà effettuata con premio pari al:

-
- 75% di quello annuo per le persone entrate in garanzia dal 01/04 al 31/06 di ogni anno,
- 50% di quello annuo per le persone entrate in garanzia dal 01/07 al 31/09 di ogni anno,
- 25% di quello annuo per le persone entrate in garanzia dal 01/10 al 31/12 di ogni anno.

Capitali assicurati e garanzie

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	500.000,00
Invalità Permanente	500.000,00
Inabilità temporanea	78,00

Nel caso in cui l'infortunio colpisca un Assicurato che **abbia almeno due figli minori**, i capitali assicurati si intendono così modificati:

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	650.000,00
Invalità Permanente	650.000,00
Inabilità temporanea	78,00

Relativamente alla garanzia invalidità permanente, a parziale deroga dell'art. 12 sezione 4.3 si precisa che il capitale assicurato è soggetto alle seguenti franchigie assolute/relative:

- a) 3% sulla somma eccedente € 150.000,00 fino a € 300.000,00;
- b) 5% sulla somma eccedente € 300.000,00.

Pertanto:

- Sulla parte assicurata sino a € 150.000,00 l'indennità per invalidità permanente è dovuta senza applicazione di alcuna franchigia;
- Sulla parte di somma assicurata eccedente € 150.000,00 fino a € 300.000,00 non è dovuta alcuna indennità se l'invalidità permanente è pari o inferiore al 3% della totale; se, invece, l'invalidità permanente è superiore al 3% della totale l'indennità è dovuta solo per la parte eccedente;

- Sulla parte di somma assicurata eccedente € 300.000,00 non è dovuta alcuna indennità se l'invalidità permanente è pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 5% della totale, è dovuta solo per la parte eccedente;

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 25% del totale la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie.

SEZIONE 5.1 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

La Società assicura alle condizioni che seguono i soci C.A.I. (feriti, morti, dispersi e comunque in pericolo di vita) nel territorio montano, nell' ambiente ipogeo e nelle zone impervie, garantendo:

- a) la corresponsione di una Diaria da Ricovero Ospedaliero pari a € 20,00 al giorno (per un massimo di giorni 30 per persona e per evento) in caso di ricovero conseguente ad uno degli eventi previsti in polizza;
- b) il rimborso delle spese tutte (come più oltre indicato) incontrate nell'opera di ricerca, salvataggio e/o recupero, sia tentata che compiuta, dei Soci del C.A.I., feriti, morti, dispersi e comunque in pericolo di vita e sopportate direttamente dal Socio.

Art. 2 – Definizione delle persone assicurate e decorrenza delle garanzie

Ai fini della definizione degli Assicurati e della decorrenza delle garanzie si rinvia all'Art. 16 della Sezione 3.4

Le garanzie tutte della polizza sono estese anche ai non Soci durante la partecipazione alle attività e iniziative istituzionali organizzate dalle Sezioni e/o dalla Sede Centrale del CAI. La copertura opera alle condizioni tutte previste in polizza purché la richiesta, corredata dagli elementi utili alla preventiva identificazione degli Assicurati, venga effettuata dalle Sezioni alla Sede Centrale del CAI precedentemente allo svolgimento delle suddette. Ai fini della operatività della copertura, faranno fede i documenti in possesso del Contraente ed il relativo premio verrà versato in occasione della regolazione annuale.

Art. 3 – Limiti della garanzia

Si precisa che:

- a. in caso di evento avvenuto che vede coinvolte persone in parte assicurate con la presente copertura e in parte persone non assicurate, le spese da rimborsarsi saranno esclusivamente quelle afferenti le persone assicurate e stabilite mediante divisione in parti uguali delle spese totali rispetto al numero delle persone assicurate;
- b. la garanzia si estende alle operazioni di soccorso a favore dei Soci del CAI che praticano lo sci (in ogni forma compreso, ad es. lo sci su pista, fuori pista e lo snowboard), la speleologia, il canyoning/torrentismo se con l'utilizzo di attrezzature alpinistiche, escursionismo con utilizzo di racchette da neve e l'escursionismo con utilizzo di mountainbike al di fuori delle strade statali, provinciali e comunali;
- c. per ogni operazione di salvataggio e/o recupero l'assicurazione cessa al momento in cui la squadra di Soccorso raggiunge la sede di Condotta Medica, e nel caso di recupero aereo fino l'Istituto di Cura, più prossima al luogo in cui è effettuato il salvataggio e/o recupero. Si conviene di estendere la garanzia anche al trasporto successivo che si rendesse necessario per le condizioni sanitarie dell'infortunato al fine di garantire le migliori cure, o per permettere un avvicinamento al domicilio dell'infortunato qualora la degenza prevista sia superiore a giorni 3. Si conviene di estendere altresì la garanzia al trasporto del socio deceduto sino all'abitazione.

