

Cattolica&Tutela Persona

VOLONTARI, TIROCINANTI,
PRESTATORI OCCASIONALI DI LAVORO,
ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Le presenti Condizioni di Assicurazione
MOD. CTPER 2 - ED. 12/2010
sono parte integrante della Nota Informativa
MOD. CTPER 5**



INDICE

DEFINIZIONI.....	3
<i>Definizioni specifiche</i>	4
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	5
<i>Norme che regolano l'assicurazione in generale</i>	5
<i>Norme specifiche infortuni</i>	6
<i>Prestazioni</i>	7
<i>Norme specifiche malattie</i>	12
<i>Prestazioni</i>	12
<i>Norme in caso di sinistro infortuni o malattia</i>	14
<i>Norme specifiche responsabilità civile terzi</i>	15
<i>Norme in caso di sinistro di responsabilità civile</i>	18
CONDIZIONI PARTICOLARI.....	19
<i>Assicurazioni in forma individuale</i>	19
<i>Assicurazioni in forma cumulativa</i>	19
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE.....	21

DEFINIZIONI

Nel testo si intende per:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata dal contraente a favore della quale deve essere eseguita la prestazione garantita dall'assicurazione in caso di morte dell'assicurato.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione. Nei casi in cui il contraente e l'assicurato non si identificano nella stessa persona fisica o giuridica quanto stabilito in polizza per l'assicurato si intende anche per il contraente.

Durata

Periodo di validità della polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla scheda di polizza.

Gessatura

Tutela fissa esterna costituita da fasce, gesso, resine o materiali equivalenti, mantenuta continuativamente da parte dell'assicurato e non temporaneamente rimovibile dallo stesso.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche, obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente.

Invalidità permanente

La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Istituto di cura

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

Malattia professionale

Ogni alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, direttamente determinata dalla attività dichiarata in polizza e con essa in stretto nesso di casualità.

Parti

Il contraente e la Società.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal contraente alla Società.

Ricovero

La degenza in istituto di cura che comporta almeno un pernottamento.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

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

Società

L'Impresa assicuratrice.

Definizioni specifiche

A) Volontario

Colui che esercita gratuitamente un'attività assistenziale a beneficio di terzi senza una specifica richiesta.

· **Socio Volontario Effettivo:** colui che risulta iscritto ad Associazione di Volontariato come definita alla lett. E).

B) Tirocinante

Colui che pratica un addestramento professionale con o senza compenso al fine di ottenere un attestato o una specializzazione.

C) e D) Prestatore/i occasionale/ i

Colui o coloro che prestano dietro compenso la propria attività di lavoratore socialmente utile (o attività similari) in modo subordinato a tempo determinato per conto di enti locali.

E) Organizzazione di Volontariato (assistenziale)

Ogni organismo costituito al fine di svolgere attività di volontariato come definite dalla legge 266/91 che si avvalga in modo determinante e prevalente delle prestazioni personali volontarie e gratuite dei propri aderenti, in attività di carattere assistenziale.

F) Organizzazione di Volontariato (protezione civile)

Ogni organismo come definito alla lett. E), che svolge la propria attività nell'ambito della protezione civile.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 2 - Altre assicurazioni

L'assicurato o il contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 del codice civile, se l'assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

Art. 3 - Pagamento del premio

Il contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite. Il premio deve essere pagato all'agenzia cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società in conformità alle disposizioni di legge in vigore al momento del pagamento. Se il contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, **l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto**. Se il contraente non paga i premi successivi, **l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Aggravamento del rischio

L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.

Art. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del codice civile.

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

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra parte mediante raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di assicurazione non corso.

Art. 9 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta inviata da una delle parti a mezzo di lettera raccomandata a.r. e pervenuta all'altra parte almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per la durata di un anno e così successivamente.

Art. 10 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'assicurato.

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

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

Norme specifiche infortuni

Art. 12 - Rischi Assicurati

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni occorsi agli assicurati durante lo svolgimento dell'attività e/o specializzazione dichiarata in polizza.

