

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DELLA
NOTA INFORMATIVA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE
POLIZZA AI SENSI DELL'ART. 123 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 175
DEL 17 MARZO 1995

IL CONTRAENTE

b

Altre dichiarazioni del Contraente - Il Contraente, con riferimento al disposto degli artt. 1892 - 1893 - 1894 del C.C. dichiar

1) ha in corso per gli stessi assicurati le seguenti polizze:

2) non gli sono state annullate, negli ultimi due anni, polizze per i medesimi rischi; in caso contrario indicare qu
di quali Compagnie ed i motivi dell'annullamento:

GENERALI DISDESTA POLIZZA NEL 2009

3) ha ricevuto i seguenti allegati di polizza: Allegato n.1 mod. 1080/A Infoetuni ed. 2006 ed App. 1 edizione 2008

4) i rischi garantiti con la presente polizza non sono assicurati presso Società poste in liquidazione coatta ammi
con contratti trasferiti ad altra impresa a norma del D.L.26/9/78 n.576, così come convenuto nella Legge 24/11/78



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196 e successive modificazioni

Preso atto delle informazioni che Le abbiamo comunicato in relazione al trattamento dei Suoi dati personali:

Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi assicurativi

Per poter emettere e dare esecuzione al contratto di assicurazione, nonché all'eventuale redistribuzione del rischio, e per adempiere a obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, **è necessario che Lei consenta** per iscritto a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa di:

- utilizzare i Suoi dati personali, compresi quelli sensibili;
- comunicarli alle categorie di enti terzi specificati nell'informativa;
- trasferirli all'estero.

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------

Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi statistici, informativi e promozionali

Inoltre, come già specificato, Lei può decidere liberamente di dare o meno il Suo consenso a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa per l'utilizzo dei Suoi dati personali (a esclusione di quelli sensibili) per scopi statistici, informativi e promozionali; tale consenso è utile per migliorare i servizi e farLe conoscere nuovi prodotti della nostra azienda e di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

Le ribadiamo che il Suo consenso è del tutto facoltativo e il Suo rifiuto non produrrà alcun impedimento all'esecuzione del contratto di assicurazione.

In particolare, Lei può consentire a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa di utilizzare i Suoi dati personali (a esclusione di quelli sensibili) per:

- rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche, anche tramite società terze incaricate delle suddette operazioni;
- realizzare iniziative promozionali;
- comunicarli alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, per lo svolgimento delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali.

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Luogo e data Bene 01/07/2009

N° documento (polizza, proposta) 2043-31-2043

CONTRAENTE Nome e cognome (leggibile)

e [Firma]


ALTRI SOGGETTI (DIVERSI DAL CONTRAENTE) PRESENTI NEL CONTRATTO
(ad esempio: assicurato, conducente, altro)

Nome e cognome (leggibile)

Firma

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196
e successive modificazioni (di seguito chiamata Legge)

I. UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI

I Suoi dati personali, forniti da Lei o da altri per suo conto, sono utilizzati da Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa allo scopo di:

- emettere e dare esecuzione al contratto di assicurazione, ivi comprese la gestione e la liquidazione dei sinistri e l'assistenza alla clientela;
- qualora necessario, ridistribuire il rischio derivante dalla stipula del contratto di assicurazione, mediante la conclusione di contratti di coassicurazione e di riassicurazione;
- adempiere a obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, connessi con l'attività assicurativa.

Tali dati, senza i quali non potremmo dar corso al contratto di assicurazione, si riferiscono alle seguenti categorie: dati anagrafici e altri elementi di identificazione personale, dati attinenti il rischio o il servizio assicurato ivi compresi eventuali dati personali sensibili, dati relativi alle modalità del pagamento premi e del risarcimento sinistri.

II. UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI STATISTICI, INFORMATIVI E PROMOZIONALI

Qualora Lei acconsenta, i Suoi dati personali, a esclusione di quelli sensibili, saranno utilizzati da Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa al fine di:

- rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche;
- svolgere attività promozionale dei propri prodotti e servizi e di quelli di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

In aggiunta questi Suoi dati potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni per il perseguimento, da parte delle stesse, delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali.

La mancata prestazione del consenso avrà come unica conseguenza l'impossibilità di trattare i Suoi dati per tali fini e non produrrà alcun impedimento all'esecuzione del contratto di assicurazione.

III. MODALITÀ D'USO E CIRCOLAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per gli scopi sopra indicati, utilizzando supporti cartacei e informatici. È previsto l'utilizzo del telefono e della posta elettronica.