Art. 4 – Massimali Assicurati

Il rimborso delle spese tutte indennizzabili ai sensi della presente polizza verrà effettuato con i seguenti limiti per evento:

1. Massimale per Socio: € 25.000,00
2. Massimale per evento indipendentemente dal n° dei soci coinvolti (massimale catastrofale): € 500.000,00.

Rimane comunque inteso che sono indennizzabili, entro i limiti di massimale sopra indicati, le spese per gli interventi degli elicotteri utilizzati nelle operazioni di soccorso.

Viene altresì previsto il rimborso agli eredi delle spese per l'eventuale assistenza di uno psicologo in caso di decesso di un Socio, fino alla concorrenza di Euro 3.000,00 per ogni Socio deceduto a seguito di evento rimborsabile ai sensi di polizza.

Art. 5 - Diaria da ricovero

Se in conseguenza di un evento indennizzabile ai sensi di polizza l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura pubblico o privato la Società corrisponderà per ciascun giorno di ricovero la somma assicurata. La diaria corrisposta per un periodo massimo di 30 giorni per persona e per evento a partire dal giorno successivo a quello del ricovero.

SEZIONE 5.2 ESCLUSIONI

Art. 6 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- a) guida o uso di aeromobili;
- b) abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e/o allucinogeni;
- c) atti e/o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni nonché da guerra. La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in paese sino ad allora in pace;
- e) trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche.

Art. 7 - Limiti di età

L'assicurazione vale, con i massimali sopraindicati, per le persone di età non superiore a 85 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al contraente.

L'assicurazione per le persone di età superiore rimane in vigore, ma con i massimali (per socio e catastrofale) ridotti del 50%.

Art. 8 - Limiti territoriali

L'Assicurazione vale nei Paesi di cui alla tabella sottostante, con esclusione dei territori oltremare.

Deve intendersi coperta l'attività iniziata sul versante europeo anche se terminata per motivi logistici o di sicurezza su altro versante non europeo.

Albania	Danimarca	Kosovo	Paesi Bassi	Spagna
Andorra	Estonia	Lettonia	Polonia	Svezia
Austria	Finlandia	Liechtenstein	Portogallo	Svizzera
Azzorre	Francia	Lituania	Principato di Monaco	Ucraina
Belgio	Germania	Lussemburgo	Repubblica ceca	Ungheria
Bielorussa	Gran Bretagna	Macedonia	Romania	
Bosnia - Erzegovina	Grecia	Madera	Russia Europea	
Bulgaria	Irlanda	Malta	San Marino	
Canarie	Irlanda del Nord	Moldavia	Serbia	
Città del Vaticano	Islanda	Montenegro	Slovacchia	
Croazia	Italia	Norvegia	Slovenia	

SEZIONE 5.3 GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 9 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

Gli eventi da indennizzarsi ai sensi della presente polizza dovranno essere notificati alla Società dal Contraente entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta di rimborso spese di soccorso.

SEZIONE 5.4 CALCOLO DEL PREMIO

Art. 10 – Premio anticipato

Il premio anticipato viene fissato in

€ 290.990,00 (duecentonovantamilanovecentonovanta/00) al lordo delle imposte così calcolato:

CATEGORIA	N° PREV.	PREMIO IMPONIBILE UNITARIO	PREMIO IMP. TOTALE
SOCI	270.000	€ 0,98	€ 263.414,63
NON SOCI - attività di durata giornaliera	5.000	€ 2,93	€ 14.634,15
NON SOCI - attività tra 2 e 6 giorni anche non consecutivi	1.000	€ 5,85	€ 5.843,90
PREMIO IMPONIBILE TOTALE			€ 283.892,68
IMPOSTE			€ 7.097,32
PREMIO LORDO			€ 290.990.00

Modalità di applicazione della regolazione

Parametro:

1. numero effettivo delle persone assicurate Soci e non Soci.