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente costatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea. Sono considerati infortuni anche:

- gli infortuni che si verifichino un'ora prima e un'ora dopo l'inizio e il termine dell'attività assicurata, relativamente al tempo per raggiungere il posto di lavoro e il tempo per rientrare dallo stesso al proprio domicilio;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze (compresi gli avvelenamenti e le lesioni da contatto con sostanze corrosive);
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole e di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie, e delle rotture sottocutanee dei tendini.

A parziale deroga dell'art. 1900 del codice civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'assicurato, del contraente o del beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del codice civile sono in garanzia gli infortuni derivanti da tumulti popolari a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva. A parziale deroga del capoverso m) dell'art. 14 "Rischi Esclusi", si intendono in garanzia gli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti bellici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato sia sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero. La presente garanzia non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

Art. 13 - Validità Territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo. La valutazione della invalidità permanente e la liquidazione dei danni vengono effettuati in Italia con pagamento degli indennizzi in valuta Italiana.

Art. 14 - Rischi Esclusi

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati dalla guida:

- a) di veicoli per i quali è prescritta, alla data della stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
- b) di macchine agricole e operatrici;
- c) di natanti a motore per uso non privato.

La guida di ciclomotori è comunque in garanzia.

- d) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri);
- f) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- g) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, anche se esse abbiano carattere ricreativo;
- h) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- l) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- m) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- n) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate e da accelerazioni di particelle atomiche (fissioni e fusioni nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

I rischi di cui alla lettera a) sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività dichiarata in polizza.

Art. 15 - Persone non assicurabili - Cessazione dell'assicurazione

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone che siano affette da: alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici.

Il manifestarsi nell'assicurato di una di tali patologie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe prestato l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato e pertanto, costituiscono causa di cessazione dell'assicurazione.

Prestazioni**Art. 16 - Morte**

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata 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 invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 17 - Invalidità permanente da infortunio

- a) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.
- b) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
la falange ungueale del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 dito
anchilosi dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70°, con prono supinazione libera	20%
anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono supinazione libera	10%
paralisi completa del nervo radiale	35%
paralisi completa del nervo ulnare	20%
amputazione di un arto inferiore:	
· al di sopra della metà della coscia	70%
· al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
· al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
· un piede	40%
· ambedue i piedi	100%
· un alluce	5%
· un altro dito dei piedi	1%
· la falange ungueale dell'alluce	2,5%
anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
anchilosi del ginocchio in estensione	25%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astragalica	15%
paralisi completa dello SPE	15%
un occhio	25%
ambedue gli occhi	100%
sordità completa di un orecchio	10%
sordità completa di ambedue gli orecchi	40%

perdita totale della voce	30%
stenosi assoluta nasale monolaterale	4%
stenosi assoluta nasale bilaterale	10%
esiti di frattura scomposta di una costola	1%
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
· una vertebra cervicale	12%
· una vertebra dorsale	5%
· 12 ^a dorsale	10%
· una vertebra lombare	10%
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
perdita anatomica di un rene	15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

- c) in caso di perdita anatomica e/o funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali sopra riportate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- d) se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori, previsti alla lettera b) del presente articolo, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate al precedente punto b), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera b) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata con riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- e) la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera b) del presente articolo e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;
- per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Art. 18 - Franchigia assoluta in caso di Invalidità Permanente da Infortunio

La liquidazione dell'indennità spettante per invalidità permanente verrà effettuata con applicazione delle seguenti franchigie:

- a) sulla parte di somma assicurata fino a euro 150.000,00, l'indennizzo verrà liquidato previa deduzione di una franchigia fissa pari a 3 punti percentuali del grado di invalidità permanente accertata;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente euro 150.000,00 e fino a euro 250.000,00, l'indennizzo verrà liquidato previa deduzione di una franchigia fissa pari a 5 punti percentuali del grado di invalidità permanente accertata;

- c) sulla parte di somma assicurata oltre euro 250.000,00 l'invalidità verrà liquidata con deduzione di una franchigia pari a 9 punti percentuali del grado di invalidità permanente accertata.

