

Codice 0010942

Polizza n. 50579292

Tra la Spett.le

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

E la Spett.le

ALLIANZ S.P.A.
Sede Legale
Largo Ugo Irneri, 1
34123 - TRIESTE
Part. IVA 05032630963

si stipula la presente

Polizza di assicurazione contro gli Infortuni

Decorrenza: dalle ore 24.00 del 31.12.2014

Scadenza: alle ore 24.00 del 31.12.2017 senza tacito rinnovo

Frazionamento semestrale

Milano, 27 gennaio 2015



Allianz S.p.A.
Sede legale
Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste
Telefono +39 040 7781.111
Fax +39 040 7781.311
www.allianz.it

Uffici:
Milano 20122 - Corso Italia, 23
Torino 10121 - Via Vittorio Alfieri, 22
Trieste 34123 - Largo Ugo Irneri, 1
CF, P. IVA e Registro imprese
di Trieste n. 05032630963
Capitale sociale euro 403.000.000 i.v.

Iscritta all'Albo imprese
di assicurazione n. 1.00152
Capogruppo del gruppo assicurativo
Allianz, iscritto all'Albo gruppi
assicurativi n. 018
Società controllata, tramite
A.C.I.F. S.p.A., da Allianz SE - Monaco

Sommario

SEZIONE 1	DEFINIZIONI.....	3
SEZIONE 2	NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE.....	4
	Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	4
	Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.....	4
	Art. 3 - Durata del contratto.....	4
	Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.....	4
	Art. 5 - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010.....	4
	Art. 6 – Regolazione del premio.....	5
	Art. 7 - Recesso a seguito di sinistro - Rinuncia.....	5
	Art. 8 - Modifiche dell'assicurazione.....	5
	Art. 9 – Gestione del Contratto.....	5
	Art. 10 - Oneri fiscali.....	6
	Art. 11 - Foro competente.....	6
	Art. 12 - Interpretazione del contratto.....	6
	Art. 13 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto.....	6
	Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio.....	6
	Art. 15 – Associazione Temporanea di Imprese (<i>operante se del caso</i>).....	6
	Art. 16 - Rinvio alle norme di legge.....	7
	Art. 17 – Partecipazione agli utili.....	7
	Art. 18 – Disposizione finale.....	7
SEZIONE 3	COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI SOCI E TITOLATI.....	8
SEZIONE 3.1	RISCHI COPERTI.....	8
	Art.1 – Oggetto dell'assicurazione.....	8
	Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche.....	8
	Art. 3 – Rischio aeronautico.....	9
SEZIONE 3.2	ESCLUSIONI.....	9
	Art. 4 – Esclusioni.....	9
	Art. 5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili.....	10
	Art. 6 - Limiti di età.....	10
	Art. 7 - Limiti territoriali.....	10
	Art. 8 – Limiti di indennizzo.....	10
SEZIONE 3.3	GESTIONE DEI SINISTRI.....	10
	Art. 9 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi.....	10
	Art. 10 – Criteri di indennizzabilità.....	10
	Art. 11 – Prestazioni.....	11
	Art. 12. – Franchigia Relativa.....	12
	Art. 13 – Controversie.....	12
	Art. 14 – Liquidazione dell'indennità.....	13
	Art. 15 - Rinuncia all'azione di surroga.....	13
SEZIONE 3.4	CATEGORIE ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO.....	13
	Art. 16 – Categorie, copertura, capitali assicurati, premio anticipato, modalità di applicazione della regolazione.....	13

SEZIONE 1 DEFINIZIONI

Contraente	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.
Broker	il Broker vigente ATI Willis Italia Spa (mandataria) / RP Broker Srl (mandante)
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 – è 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.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE**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 31.12.2014 e scadenza alle ore 24:00 del 31.12.2017 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, la Società di brokeraggio assicurativo, 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. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati 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 fi-scale 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) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati 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.

E' facoltà delle parti recedere dal contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza.

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

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto é affidata al broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker é liberatorio per il Contraente, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10' giorno del mese successivo a quello in cui il broker ha comunicato alla Società l'avvenuto incasso.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax, posta elettronica o simili - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R. o PEC.

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 e/o al Broker 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 Broker e/o 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 (*non operante*)

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 Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del Broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

- Compagnia ... Quota xx%
- Compagnia ... Quota xx%
- Compagnia ... Quota xx%

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 31/12/2017 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 31/12/2014 – ore 24:00 del 31/12/2017 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, il compenso del broker, 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 (55 % 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 9 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 previste dall'art. 16 della Sez. 3.