Il trattamento dei Suoi dati personali è svolto direttamente dagli incaricati preposti di Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa e di altri soggetti, in taluni casi operanti all'estero, che collaborano con la stessa e che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa e assicurativa. A essi vengono trasmessi solo i Suoi dati personali necessari per lo svolgimento dei compiti loro affidati.

Si tratta, in modo particolare, di: intermediari di assicurazione e riassicurazione, società di assicurazione e riassicurazione; consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliare

per nostro conto quali legali, periti e medici; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria; cliniche mediche; società di riparazione danni; società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e di stampa; società di servizi amministrativi; società di servizi assicurativi quali valutazione dei rischi, gestione e liquidazione dei sinistri; società di servizi postali; società di revisione; società di ricerche di mercato; società di informazione commerciale, società di servizi investigativi, società di recupero crediti.

Sempre per il perseguimento delle medesime finalità potremmo avere la necessità di trasmettere i Suoi dati ad altri soggetti terzi: ANIA, ISVAP, CONSAP, Casellario Centrale Infortuni, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (ad esempio: INPS, INAIL, ecc.), altri organismi consortili propri del settore assicurativo (ad esempio: Convenzione Assicurativa Risarcimento Diretto CARD, Concordato Cauzione e Credito, Pool Handicappati, ecc.).

In alcuni casi la comunicazione avviene per obbligo di Legge, regolamento o normativa nazionale o comunitaria (lo prevedono ad esempio la disciplina di antiriciclaggio e la normativa in materia di controllo societario e contabile e di vigilanza sull'attività assicurativa), oppure per l'esercizio di azioni a tutela dell'attività assicurativa, ad esempio, contro le frodi.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie di soggetti terzi.

I Suoi dati personali non saranno diffusi.

IV. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto, ai sensi della Legge, di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati personali e di conoscerne il contenuto, l'origine, le finalità e le modalità di trattamento, verificarne l'esattezza o chiederne l'aggiornamento. Qualora i dati siano trattati in violazione della Legge, Lei ha il diritto di chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco. Inoltre Lei si può opporre in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per visionare l'elenco aggiornato dei responsabili per i trattamenti, Lei si potrà rivolgere a **Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa**, Titolare del trattamento dati, contattando il **Centro di Competenza Privacy e Sicurezza delle Informazioni**, Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona, oppure inviando un messaggio di posta elettronica all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it.

Capitolato polizza n. 2043.31.002043
Assicurazione Infortuni Centro Sportivo Italiano

CONDIZIONI PARTICOLARI

A parziale deroga delle condizioni generale di assicurazione infortuni modello 1080/A ed. 2006, si conviene quanto segue:

ASSICURATI E OGGETTO DELLA GARANZIA

A termini delle condizioni generali di assicurazione della suddetta polizza – fatte salve deroghe e modifiche di cui ai punti seguenti – la infrascritta Società assicura contro gli infortuni, come definiti dalle condizioni particolari di assicurazione, tutti i tesserati del CENTRO SPORTIVO ITALIANO, intendendosi per tali i titolari della tessera, numerata e datata del CENTRO SPORTIVO ITALIANO. Detta, che è il titolo che costituisce diritto alla presente garanzia assicurativa, verrà rilasciata a cura del CENTRO SPORTIVO ITALIANO a mezzo dei suoi organi periferici (Comitati Regionali, Provinciali, Territoriali, Società Affiliate), da questo specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura a favore di ogni singolo associato decorre dal giorno successivo a quello del tesseramento fino al termine della stagione sportiva e comunque fino ad un massimo di 365 giorni. La garanzia vale altresì per le durate delle manifestazioni a cui si riferiscono anche se terminano oltre la scadenza contrattuale e purché siano iniziate prima di dette scadenze.

► Oggetto della garanzia

L'assicurazione viene prestata per gli infortuni subiti dall'ASSICURATO (ossia la persona tesserata CSI per la quale è prestata la garanzia):

- a) durante la pratica di tutti gli sport promossi dal CENTRO SPORTIVO ITALIANO e relativi allenamenti e prove, anche se effettuati a titolo di preparazione personale;
- b) durante la partecipazione alle attività associative, ricreative, sportive ricreative formative turistiche e culturali in genere organizzate e/o promosse dall'associazione o dalle società/associazioni sportive socie ed affiliate al CSI.

Le garanzie previste in polizza si intendono operanti e valide per tutte le manifestazioni sportive e gare a cui i tesserati CSI intendano partecipare, comprese quelle organizzate da altri enti in collaborazione e/o in accordo con CSI contemplate nei calendari sportivi del CSI.