Art. 19 - Diaria da ricovero o gessatura da infortunio

La Società corrisponde all'assicurato - in caso di ricovero in istituto di cura (pubblico o privato) conseguente ad infortunio - **la diaria giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 90 giorni per ogni infortunio**. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata su presentazione, in originale, di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di cura, attestante la durata del ricovero e su presentazione di cartella clinica. **Qualora, in conseguenza dell'infortunio, sia stata applicata una gessatura in istituto di cura o in un ambulatorio, verrà corrisposta l'indennità pattuita sino alla rimozione delle bende gessate, o altri mezzi di costrizione, anche per il periodo trascorso fuori dell'Istituto di cura ma nel limite massimo di 60 giorni per evento.**

Art. 20 - Estensioni di garanzia sempre operanti

La garanzia infortuni è sempre estesa a:

a) Morte presunta

Se a seguito di affogamento o di incidente della circolazione terrestre o della navigazione anche aerea e di calamità naturali, il corpo dell'assicurato non viene più ritrovato, **la Società liquiderà la somma assicurata a condizione che sia trascorso almeno un anno dalla scomparsa e sia stato richiesto il certificato di "Morte Presunta"**.

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo ed in seguito l'assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie certe, la Società ha diritto alla restituzione della somma pagata e delle relative spese e l'assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

b) Rimborso spese funerarie

In caso di morte all'estero dell'assicurato per infortunio indennizzabile a termini di polizza, **la Società rimborsa, fino alla concorrenza di euro 2.000,00, in eccedenza alla somma assicurata, le spese funerarie comprese quelle per il rimpatrio della salma.**

c) Estensione dell'assicurazione alle ernie traumatiche o da sforzo

L'assicurazione è estesa, limitatamente al caso di invalidità permanente, alle ernie addominali da sforzo alle seguenti condizioni:

- la copertura assicurativa delle ernie decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della polizza;
- qualora l'ernia risulti operabile non verrà corrisposto alcun indennizzo;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo relativo alla somma assicurata per il caso di Invalidità permanente secondo quanto verrà accertato e comunque in misura 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 alle norme in "caso di sinistro".

Qualora per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente assicurazione subentri - senza soluzione di continuità ad altra uguale assicurazione - il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente assicurazione, per gli assicurati, somme e prestazioni dalla stessa già previsti;
- dalla data di decorrenza della presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da essa previste.

d) Rinuncia all'azione di rivalsa

Qualora l'infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del codice civile.

e) Anticipo sull'indennizzo

L'assicurato può richiedere, non prima di 180 giorni dalla data di presentazione della denuncia di sinistro, il pagamento di un acconto sino al massimo del 50% del presumibile indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità e che la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Società, in base alla documentazione acquisita, sia superiore al 30%.

L'acconto della somma da parte della Società potrà avvenire nell'ipotesi che il prevedibile indennizzo sia superiore a euro 10.000,00. Il pagamento sarà effettuato dalla Società entro 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

f) Indennizzi particolari aggiuntivi

La Società indennizza l'Assicurato delle spese sostenute:

- **per riparare danni estetici conseguenti ad infortunio e ciò fino alla concorrenza di euro 1.600,00;**
- **per cure dentarie o parodontarie rese necessarie a seguito di infortunio e ciò fino alla concorrenza di euro 1.600,00.**

Condizione essenziale per l'applicazione di tale estensione di garanzia è che l'infortunio sia indennizzabile a termini di polizza.

g) Invalidità Permanente superiore al 70%

Qualora la somma delle percentuali di invalidità permanente accertate ed indennizzabili a termini di polizza superi il 70% si darà luogo al pagamento di un indennizzo pari al 100% della somma assicurata per invalidità permanente.

Art. 21 - Cumulo di indennizzi - Limite catastofale

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'assicurato muore entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, **la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.**

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo non potrà comunque superare l'importo di euro 2.000.000,00.

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

Art. 22 - Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente assicurazione fosse stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del codice civile.