Per ogni eventuale controversia inerente l'applicazione del presente Articolo – fatto salvo quanto previsto dall'art 11Sezione 2 - Norme che regolano il contratto in generale - verrà esaminata in prima istanza congiuntamente dal Contraente, dalla Società e dal Broker.

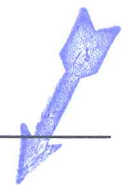
Art. 18 – Disposizione finale

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

La firma apposta dalContraente 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).

ALLIANZ S.p.A.
Gerenza di Milano


IL CONTRAENTE
CLUB ALPINO ITALIANO
Direttore
(dott.ssa Anna Maria Maggiore)

SEZIONE 3 COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI SOCI E TITOLATI

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 colpiscano 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 note, 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.

In presenza di un infortunio che abbia come conseguenza una invalidità accertata di grado pari o superiore al 50%, la somma assicurata di cui al presente articolo (fatta eccezione per il rimborso delle spese per eventuale assistenza di uno psicologo in caso di decesso), si intende raddoppiata sino al massimo di € 5.000,00 per evento indipendentemente dalla categoria assicurata e combinazione prescelta.

Art. 3 – Rischio aeronautico

La garanzia è operante sia per la presente polizza sia per la polizza collegata Infortuni Volontari C.N.S.A.S. n° 50579294

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.
10. Sono altresì escluse, le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:
 - a) 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;
 - b) 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;

- c) 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 della presente sezione.

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

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Le persone colpite da apoplezia o infarto o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia o altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, nonché le persone affette da Sindrome di Down sono assicurabili, esclusivamente per le somme assicurate con la COMBINAZIONE A, con l'applicazione di una franchigia fissa dell'8%.

Art. 6 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone di età superiore ai 75 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 sezione 3.1 e all'art. 3. 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

i. 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.

ii. 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

In caso di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contrattoverrà 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 rifiuti 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.

SEZIONE 3.4 CATEGORIE ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

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 escursioni e/o ascensioni, di qualsiasi tipo e grado in ogni periodo dell'anno.

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

- uso di sci, snowboard, 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 31/12/2014 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 31/12/2017, 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: € 1.600,00 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 mesi: € 1,90
B facoltativa per il Socio ed aggiuntiva della Combinazione A)	<ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 55.000,00 • Invalidità permanente: € 80.000,00 • Spese di cura: € 400,00 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 mesi: € 3,80 Quota addizionale rispetto alla combinazione A

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: € 2.000,00

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 • Invalidità permanente: € 80.000,00 • Spese di cura: 1.600,00 	<ul style="list-style-type: none"> • Giornaliero: € 5,58
B	<ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 110.000,00 • Invalidità permanente: € 160.000,00 • Spese di cura: € 400,00 (in aggiunta al capitale previsto per la Combinazione A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Giornaliero: € 11,16

PREMIO ANTICIPATO

Il premio anticipato viene fissato in € 634.700,00 al lordo delle imposte così calcolato:

CATEGORIA	N° PREV.	PREMIO LORDO UNITARIO (€)	PREMIO LORDO TOTALE (€)
SOCI COMBINAZIONE A	270.000	1,90	513.000,00
SOCI COMBINAZIONE B*	10.000	3,80	38.000,00
NON SOCI COMBINAZIONE A	15.000	5,58	83.700,00
NON SOCI COMBINAZIONE B	-	11,16	...
		PREMIO LORDO TOTALE	€ 634.700,00

* 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 al presente articolo, per i Soci che manifesteranno la propria adesione – previa corresponsione del relativo premio - saranno compresi anche 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). Fermo ed invariato il resto.

CATEGORIA	N° PREV.	PREMIO IMPONIBILE UNITARIO	PREMIO LORDO UNITARIO
INTEGRATIVA SOCI COMBINAZIONE A	-	90,31	92,57
INTEGRATIVA SOCI COMBINAZIONE B	-	180,62	185,14

Modalità di applicazione della regolazione

Parametro:

- numero effettivo degli assicurati per le categorie SOCI

Categoria 2: Soci TITOLATI

I Soci che rivestono la qualifica di Titolati i quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sono costituiti da:

- Istruttori nazionali di alpinismo
- Istruttori di alpinismo
- Istruttori nazionali di sci alpinismo
- Istruttori di sci alpinismo
- Istruttori nazionali di arrampicata libera
- Istruttori di arrampicata libera
- Istruttori nazionali di speleologia
- Istruttori di speleologia
- Istruttori nazionali di sci fondo-escursionismo
- Istruttori di sci fondo-escursionismo
- Accompagnatori nazionali di alpinismo giovanile
- Accompagnatori di alpinismo giovanile
- Accompagnatori di escursionismo
- Esperti nazionali naturalistici del Comitato Scientifico Centrale
- Operatori naturalistici del Comitato Scientifico Centrale
- Osservatori glaciologici del Comitato Scientifico Centrale
- Esperti nazionali tutela ambiente montano
- Operatori tutela ambiente montano
- Esperti nazionali valanghe
- Tecnici del distacco artificiale
- Tecnici della neve
- Osservatori neve e valanghe
- Accompagnatori sezionali di alpinismo giovanile
- Accompagnatori sezionali di escursionismo
- Istruttori sezionali di alpinismo
- Istruttori sezionali di sci alpinismo
- Istruttori sezionali di arrampicata libera
- Istruttori sezionali di speleologia

Istruttori sezionali di sci di fondo escursionismo
 Istruttori emeriti
 Operatori sezionali di alpinismo giovanile
 Operatori sezionali di altri corsi

durante tutte le attività e iniziative istituzionali organizzate sia dalle strutture centrali che da quelle territoriali del CAI e durante tutte le attività, anche personali, purché attinenti al rischio alpinistico, escursionistico, o comunque connesso al titolo

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, 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 (Caso Morte, Caso Invalidità Permanente, Spese di Cura) saranno cumulati con quelli previsti per la Categoria Soci.

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati subiscano durante l'espletamento delle attività a favore del CAI in ogni periodo dell'anno.

Sono comprese le attività accessorie, le esercitazioni teorico e/o pratiche anche in palestra naturale o artificiale, le escursioni e/o ascensioni, di qualsiasi tipo e grado effettuate in comitiva o isolati. Sono inoltre comprese tutte le attività, anche personali, purché attinenti al rischio alpinistico, escursionistico, speleologico o comunque connesso al titolo

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

- uso di sci, snowboard, 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). 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.

Decorrenza garanzie ed esonero comunicazioni

Assunta la qualifica di assicurato Socio come sopra descritto, la qualità di Assicurato Socio Titolato 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: € 1.600,00 • Diaria da ricovero giornaliera € 30,00 	<ul style="list-style-type: none"> • Annuale: € 92,57 • Nove mesi € 69,43 • Semestrale € 46,29 • Trimestrale € 23,14
B	<ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 110.000,00 • Invalidità permanente: € 160.000,00 • Spese di cura: € 1.600,00 • Diaria da ricovero giornaliera € 30,00 	<ul style="list-style-type: none"> • Annuale: € 185,14 • Nove mesi € 138,86 • Semestrale € 92,57 • Trimestrale € 46,29

PREMIO ANTICIPATO

Il premio anticipato viene fissato in € 712.789,00 (settecentododicimilasettecentoottantanove/00) al lordo delle imposte così calcolato:

CATEGORIA	N° PREV	PREMIO LORDO UNITARIO	PREMIO LORDO TOTALE
TITOLATI 12 MESI A	2.500	€ 92,57	€ 231.425,00
TITOLATI 9 MESI A	-	€ 69,43	...
TITOLATI 6 MESI A	-	€ 46,29	...
TITOLATI 3 MESI A	-	€ 23,14	...
TITOLATI 12 MESI B	2.600	€ 185,14	€ 481.364,00
TITOLATI 9 MESI B	-	€ 138,86	...
TITOLATI 6 MESI B	-	€ 92,57	...
TITOLATI 3 MESI B	-	€ 46,29	...
PREMIO LORDO ANNUO			€ 712.789,00

Premio lordo complessivo annuale € 1.347.489,00

FRAZIONAMENTO SEMESTRALE

PREMIO ALLA FIRMA PERIODO 31-12-2014 30-06-2015

	QUOTA	PREMIO IMP. €	IMPOSTE	PREMIO LORDO €
TOTALE	100%	€ 657.311,71	€ 16.432,79	€ 673.744,50

PREMIO RATA FUTURA 30-06-2015 31-12-2015

	QUOTA	PREMIO IMP.	IMPOSTE	PREMIO LORDO
TOTALE	100%	€ 657.311,71	€ 16.432,79	€ 673.744,50

MODALITÀ DI CALCOLO DELLA REGOLAZIONE PREMIO

Parametro:

1. numero effettivo degli assicurati per le singole categorie

CLAUSOLA DI COLLEGAMENTO

La presente polizza è collegata alle polizze numero:

50579294

50579295

50579296

In caso la Società si avvalga della facoltà di recesso annuale dalla presente polizza, la stessa si intenderà automaticamente estesa a tutte le polizze collegate.

ALLIANZ S.p.A.
Gerenza di Milano


IL CONTRAENTE

CLUB ALPINO ITALIANO
Il Direttore
(dott.ssa )