L'assicurazione è estesa ai viaggi ed ai trasferimenti effettuati a piedi o con i normali mezzi di trasporto pubblici o da noleggio (esclusi aerei) e decorre da quando il tesserato lascia la sua residenza abituale e cessa al momento in cui vi rientra.

Per gli arbitri, i giudici di gara e gli ausiliari sportivi, il viaggio per l'espletamento degli incarichi loro affidati può essere effettuato anche con i normali mezzi di trasporto privati (esclusi aerei).



(L'ASSICURATORE)

AGENZIA GENERALE
FRASOELLA
Soc. Cattolica di Assicurazione
ROMA - PIAZZA DI SPAGNA
Via della Vite, 5 - 00187 ROMA
Tel./Fax 06 6792501 - 06 69799763



TESSERATI DISABILI

I Tesserati C.S.I., non vedenti, portatori di handicap e disabili in genere, purché il loro numero non superi l'1% del totale di tutti i tesserati, usufruiranno per gli infortuni personali delle stesse garanzie assicurative previste dalla vigente convenzione per i tesserati normodotati. Si conviene tra le Parti che in caso di superamento del 1% questa garanzia si intende inoperante ai sensi dell'artt.1341 e 1342 CC.

DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre dal giorno successivo a quello del tesseramento.

SOMME ASSICURATE

►Voci relative al risarcimento e massimali

Ciascuna persona si intende assicurata per le seguenti prestazioni:

TESSERATI

Le voci relative al risarcimento a seguito di infortunio riguardano esclusivamente:

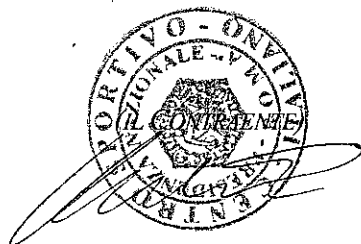
€ 61.975,00 in caso di Morte
Fino a € 51.646,00 in caso di Invalidità Permanente
Fino a € 2.582,00 per Rimborso Spese Sanitarie
€ 25,82 per Indennità Giornaliera in caso di Ricovero

MANIFESTAZIONI FREE SPORT

€ 51.646,00 in caso di Morte
Fino a € 61.975,00 in caso di Invalidità Permanente

ACQUATICITA' (da zero a tre anni)

€ 10.329,00 in caso di Morte
Fino a € 25.823,00 in caso di Invalidità Permanente
Fino a € 1.033,00 per Rimborso Spese Sanitarie



(L'ASSICURATORE)



AGENZIA GENERALE
FRASCELLA
Soc. Cattolica di Assicurazione
ROMA - PIAZZA DI SPAGNA
Via della Vite, 5 - 00187 ROMA
Tel./Fax 06 6792501 - 06 69799763

FRANCHIGIE

INVALIDITA' PERMANENTE

Sulla somma assicurata per Invalidità permanente opera una franchigia assoluta del 5%. Pertanto, si conviene che non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% della totale; se invece la percentuale di invalidità permanente supera il 5% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente detta percentuale. Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

DIARIA RICOVERO

L'indennità in caso di ricovero viene corrisposta a partire dal terzo giorno successivo a quello computabile a termini del suddetto articolo e per un periodo massimo di 60 giorni.

RIMBORSO SPESE MEDICHE

Si precisa che le spese mediche sostenute a seguito di infortunio saranno rimborsate indipendentemente dalla invalidità permanente, ma con una franchigia di Euro 200,00 sulle spese mediche effettivamente sostenute.

Per ogni infortunio indennizzabile a termini di polizza la compagnia assicurativa rimborso le spese entro il massimale menzionato, per:

- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici);
- le cure, i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi sono tutti risarcibili solo se prescritti dalla ASL, da un ospedale (o comunque da un ente pubblico); in particolare le spese relative alla fisioterapia saranno rimborsate solo se rese necessarie da intervento chirurgico o da lesioni ossee a seguito di infortunio;
- le cure termali: sono escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera;
- non è indennizzabile l'invalidità temporanea e l'ingessatura;
- gli onorari dei medici nonché in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- l'uso della sala operatoria e il materiale di intervento;
- le rette di degenza in ospedali e clinica;
- i ticket sanitari in genere;
- il trasporto dell'Assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza.