Art. 23 - Estensione della garanzia infortuni ai viaggi aerei

Estensione sempre valida per l'assicurazione cumulativa di Organizzazioni di Volontariato se di durata annuale

Ferme le norme che regolano l'assicurazione in generale, in deroga a quanto previsto dall'art. 14 "Rischi Esclusi" lettera e), la garanzia è estesa, agli infortuni che gli assicurati subiscano, in qualità di passeggeri, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su veicoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- **su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
- **su aeromobili di aeroclubs;**
- **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio).**

La copertura inizia dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

- a) la presente estensione di garanzia non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno;
- b) in base a quanto previsto dall'art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle norme che regolano l'assicurazione in generale e ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 del codice civile; il contraente, in base a quanto sia o venga a conoscenza: dichiara che la somma dei capitali fra la presente e altre assicurazioni contro gli infortuni, che includono la copertura del rischio volo, stipulate dallo stesso assicurato o da altri sulla sua persona non supera i limiti di:
- euro 1.000.000,00 per il caso di morte;
 - euro 1.000.000,00 per il caso invalidità permanente totale;
- c) s'impegna a comunicare alla Società la successiva stipulazione di altre assicurazioni contro gli infortuni che includano la copertura del rischio volo, stipulate dallo stesso assicurato o da altri sulla sua persona, qualora il totale dei capitali assicurati superi i limiti indicati al punto b);
- d) eventuali aumenti dei limiti, al punto b), devono essere preventivamente concordati con la Società;
- e) la Società dichiara che il premio relativo:
- alla estensione della presente clausola è pari al 1 % del totale dei premi netti di polizza;
 - ai capitali eccedenti quelli indicati al punto b) sarà quello applicato ai livelli correnti del mercato delle assicurazioni aeronautiche.

Norme specifiche malattia

Art. 24 - Rischi Assicurati

L'assicurazione vale esclusivamente per le Malattie professionali, intendendosi per tali ogni alterazione dello stato di salute, non dipendente da infortunio, direttamente determinata dall'attività dichiarata in polizza e con essa in stretto nesso di causalità.

Art. 25 - Rischi Esclusi

L'assicurazione non è operante per:

- le malattie insorte anteriormente alla stipula del contratto, ancorché comunicate alla Società;
- le malattie non direttamente determinate dall'attività dichiarata in polizza e con essa in stretto nesso di causalità;
- l'eliminazione o correzione di malformazioni preesistenti alla stipula del contratto;
- le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli stati ansiosi e depressivi;
- il parto naturale o cesareo;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- le prestazioni aventi finalità estetiche;
- le cure dentarie e delle parodontopatie, salvo i casi di intervento chirurgico stomatologico che comportino ricovero per un periodo superiore a 5 giorni.

Prestazioni

Art. 26 - Invalidità permanente da malattia

In caso di malattia che abbia per conseguenza un'invalidità permanente definitiva di grado non inferiore al 25% e quest'ultima si verifichi entro un anno dal giorno nel quale la malattia è stata denunciata, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali e le

disposizioni seguenti:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	22
32	24
33	26
34	28
35	30
36	32
37	34
38	36
dal 39 al 60	dal 39 al 60
61	65
62	70
63	75
64	80
65	85
66	90
dal 67 al 100	100

La valutazione della invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965 Sezione Industria.

Nei casi di invalidità permanente non previsti dal T.U. la valutazione è concordata tra il medico dell'assicurato ed il consulente medico della Società che tengono conto, con riguardo ai casi di invalidità permanente previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Il diritto è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima. **Sono assicurabili tutte le persone fino all'età di 60 anni.**

Tuttavia nel caso l'assicurato compisse il 60° anno di età in corso di contratto, la garanzia conserverà efficacia fino alla sua naturale scadenza.

Art. 27 - Diaria da ricovero da malattia

La Società corrisponde la diaria giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza in istituto di cura **fino ad un massimo di 90 giorni per ogni malattia.**

L'indennizzo viene corrisposto anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di Day Hospital (degenza diurna), purché effettuata in istituto di cura pubblico italiano o comunque convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale: la degenza diurna deve essere certificata da cartella clinica o da documento sanitario equivalente.

Fermo quanto altro disposto nelle "Norme in caso di Sinistro Infortuni e Malattia", **l'assicurato in caso di malattia, deve presentare la denuncia alla Società non oltre 3 giorni dal ricovero o da quando ne ha avuto possibilità.**

Norme in caso di sinistro infortuni o malattia

Art. 28 - Obblighi del contraente e assicurato

Il contraente o l'assicurato devono:

- fare quanto è loro possibile per evitare o diminuire il danno;
- entro 3 giorni dalla data dell'avvenimento, o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del codice civile, comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società: data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note nonché le modalità di accadimento.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del codice civile;

- far precedere quanto sopra da comunicazione telegrafica in caso di lesioni gravi a persona o decessi.