SEZIONE 6.1 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

La Società assicura alle condizioni che seguono, i soci del C.A.I. che, nell'ambito della validità della polizza, partecipino a spedizioni in genere, ivi compreso il trekking, organizzate o patrocinate dal C.A.I. in territori al di fuori del Continente Europeo comprese le dipendenze degli Stati europei situate in quei territori.

Art. 2 - Trasporto sanitario, ricerca e trasporto salme, ricerca e trasporto in pericolo di vita (intendendosi sempre operante la garanzia ricerca e trasporto qualora l'assicurato sia in pericolo di vita)

Massimale per sinistro Euro 110.000,00 (centodiecimila/00)
con il limite per persona di Euro 30.000,00 (trentamila/00)

La garanzia comprende il rimborso delle spese per il trasporto sanitario dal luogo dell'evento fino al centro ospedaliero più idoneo e la ricerca, resasi necessaria a seguito di infortunio e/o malattia o comunque pericolo di vita dell'assicurato effettuata con qualsiasi mezzo, aereo e/o terrestre.

In caso di spesa sostenuta per la ricerca, il limite è di Euro 30.000,00 (trentamila) per sinistro con il limite per persona di Euro 11.000,00 (undicimila/00).

In caso di presunto grave pericolo l'intervento potrà essere richiesto anche da terzi, fermo l'onere a carico dell'Assicurato di dimostrare alla Società l'effettiva necessità e/o giustificata emergenza dell'intervento stesso.

Nel caso di trasporto a seguito di infortunio e/o malattia si precisa che:

- se la malattia o le ferite non richiedono un trasporto urgente o il trasporto stesso sia impedito da fattori tecnici si provvederà, secondo il parere del medico, con altri mezzi giudicati più idonei;
- escludono la possibilità del trasporto sanitario previsto gli avvenimenti derivanti da infermità o lesioni curabili, a giudizio del medico, sul posto o nel corso del viaggio. Resta inteso che, per eventuali trasporti e/o interventi con elicotteri, la Società provvederà al pagamento dell'indennizzo sotto deduzione di uno scoperto del 5% (cinque per cento) a carico dell'assicurato, con il minimo di Euro 250,00 (duecentocinquanta/00), scoperto e franchigia non diversamente assicurabile.

Sempre nel limite del suindicato massimale, è garantito il rimborso delle spese relative al trasporto e/o trasferimento delle salme dei deceduti a seguito di infortunio o malattia, fino all'abitazione; da tale garanzia si intendono esclusi i decessi dovuti a suicidio, nonché le spese funerarie e/o di inumazione.

In ogni caso il trasporto con aereoambulanza è effettuato eventualmente solo per spostamenti locali essendo previsto per l'eventuale rimpatrio unicamente l'aereo di linea in seconda classe (trasporto semplice o trasporto barellato).

Art. 3 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche

Solo per gli eventi accaduti e spese sostenute all'estero la Società, entro il limite del capitale assicurato per persona di Euro 6.000,00, con uno scoperto del 10% e un minimo di Euro 50,00 per persona e per evento, provvede al pagamento delle:

- spese mediche chirurgiche
- spese farmaceutiche prescritte dal medico
- spese di ricovero
- spese di trasporto in ambulanza
- spese di prolungamento per un soggiorno in albergo, dopo la degenza, se prescritto dal medico. Il limite di detto rimborso è fissato in Euro 26,00 (ventisei/00) al giorno, con un massimo di 10 (dieci) giorni, sempreché tali spese siano state sostenute all'estero.

Non danno luogo alla prestazione:

- le spese conseguenti a malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti e precedentemente accertate, malattie neuropsichiatriche e quelle dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e da puerperio, intossicazioni dovute ad abuso di alcolici o ad uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- le spese mediche sostenute per cure o interventi per l'eliminazione di difetti fisici o malformazioni, le applicazioni di carattere estetico, le protesi in genere;

- le spese conseguenti a infortuni derivanti da salti dal trampolino con sci o idrosci, dall'uso di bob o dalla pratica di sport aerei in genere.

La Società effettuerà il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanziate e tradotte, nonché regolarizzate ai fini delle prescrizioni dei medici.

Si precisa che la Società potrà eseguire il rimborso di fatture relativo a spese sostenute all'estero su presentazione della fotocopia e non dell'originale della fattura, qualora questa sia necessaria all'assicurato per il trasferimento valutario. Viene altresì previsto il rimborso agli eredi delle spese per l'eventuale assistenza di uno psicologo in caso di decesso di un socio, fino alla concorrenza di Euro 3.000,00 per ogni Socio deceduto a seguito di evento rimborsabile ai sensi di polizza.