E' invece escluso il rimborso delle spese per acquisto o noleggio di apparecchi ortopedici, protesi di qualsiasi genere (salvo che siano applicate durante l'eventuale intervento chirurgico) e di carrozzelle ortopediche.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la garanzia vale per le eventuali spese o eccedenze di spesa rimaste a suo carico.

(IL CONTRAENTE)



(L'ASSICURATORE)

AGENZIA GENERALE
FRASCELLA
Soc. Cattolica di Assicurazione
ROMA - PIAZZA DI SPAGNA
Via delle Vite, 5 - 00187 ROMA
Tel./Fax 06 6792501 - 06 69799763

La compagnia effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi in originale.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata con la presentazione di un certificato di avvenuta guarigione.

MASSIMO CATASTROFALE PER UNICO EVENTO

Nel caso di infortunio che colpisce contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 2.582.285,00. Qualora le indennità liquidabili ai sensi della polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

PERSONE NON ASSICURABILI

A parziale deroga delle condizioni generali di assicurazione:

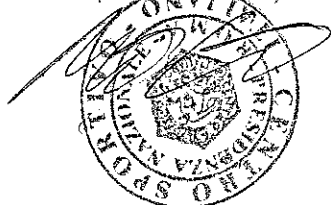
- 1) non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, fatto salvo quanto previsto nel precedente articolo "Tesserati Disabili".
L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art.1898 del Codice Civile;
- 2) Il limite di età viene elevato a 90 anni, con l'intesa che:
 - Per le persone di età superiore a 70 anni e fino a 75 anni gli indennizzi dovuti vengono ridotti di 1/3;
 - Per le persone di età superiore a 75 anni e fino a 90 anni gli indennizzi dovuti vengono ridotti di 2/3.

ESTENSIONE DI GARANZIA – ESCLUSIONI

A parziale deroga delle condizioni generali di assicurazione:

- Sono compresi in garanzia anche le lesioni (esclusi gli infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- Sono esclusi dall'assicurazione :
 - Gli infortuni derivanti dalla guida ed uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
 - Gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli (fatta eccezione per gli arbitri e giudici di gara) o natanti a motore;
 - Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, con esclusioni delle manifestazioni di motoraduni, autoraduni, purché previste dai calendari delle attività dell'Associazione;
 - Gli infortuni derivanti da inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
 - Gli infortuni derivanti da guerra ed insurrezione, salvo quanto in appresso indicato;
 - Gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
 - Gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
 - Le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - Le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
 - Infarti e le ernie di qualsiasi tipo.

(IL CONTRAENTE)



(L'ASSICURATORE)



STATO DI GUERRA E DI INSURREZIONE

A parziale deroga di quanto precedentemente previsto, la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione 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 gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. La presente estensione non opera in caso di infortuni aereonautici e per coloro che prestano il servizio militare.

DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

Ad integrazione delle condizioni generali di assicurazione, si precisa che:

- La denuncia dell'infortunio deve essere corredata anche da fotocopia della tessera associativa e da tutte le notizie inerenti alla posizione associativa dell'Assicurato;
- La denuncia dell'infortunio deve essere fatta entro 5 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, comunque, nei 45 giorni successivi all'infortunio;
- Dalla cessazione delle cure mediche l'Assicurato dovrà presentare alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli. Nel caso che dalle lesioni di infortunio residui invalidità permanente, l'Assicurato avrà cura che il medico estensore del predetto certificato definitivo descriva dettagliatamente la natura ed il carattere dei postumi residuati dalla lesione. In base a tale certificato, la Società, se del caso è trascorso il necessario periodo di stabilizzazione dei postumi, provvederà a sottoporre l'Assicurato ad accertamento medico fiduciario, al fine di stabilire definitivamente l'esistenza e l'entità dell'Invalidità Permanente oggetto di indennizzo;
- Le spese relative alle certificazioni sono a carico dell'Assicurato.

ESONERO DENUNCIA GENERALITA'

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate. Per l'identificazione delle medesime si fa riferimento alle tessere rilasciate dalla Contraente e ai registri ufficiali tenuti dalla Contraente stessa, documenti che quest'ultima si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli. Tali persone dovranno essere in condizioni di assicurabilità a norma delle condizioni generali di assicurazione e di quanto sopra indicato.

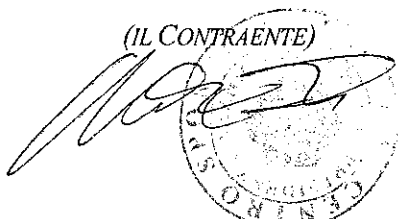
ESONERO DENUNCIA INFERMITA'

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli assicurati fossero affetti o che dovessero in seguito sopravvivere (salvo che si tratti di persone) trovantisi nelle condizioni fisiche di cui alle condizioni generali di assicurazione o da ritenersi, come tali, per regola non assicurabili, fermo restando il disposto dell'articolo inerente ai criteri di indennizzabilità.

ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

La contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio o per lo stesso rischio; permane invece, l'obbligo per la Contraente di denunciare le altre eventuali assicurazioni che la stessa avesse in

(IL CONTRAENTE)



(L'ASSICURATORE)

AGENZIA GENERALE
FRASCCELLA
Soc. Cattolica di Assicurazione
ROMA - PIAZZA DI SPAGNA
Via della Vittoria, 5 - 00187 ROMA
Tel./Fax 06 6792501 - 06 69799763



corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza.

PREMIO E REGOLAZIONE

Il premio imponibile si intende stabilito in € 0,90 per tesserato.

Il premio minimo comunque dovuto alla società per ciascun anno assicurativo è fissato in € 450.000,00 (numero 500.000 tesserati per €0,90).

Tale premio minimo garantito viene corrisposto nella misura del 50% all'atto del perfezionamento della suindicata polizza e per il restante 50% il 1 gennaio di ciascun anno, con l'intesa che entro la data del 31 agosto di ciascuna anno assicurativo la Contraente è tenuta a fornire alla Società l'elenco sottoscritto dal suo legale rappresentante riportante il numero effettivo dei tesserati relativi al periodo considerato affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

La mancata comunicazione da parte della Contraente entro il termine anzidetto dei dati occorrenti per la regolazione, costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Le differenze attive risultanti dalle regolazioni comunicate dalla Società devono essere pagate entro e non oltre il 31 dicembre di ciascun anno.

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

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

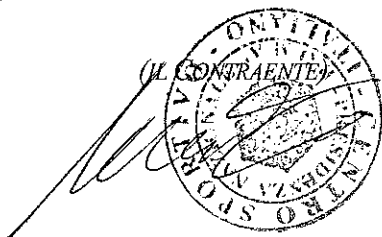
La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali la contraente è tenuta a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Resta inteso che, in nessun caso, la somma dovuta a titolo di premio minimo potrà essere inferiore al premio di una intera annualità al netto della regolazione.

A parziale deroga di quanto più su regolamentato, si conviene espressamente tra le Parti che qualora non siano rispettati i termini del pagamento della regolazione del premio, gli infortuni occorsi in ciascun anno tra il 31/08 e il 31/12 successivo nonché quelli occorsi a far data dal 01/01 e sino al pagamento del premio di regolazione non saranno ritenuti indennizzabili ai sensi artt.ex 1341 e 1342 cc.

Per le attività FREE SPORT, il premio imponibile si intende stabilito in € 0,19 per ciascun partecipante. La copertura assicurativa opererà solo per il caso di Morte e Invalidità Permanente entro i massimali previsti e si intende prestata per i partecipanti, organizzatori ed addetti ai lavori delle manifestazioni in argomento e riferita complessivamente a 50.000 tesserati, per un premio minimo comunque garantito di € 9.555,00 salvo successiva regolazione da effettuarsi nei termini generali sopraindicati.

La copertura assicurativa sarà valida nei giorni previsti dal calendario delle manifestazioni, le eventuali modifiche nelle date e nei luoghi di svolgimento ivi stabiliti, dovranno essere preventivamente comunicate per iscritto alla Società, anche a mezzo fax, almeno 24 ore prima della loro effettuazione. La decorrenza della copertura per ogni manifestazione, se già denunciata avrà inizio dalla prima ora e terminerà alle ore 24.00 del giorno previsto per il termine. Qualora tali dati non vengano invece denunciati nei termini succitati, la garanzia decorre un'ora dopo il ricevimento via fax della suddetta comunicazione.



(L'ASSICURATORE)
AGENZIA GENERALE
FRASCCELLA
Soc. Cattolica di Assicurazione
ROMA - PIAZZA DI SPAGNA
Via della Vite, 5 - 00187 ROMA
Tel./Fax 06 6792501 - 06 69799763

RECESSO PER SINISTRO

Le Parti convengono che ciascuna di esse potrà recedere dal contratto ad ogni scadenza annuale con preavviso con lettera raccomandata di almeno 60 giorni.

Fermo il resto.