Inoltre, il contraente o l'assicurato devono:

- trasmettere con la comunicazione di cui sopra il certificato medico attestante la gravità delle lesioni o in caso di malattia trasmettere referto medico attestante la natura della malattia ed il nesso di causalità con l'attività dichiarata in polizza, nonché la necessità del ricovero;
- trasmettere, se esplicitamente richiesto dalla Società e fino a cura ultimata, certificati medici periodici sul decorso dell'infortunio o della malattia ad intervalli non superiori a 15 giorni;
- consentire indagini, accertamenti, fornire documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) ritenuti necessari dalla Società, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'assicurato. In caso di decesso dell'assicurato il presente obbligo spetta ai beneficiari.

Le spese relative ai documenti sono a carico dell'assicurato.

Art. 29 - Controversie - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti anche in relazione al nesso di causalità con l'attività dichiarata in caso di malattia professionale, possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. 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 di voti, con dispensa, da ogni formalità di legge, e sono vincolati per le parti, le quali rinunciano sin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errori e violazioni dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Norme specifiche responsabilità civile terzi

Art. 30 - Oggetto dell'assicurazione

Assicurazione responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi per i quali l'assicurazione è stipulata. L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

L'assicurazione R.C.T. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge n° 222 del 12 giugno 1984.

Art. 31 - Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per i danni che avvengano nel territorio di tutti i paesi Europei esclusi i paesi della ex URSS.

Art. 32 - Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione R.C.T.:

- a) **il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;**
- b) **quando l'assicurato non sia un persona fisica, il legale rappresentate, il socio a responsabilità limitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lettera a);**
- c) **le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio; i subappaltatori e loro dipendenti, nonché tutti coloro che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'assicurato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'assicurazione;**
- d) **se il contraente è una associazione, questa nei confronti dei singoli soci volontari effettivi responsabili del sinistro.**

Art. 33 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione R.C.T. non comprende i danni:

- a) **da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;**
- b) **da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il 16° anno di età;**
- c) **alle opere in costruzione, a quelle sulle quali si eseguono i lavori;**
- d) **alle cose trasportate su mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito delle anzidette operazioni;**
- e) **conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, a interruzione, impoverimento di falde acquifere di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;**
- f) **dalla inosservanza o violazioni delle vigenti norme di prevenzioni infortuni e della tutela della salute dei lavoratori;**
- g) **da furto e incendio;**
- h) **a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'assicurato o da lui detenute;**
- i) **provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'assicurato e della cui opera**

questi si avvalga nell'esercizio della propria attività salvo che si tratti dei familiari dell'assicurato di cui alla lettera a) del precedente art. 32 "Persone non considerate terzi", della cui opera egli si avvalga, nell'esercizio della propria attività e limitatamente ai danni da loro causati mentre svolgono tale attività;

- l) derivanti dalla proprietà di fabbricati e dei relativi impianti fissi che non costituiscono beni strumentali per lo svolgimento dell'attività assicurata;
- m) alle cose che l'assicurato detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- n) alle cose trovantisi nell'ambito di esecuzione dei lavori stessi;
- o) a mezzi di trasporto sotto carico o scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni, nonché alle cose sugli stessi trasportate;
- p) a condutture ed impianti sotterranei in genere, a fabbricati ed a cose in genere dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazioni del terreno, da qualsiasi causa determinati;
- q) cagionati da opere o installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori, nonché i danni cagionati da prodotti e cose in genere dopo la consegna a terzi; per le opere che richiedono spostamenti successivi dei lavori e, comunque, ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori che la riguardano e, comunque, dopo 30 giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso ed aperta al pubblico;
- r) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
- s) da detenzione o impiego di esplosivi;
- t) derivanti dall'espletamento di attività professionale in genere. Sono in ogni caso esclusi i rischi professionali per il personale medico, compresi tirocinanti, e paramedico in generale;
- u) derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- v) direttamente o indirettamente, derivanti anche in parte dall'asbesto o da qualsiasi altra sostanza, contenente in qualunque forma, asbesto.