Art. 4 - Spese per spedizione di soccorso e ricerca con partenza dall'Italia

La società riconosce il rimborso delle spese sostenute dal contraente per sinistri che comportino l'attivazione dal territorio italiano di spedizioni di soccorso e/o ricerca, tentata e conclusasi senza possibilità di trasporto delle salme in Italia, in quanto le salme stesse non siano interamente recuperabili e/o trasportabili.

Il Contraente si impegna a documentare che l'attivazione di soccorso e/o ricerca è stata effettuata solo dopo che si sia verificata l'impossibilità di soccorso da parte delle strutture di assistenza locali.

Il limite massimo di risarcimento è fissato in Euro 11.000,00 (undicimila/00) per evento.

Art. 5 – Segnalazione dei nominativi assicurati – comunicazione per l'operatività della garanzia

La copertura opera alle condizioni tutte previste in polizza purché la richiesta, corredata dagli elementi utili alla preventiva identificazione degli Assicurati, venga effettuata dalle Sezioni alla Sede Centrale del CAI precedentemente allo svolgimento delle suddette. Ai fini della operatività della copertura, faranno fede i documenti in possesso del Contraente ed il relativo premio verrà versato in occasione della regolazione annuale.

SEZIONE 6.2 ESCLUSIONI

Art. 6 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- a) abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti e/o allucinogeni;
- b) guida o uso di aeromobili;
- c) atti e/o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni nonché da guerra. La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in paese sino ad allora in pace;
- e) trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche.

Art. 7 - Limiti di età

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

Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 8 - Limiti territoriali

L'assicurazione è prestata per tutto il mondo, con l'esclusione dei Paesi già inclusi nella tabella di cui art. 8 – Limiti territoriali della Sezione 5 - Soccorso Alpino Soci.

In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

SEZIONE 6.3 GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 9 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

In caso di sinistro il Contraente deve dare avviso scritto alla Società entro e non oltre il 30° giorno da quando ne è venuto a conoscenza.

Non verranno in ogni caso ammesse a indennizzo le denunce inviate alla Società oltre il sessantesimo giorno da quello in cui il Contraente ne ha avuto conoscenza.

La denuncia del sinistro deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e le circostanze che lo determinarono. L'Assicurato è tenuto a fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

Art. 10 – Arbitrato in caso di sinistro

Qualora la liquidazione del danno non abbia potuto essere effettuata d'accordo tra le parti si procederà ad opera di due periti di parte e, all'occorrenza, di un arbitro nominato dai periti stessi e il cui giudizio sarà inappellabile.

Ciascuna delle parti sopporterà la spesa del proprio perito; quella dell'arbitro sarà per metà a carico dell'assicurato e per metà della Società.

Art. 11 – Rinuncia rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (V. art. 1916 Cod.Civ..) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

SEZIONE 6.4 CALCOLO DEL PREMIO

Art. 12 – Premio anticipato

Il premio annuo lordo è calcolato in base al numero di viaggi e alla durata degli stessi.

Il premio anticipato viene fissato in € 28.200,00 (ventottomiladuecento/00) al lordo delle imposte così calcolato:

Il premio convenuto ad elementi di rischio variabile è anticipato in via provvisoria su un'ipotesi di:

DURATA VIAGGI	N. PREV.	PREMIO IMPONIBILE UNITARIO	PREMIO IMP. TOTALE
Viaggi fino a 30 giorni	300	€ 91,71	€ 27.512,20
Viaggi da 31 a 365 giorni	-	...	...
Spedizione in solitaria*	-	...	...
PREMIO IMPONIBILE TOTALE			€ 27.512,20
IMPOSTE			€ 687,80
PREMIO LORDO			€ 28.200,00

*da intendersi quale spedizione alpinistica, escursionistica, trekking o polare effettuata da un solo componente, con massimale per sinistro e per persona pari a € 110.000,00 (centodiecimila/00 Euro) fino a 365 giorni

Modalità di applicazione della regolazione

Parametro:

Numero effettivo dei viaggi e durata degli stessi.