(L'ASSICURATORE)

 **AGENZIA GENERALE
FRASCCELLA**
Soc. Cattolica di Assicurazione
ROMA - PIAZZA DI SPAGNA
Via de'la Vite, 5 - 00187 ROMA
Tel./Fax 06 6792501 - 06 69799763



Mod. 1080/A
ed. 2006

CATTOLICA
SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE

INDICE

ALLEGATO N. 1 ALLA POLIZZA INFORTUNI

DEFINIZIONI

Pag. 3

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Pag. 3

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Pag. 5

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Pag. 12

CONDIZIONI PARTICOLARI

Pag. 14



DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

- per **Assicurazione**: il contratto di assicurazione;
- per **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione;
- per **Contraente**: il soggetto che stipula e sottoscrive il contratto;
- per **Assicurato**: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per **Società**: l'impresa assicuratrice;
- per **Premio**: la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- per **Sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per **Indennizzo**: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per **Infortunio**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

Art. 2 - Altre assicurazioni - Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società la esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio: in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 C.C.

Art. 3 - Pagamento del premio - L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalla ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 C.C.

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

Nel caso in cui il premio sia superiore a euro 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00), il pagamento dovrà avvenire esclusivamente tramite bonifico bancario:

- sul conto corrente intestato a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa e indicato nella nota informativa;
- oppure sul conto corrente di agenzia autorizzato da Cattolica.

AVVERTENZA: in presenza di pagamento contestuale di più premi riferiti a contratti diversi, e quindi con un'unica operazione di pagamento, il cui importo sia superiore complessivamente a euro 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00), lo stesso dovrà avvenire esclusivamente tramite bonifico bancario con le modalità sopra indicate.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione - Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio - Il Contraente 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 C.C.

Art. 6 - Diminuzione del rischio - Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro - In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne abbiano avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 C.C.

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

Art. 8 - Disdetta in caso di sinistro - Qualora il contraente sia consumatore ai sensi dell'articolo 1469 bis del codice civile, dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In ogni caso di recesso Cattolica rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Qualora il contraente non sia consumatore ai sensi dell'articolo 1469 bis del codice civile, dopo ogni denuncia di sinistro, Cattolica ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso è comunicato al contraente con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

Cattolica rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 9 - Proroga del contratto - In mancanza di disdetta inviata a mezzo di lettera raccomandata a.r. e pervenuta a Cattolica 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 del Contraente.

Art. 11 - Foro competente - Foro competente, a scelta della parte attrice, può essere quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società o quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge - Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione - L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- l) la folgorazione;
- m) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria.

Art. 14 - Rischi esclusi - Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- 2) dalla guida
 - ❖ di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B,
 - ❖ di macchine agricole e operatrici,
 - ❖ di natanti a motore per uso non privato;
- 3) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 4) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri) salvo quanto disposto al successivo Art. 15);
- 5) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- 6) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti federazioni od organismi sportivi riconosciuti dal CONI;
- 7) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- 8) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 9) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 10) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- 11) da rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla Clausola di esclusione dei

rischi di energia nucleare (Nuclear Energy Risks Exclusion Clause NMA 1975° 1994);

12) da contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

I rischi di cui ai numeri 1, 2, 5 e 6 sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

Art. 15 - Rischio volo - L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, **tranne che:**

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;

- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente/Assicurato o da terzi in favore degli stessi assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i capitali di:

a) per persona:

Euro	1.032.914	per il caso di Morte;
Euro	1.032.914	per il caso di Invalidità Permanente totale;
Euro	259	per il caso di Inabilità Temporanea;

b) complessivamente per aeromobile (in caso di polizza cumulativa):

Euro	5.164.569	per il caso di Morte;
Euro	5.164.569	per il caso di Invalidità Permanente totale;
Euro	5.165	per il caso di Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni stipulate dallo stesso contraente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 16 - Servizio militare - Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea. In ogni caso, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successive all'inizio del servizio, l'Assicurato ha diritto di ottenere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

Art. 17 - Limiti di età - L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Art. 18 - Persone non assicurabili - Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme

maniacodepressive o stati paranoidi.

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

Art. 19 - Limiti territoriali - L'assicurazione vale per il mondo intero. **L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero:** tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

La garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, **per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'Assicurato, trovandosi all'estero, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Art. 20 - Cambiamento dell'attività professionale - Se nel corso dell'assicurazione si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate in polizza, si applicano gli artt. 1897 e 1898 C.C. Se il cambiamento dell'attività non comporta né diminuzione né aggravamento di rischio, l'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta.