Art. 34 - Pluralità di assicurati

Qualora l'assicurazione venga prestata per una pluralità di assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati fra di loro.

Art. 35 - Gestione delle vertenze di danno - spese legali

La Società assume fino a quando ne ha l'interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, in nome dell'assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'assicurato stesso. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e assicurato in proporzione del rispettivo interesse. **La Società non riconosce spese incontrate dall'assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.**

Art. 36 - Estensioni di garanzia sempre operanti

La garanzia di responsabilità civile è estesa a:

a) Proprietà e/o conduzione dei fabbricati

La garanzia comprende la responsabilità derivante all'assicurato dalla sua qualità di proprietario e/o conduttore del fabbricato o della porzione di fabbricato sede dell'attività descritta in polizza.

Sono equiparati ai fabbricati gli impianti fissi destinati alla loro conduzione, compresi ascensori e montacarichi.

L'assicurazione comprende i rischi delle antenne radiotelevisive e paraboliche, gli spazi adiacenti di pertinenza del fabbricato, anche tenuti a giardino, il tutto comunque riferito all'impresa. **La garanzia non comprende i danni derivanti:**

- **da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamenti, sopraelevazione o demolizione;**
- **da spargimento d'acqua o da rigurgiti di fogne, salvo che siano conseguenti a rotture accidentali di tubazioni o condutture nel qual caso il risarcimento verrà corrisposto con una franchigia fissa a carico dell'assicurato di euro 100,00;**
- **nonchè quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio ed in genere da insalubrità dei locali;**
- **da attività esercitate diverse da quelle indicate in polizza.**

b) Partecipazione a manifestazioni, mostre non permanenti

L'assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'assicurato per danni arrecati a terzi conseguenti alla partecipazione a manifestazioni, mostre non permanenti, nonché alla proprietà, conduzione, allestimento e smontaggio degli stand e relativi impianti.

c) Responsabilità civile dei dipendenti e/o dei volontari

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile personale dei dipendenti del contraente, per danni a persone o a cose involontariamente cagionati a terzi, escluso il contraente stesso, nello svolgimento delle loro mansioni, compresa la responsabilità del dipendente responsabile della sicurezza di cui al D.L. 626/94.

Agli effetti di questa estensione di garanzia, sono considerati terzi anche i dipendenti del contraente, a parziale deroga dell'art. 33 "Rischi esclusi dall'assicurazione", capoverso f), sempreché dall'evento derivino la morte o lesioni personali gravi o gravissime, così come definite dall'art. 583 del codice penale.

d) Prestazioni medico - sanitarie

Qualora durante l'attività di volontariato indicata in polizza debbano essere effettuate, per necessità contingenti, prestazioni medico-sanitarie, la garanzia si intende valida, in deroga all'art. 33 "Rischi esclusi dall'assicurazione" capoverso t), anche per l'effettuazione di tali prestazioni.

Resta comunque convenuto che la garanzia sarà operante solo a condizione che gli assicurati siano in possesso dei requisiti di legge con specifica abilitazione professionale.

e) Guardie armate e cani da guardia

La copertura si estende ai danni dovuti all'operato di eventuali guardiani anche armati, purché l'uso e la detenzione delle armi avvenga secondo le norme di legge; nonché dalla proprietà di cani da guardia.

f) Smercio

La garanzia comprende i danni causati dai generi somministrati, esclusi quelli dovuti a vizio originario del prodotto, entro un anno dalla consegna e comunque durante il periodo di validità della polizza.

Per i generi alimentari di produzione propria somministrati, l'assicurazione vale anche per i danni dovuti a difetto originario del prodotto.