San Donato Milanese, 14 DIC. 2017

CAI – Club Alpino Italiano

CLUB ALPINO ITALIANO

Il Direttore

(dott.ssa Anselmi)

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Il Procuratore speciale

Paolo Pedrazzini

Nota Informativa

Rami Infortuni e Malattia

Premessa

La nota informativa, redatta in conformità alle disposizioni contenute nell'art. 185 del D.Lgs. N. 209/05, Codice delle assicurazioni private, e a quelle impartite dall'ISVAP, è consegnata al Cliente prima della sottoscrizione del contratto di cui non costituisce parte integrante.

Per maggiore chiarezza i contenuti che prevedono decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono stampati su fondo colorato, in questo modo evidenziato, e sono da leggere con particolare attenzione.

1. Informazioni relative alla Società

Le assicurazioni di cui alla presente polizza di riferimento saranno prestate da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., con sede legale e Direzione Generale in via Stalingrado 45, 40128 Bologna (Italia), tel. 051.5077111 - fax 051.375349, sito internet: www.unipolsai.it, La Società è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento Isvap n. 2542 del 3/8/2007, pubblicato sulla G.U. n. 195 del 23/08/2007.

2. Informazioni relative al contratto

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali, per le quali si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione facenti parte della polizza, che il Cliente è invitato a leggere attentamente prima della sottoscrizione, richiedendo alle agenzie tutti i chiarimenti necessari.

2.1 Legislazione applicabile

Il contratto sarà concluso con UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e ad esso sarà applicata la legge italiana.

Al sensi dell'art. 180 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, per le assicurazioni non obbligatorie è facoltà delle Parti scegliere una legislazione diversa, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative vigenti in Italia.

Anche per tali assicurazioni UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol propone comunque di scegliere la legislazione italiana.

Per le assicurazioni obbligatorie prevalgono in ogni caso le disposizioni specifiche dettate dalla legislazione italiana.

2.2 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Clienti** - Via della Unione Europea n. 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Tel.: 02.55604027 (da lunedì a giovedì dalle ore 9,00 alle ore 12,30; venerdì dalle 9,00 alle 12,00), Fax: 02.51815353, E-mail: reclami@unipolsai.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.421331.

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Compagnia www.unipolsai.it

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui il Cliente e UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'ISVAP si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

2.3 Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale Decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi e di risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali Organismi, alla sede legale di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Ufficio riscontro, Via Stalingrado, 45, 40128 Bologna, fax n. 051.5077689. Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione sarà obbligatorio, cioè dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

2.4 Durata del contratto

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle Parti entro il termine indicato in polizza, si rinnova tacitamente per una ulteriore annualità e così successivamente di anno in anno. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, del Codice Civile. Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, non viene previsto il tacito rinnovo del contratto. Pertanto la garanzia cesserà alla scadenza pattuita senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, del Codice Civile.

3. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale de diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art.li 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

4. Periodi di carenza contrattuale

Per le polizze Infortuni la garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento della prima rata di premio (ex art. 1901 del Codice Civile).

Per le polizze Malattia la garanzia decorre dalle ore 24 del:

- giorno di pagamento della prima rata di premio, per gli infortuni;
- 30° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per le malattie;
- 30° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per l'aborto terapeutico se effettuato nel secondo trimestre di gravidanza e per le malattie dipendenti da gravidanza (compreso l'aborto spontaneo), soltanto se quest'ultima ha avuto inizio in un momento successivo al giorno del pagamento del premio;
- 180° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per le conseguenze di stati patologici noti al Contraente e/o all'Assicurato, ovvero diagnosticati, ovvero sottoposti ad accertamenti, ovvero curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato ed accettati dalla Società;
- 180° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione del contratto, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente a tale data;
- 300° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per il parto e per le malattie dipendenti da puerperio.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra riguardante gli stessi assicurati ed identiche garanzie, i termini di cui sopra operano dalle ore 24 del giorno in cui essa si perfeziona, solo e limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste; resta ferma la decorrenza dalle ore 24 del giorno di perfezionamento della polizza sostituita, per le prestazioni da questa già previste.

In caso di variazione intervenuta nel corso del contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate. Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, l'assicurazione vale per le invalidità Permanenti conseguenti ad una malattia che si sia manifestata dopo 90 giorni dal momento in cui decorre l'assicurazione.

5. Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



**COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO
CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI (Mod. 7A)**

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto consegnano/trasmettono al contraente copia del documento (Allegato n.7B del regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;
- c) sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d) informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e) consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f) possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto) nel rispetto delle disposizioni legislative riportanti le indicazioni restrittive circa l'utilizzo del denaro contante stesso, nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