Art. 21 - Altre assicurazioni - Fermo quanto previsto dall'Art. 2), qualora le somme assicurate con altre polizze - escluse quelle in forma collettiva non stipulate dallo stesso Assicurato - superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 15 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 22 - Denuncia dell'Infortunio e oneri relativi - Fermo quanto previsto dall'Art. 7), la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e dev'essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dev'essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso d'inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato, o in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 23 - Criteri di indennizzabilità - La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. **Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.**

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 25/A) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 24 - Morte - L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - **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 invalidità permanente.

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

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato

e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. **La liquidazione, semprechè non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli Artt. 60 e 62 C.C.** Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

Art. 25/A - Invalidità permanente - L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per l'invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti.

Perdita totale, anatomica o funzionale di	destro	sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
un piede	40%	40%
ambidue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	3%	
una falange dell'alluce	2,5%	
una falange di altro dito del piede	1%	
un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	
un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
un rene	20%	
la milza	10%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue le orecchie	40%	
perdita totale della voce	30%	
stenosi nasale bilaterale	15%	
esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento di vertebre dorsali	10%	
vertebre dorsali	7%	
12 ^a dorsale	12%	
cinque lombari	12%	
esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente.	5%	

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 25/B - Franchigie - Le prestazioni previste dell'Art. 25/A) sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- ❖ l'indennizzo sui primi Euro 103.292 di somma assicurata verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna franchigia;
- ❖ sull'eccedenza di detta somma e fino a Euro 258.229 non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% della invalidità permanente totale; se invece essa risulterà superiore al 5% dell'invalidità permanente totale, l'indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente;
- ❖ sull'eccedenza della somma di Euro 258.229 non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 10% della invalidità totale: se invece essa risulterà superiore al 10% della invalidità permanente totale, l'indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente.

Art. 26 - Inabilità temporanea - L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

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

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni. L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente o per morte.

Art. 27 - Estensione dell'assicurazione alle ernie addominali da sforzo - A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 13) e fermi i criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 23) l'assicurazione è estesa limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:

- ❖ **la copertura assicurativa delle ernie decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;**
- ❖ **qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;**
- ❖ **qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;**
- ❖ **qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all' Art. 31).**

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

- **dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e le prestazioni della stessa già previste;**
- **dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.**

Art. 28 - Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere - La Società assicura, quando previsto in polizza, il rimborso: degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle spese ospedaliere (accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio), delle terapie fisiche prestate presso centri specializzati e **semprechè prescritte dal medico curante**, delle spese farmaceutiche nonché delle rette di degenza **conseguenti ad un evento considerabile come infortunio a norme di polizza**. Nelle prestazioni previste dal capoverso che precede, s'intendono comprese anche le spese inerenti agli interventi di chirurgia plastica resi necessari per eliminare o contenere sfregi o deturpazioni di natura estetica fisiognomica subiti in occasione dei medesimi eventi dannosi considerati come infortunio. La garanzia è altresì estesa al rimborso delle spese di trasporto dell'infortunato all'istituto di cura esclusivamente con mezzi di pronto soccorso anche aerei, **fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari al 10% (dieci per cento) della somma prevista nella scheda di polizza sotto il presente titolo**. Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili). La denuncia dell'infortunio, anche agli effetti del presente articolo, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste. In caso di ritardata denuncia non vengono rimborsate le spese relative al periodo anteriore al giorno della denuncia stessa. La domanda per il rimborso di dette spese corredata dai documenti giustificativi di cui sopra deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e la degenza.

Art. 29 - Diaria ricovero - La Società assicura in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura a seguito di infortunio, che richieda o meno intervento chirurgico, la corresponsione dell'indennità giornaliera stabilita in polizza per ciascun giorno di degenza **per la durata massima di 90 giorni per ogni infortunio e per un periodo non superiore a 120 giorni per più sinistri che dovessero verificarsi nel medesimo anno assicurativo**. Tale garanzia è prestata in aggiunta, ove prevista, alla somma assicurata per il caso di inabilità temporanea. Per gli Assicurati di età inferiore ai 18 anni che frequentino scuole di istruzione elementare, media e secondaria e sempreché il ricovero avvenga durante il periodo scolastico, viene corrisposta a titolo di rimborso spese per recupero scolastico una ulteriore indennità di Euro 6 per ogni giorno di ricovero. **La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi a termini della presente polizza su presentazione della documentazione attestante l'avvenuto ricovero e di copia della cartella clinica**. Il pagamento viene effettuato a ricovero ultimato. Per i ricoveri avvenuti all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia.