Il massimale per sinistro rappresenta il limite di garanzia per ogni periodo assicurativo annuo o di minor durata della polizza.

g) Lavori presso terzi

A parziale deroga dell'art. 33 "Rischi esclusi dall'assicurazione" capoversi c) e h), la garanzia comprende i danni ai locali ove si eseguono i lavori ed alle cose, trovantisi nell'ambito di esecuzione

dei lavori stessi, che, per volume o peso, non possono essere rimosse. Sempre limitatamente ai lavori eseguiti presso terzi, la garanzia vale anche per i danni a cose conseguenti ad incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute. **La presente estensione è prestata con uno scoperto del 10% con il minimo di euro 150,00 e con un massimo risarcimento per sinistro ed anno assicurativo di euro 25.000,00.**

h) Committenza auto

L'assicurazione si estende alla Responsabilità Civile derivante all'assicurato ai sensi dell'art. 2049 del codice civile per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti regolarmente iscritti nei libri paga a norma di legge in relazione alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà od in usufrutto dell'assicurato od allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati. La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate.

È fatto salvo in ogni caso il diritto di surrogazione della Società nei confronti dei responsabili. La garanzia è valida a condizione che al momento del sinistro il veicolo sia guidato da un dipendente dell'assicurato munito di regolare patente di abilitazione, nei limiti territoriali dello Stato Italiano, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

La presente estensione è prestata con l'applicazione, per ogni sinistro di una franchigia fissa di euro 250,00.

i) Danni a mezzi sotto carico e scarico

La garanzia comprende i danni a mezzi di trasporto sotto carico o scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni. In deroga all'art' 33 "Rischi esclusi dall'assicurazione", capoverso o), **la presente estensione di garanzia è prestata per ogni sinistro con una franchigia assoluta di euro 250,00.**

Norme in caso di sinistro di responsabilità civile

Art. 37 - Obblighi del Contraente e Assicurato

In caso di sinistro il contraente o l'assicurato deve darne avviso scritto e circostanziato all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale al diritto all'indennizzo (art. 1915 del codice civile).

All'avviso di sinistro, l'assicurato deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro, adoperandosi per l'acquisizione degli elementi di difesa nonché, se la Società lo richieda, per un componimento amichevole, astenendosi in ogni caso da qualsiasi riconoscimento di responsabilità. La Società ha diritto di avere in visione i documenti concernenti sia l'assicurazione obbligatoria sia l'infortunio denunciato in relazione all'assicurazione stessa, che abbia dato luogo al reclamo per responsabilità civile. Per quanto riguarda la gestione della vertenza del danno si rimanda all'art. 35 "Gestione delle vertenze di danno - spese legali" delle norme specifiche della Responsabilità Civile.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(che integrano le norme specifiche Infortuni, Malattia e Responsabilità Civile quando l'assicurazione sia riferita ad una delle forme sottoindicate)

Assicurazioni in forma individuale

a) Volontario

L'assicurazione è prestata a favore dell'assicurato indicato in polizza, esclusivamente durante il volontariato, nell'attività e presso l'Ente Pubblico indicati in polizza.

b) Tirocinante

L'assicurazione è prestata a favore dell'assicurato indicato in polizza, esclusivamente durante il tirocinio, nell'attività e presso l'Ente Pubblico o Privato indicati in polizza.

c) Prestatore occasionale

L'assicurazione è prestata a favore dell'assicurato indicato in polizza, esclusivamente durante la prestazione di lavoro non subordinato, nell'attività e presso l'Ente Pubblico o Privato indicato in polizza.

Assicurazioni in forma cumulativa

d) Prestatori occasionali

L'assicurazione è prestata a favore degli assicurati indicati in polizza, esclusivamente durante la prestazione di lavoro non subordinato, nell'attività e presso l'Ente Pubblico o Privato indicati in polizza.

e) Organizzazione di Volontariato

(Legge N. 266 11.8.91, D.L. 14.2.92 e 16.11.92)

L'assicurazione è prestata a favore di tutti gli iscritti all'Organizzazione, esclusivamente nello svolgimento dell'attività di volontariato indicata in polizza, effettuata nei modi e nei termini stabiliti dall'Organizzazione stessa.

Per l'identificazione delle persone assicurate e per la determinazione del loro numero, si farà riferimento al "Registro dei Volontari" la cui tenuta è obbligatoria come stabilito dalla succitata Legge.

Per coloro che aderiscono all'Organizzazione o cessano l'attività successivamente alla stipula della polizza, l'assicurazione decorre o cessa dalle ore 24 del giorno di iscrizione o cancellazione dal Registro.

Il premio pro-capite è determinato sulla base delle dichiarazioni rese dal contraente sul questionario allegato in polizza, che ne forma parte integrante. Il premio totale annuo viene stabilito in base al numero di iscritti alla data di decorrenza della polizza. **Entro 15 giorni dal termine di ciascuna annualità il contraente è tenuto a comunicare alla Società il nuovo numero degli iscritti, affinché la Società possa procedere:**

- 1) alla determinazione del nuovo premio per l'annualità successiva;
- 2) alla regolazione del premio per l'annualità trascorsa:
 - 2a) la regolazione verrà calcolata in ragione del 50% del premio stabilito nella scheda di polizza per ciascun iscritto in più rispetto a quelli dell'annualità precedente; qualora il numero degli iscritti per l'annualità successiva risultasse inferiore, non si procederà alla regolazione del premio, intendendosi acquisito dalla Società il premio relativo all'annualità precedente a titolo di premio minimo anticipato;
 - 2b) in mancanza della comunicazione dei dati necessari alla regolazione del premio, si

intenderà confermato il numero degli iscritti della precedente annualità.

Qualora la consistenza numerica effettiva degli iscritti all'inizio di ciascuna annualità dovesse risultare maggiore di quella indicata in polizza o nelle successive appendici di regolazione, in caso di sinistro, le somme liquidate verranno ridotte con le seguenti regole:

- in caso di sinistro infortuni o malattia, le somme complessivamente assicurate si considerano proporzionalmente ridotte per tutti gli assicurati;
- in caso di sinistro responsabilità civile il risarcimento verrà proporzionalmente ridotto, nei limiti dei massimali ridotti in uguale proporzione.

Se il contraente non provvede al pagamento dell'appendice di regolazione entro 15 giorni dalla sua presentazione, il premio pagato per l'annualità successiva viene considerato in conto o a garanzia di quello dovuto per la regolazione e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno di pagamento della regolazione premio, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti se il contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE

Art. 1891 cod. civ. - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 cod. civ. - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di voler esercitare impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 cod. civ. - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazioni da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 cod. civ. - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.

Art. 1897 cod. civ. - Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La comunicazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 cod. civ. - Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1900 cod. civ. - Sinistri cagionati con dolo o colpa grave dell'assicurato o dei suoi dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

Art. 1901 cod. civ. - Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1907 cod. civ. - Assicurazione parziale

Se l'assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro, l'assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta, a meno che non sia diversamente convenuto.

Art. 1908 cod. civ. - Valore della cosa assicurata

Nell'accertare il danno non si può attribuire alle cose perite o danneggiate un valore superiore a quello che avevano al tempo del sinistro. Il valore delle cose assicurate può essere tuttavia stabilito al tempo della conclusione del contratto, mediante stima accettata per iscritto dalle parti. Non equivale a stima la dichiarazione di valore delle cose assicurate contenuta nella polizza o in altri documenti. Nell'assicurazione dei prodotti del suolo il danno si determina in relazione al valore che i prodotti

avrebbero avuto al tempo della maturazione o al tempo in cui ordinariamente si raccolgono.

Art. 1910 cod. civ. - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve dare l'avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art 1913, indicando a ciascuno assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purchè le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 cod. civ. - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari.

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1913 cod. civ. - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro 24 ore.

Art. 1914 cod. civ. - Obbligo di salvataggio

L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.

L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.

L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915 cod. civ. - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 cod. civ. - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2049 cod. civ. - Responsabilità dei padroni e dei committenti

I padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti.

Art. 2952 cod. civ. - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni e quelli derivanti dal contratto di riassicurazione in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento delle indennità.



SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA
SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE:
LUNGADIGE CANGRANDE, 16 - 37126 VERONA (ITALIA)
TEL. 045 8 391 111 - FAX 045 8 391 112

www.cattolica.it

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - C.F./P.I. e n. di iscriz. al reg. delle imprese di VR 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di VR n. 9962 - Soc. iscritta all'Albo delle Soc. Coop. al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa aut. all'eserc. delle assic. a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923

www.cattolica.it