Art. 30 - Cumulo di indennità - L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

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 eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 31 - Deferimento di controversie ad un Collegio Medico - Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 23), sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati

uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio medico risiede, a scelta della Società, presso la sede della Società stessa o presso la sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza. **Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.**

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

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

Art. 32 - Diritto di surrogazione - La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 33 - Pagamento dell'indennizzo - Verificata l'operatività della garanzia, eseguita la valutazione del danno, ricevuta la necessaria documentazione e concordato con l'Assicurato l'importo dell'indennizzo da corrispondere a termine di polizza, **la Società s'impegna a provvedere al pagamento entro 15 giorni.**

Art. 34 - Indicizzazione - Le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice generale nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica. L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nel frontespizio, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo. **Il diritto all'adeguamento sorge quando la differenza fra detti indici sia non inferiore al 10% e gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.**

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.

Qualora, in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, l'Assicurato avrà facoltà di recedere dal contratto, entro tre mesi dalla scadenza della rata di premio cui si riferisce l'ultimo adeguamento, ed il recesso avrà effetto dalla scadenza della successiva annualità di premio.

NORME CHE, AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PRECEDE, REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Art. 35 - Variazione di persone - Si conviene che le variazioni nel numero e nelle generalità delle persone assicurate verificatesi nel corso della garanzia, saranno comunicate per iscritto ed a mezzo raccomandata alla Società. Le variazioni stesse saranno valide a decorrere dalla data del timbro postale di partenza della comunicazione predetta e, comunque, dalla data della ricevuta della raccomandata rilasciata dall'amministrazione postale, semprechè il personale nuovo assunto sia assicurabile a norma di polizza. **Fermo l'obbligo del Contraente di corrispondere l'eventuale maggior premio entro 15 giorni dalla presentazione della appendice, con l'applicazione, in difetto, dell'Art. 1901 C.C.**

Art. 36 - Garanzia anonima - Nell'ipotesi che la presente assicurazione sia stata stipulata, a richiesta del Contraente, con rinuncia, da parte della Società, alla indicazione nominativa degli Assicurati, la Società vi consente **all'espressa condizione che il Contraente denunci, sia inizialmente che nel corso del contratto, il numero esatto di tutte le persone aventi la stessa qualifica o mansioni di quelle assicurate, comunicando le variazioni appena queste si verificano.** Qualora il numero delle persone risulti superiore a quello denunciato si applicano le disposizioni di legge.

Art. 37 - Esistenza polizza R.C. - Nel caso che il Contraente abbia in corso con la Società Cattolica di Assicurazione una polizza di responsabilità civile che estenda la garanzia anche alle persone assicurate con la presente polizza, è espressamente convenuto che, qualsiasi indennizzo la Società dovesse pagare in base alla presente polizza, andrà computato a detrazione del risarcimento che essa dovesse corrispondere, per le stesse persone, in base alla predetta polizza di responsabilità civile.

Art. 38 . Responsabilità del Contraente - Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art. 24 (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza, ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere a seguito di sentenza definitiva o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

Art. 39 - Esonero dall'obbligo di denuncia di mutilazioni o difetti preesistenti - Fermo il disposto dell'Art. 1) delle norme che regolano l'assicurazione in generale, il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. **Nel caso di infortunio sofferto da persona affetta da difetti fisici o mutilazioni rilevanti, l'indennità per invalidità permanente sarà liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, fermo il disposto dell' Art. 23) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni.**

Art. 40 - Variazioni nella persona del contraente - Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità.

Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede e con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

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

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

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, suoi eredi, od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.



CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA

Riservate esclusivamente a polizze infortuni «Donna Sicura».

- a) **Diaria ricovero** - Nel caso in cui l'infortunio sia avvenuto all'interno delle mura domestiche, durante lo svolgimento dell'attività di casalinga, la Società assicura in caso di ricovero dell'Assicurata in Istituto di Cura, che richieda o meno intervento chirurgico, la corresponsione di una indennità giornaliera di importo pari all'1‰ (uno per mille) del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente, **con il massimo di Euro 52 per ciascun giorno di degenza, per la durata massima di 60 (sessanta) giorni per ogni infortunio e per il periodo non superiore a 120 (centoventi) giorni per più sinistri che dovessero verificarsi nel medesimo anno assicurativo.**

In aggiunta a tale prestazione, la Società assicura pure la corresponsione di una indennità giornaliera di importo pari al 50% (cinquanta per cento) di quello sopraindicato, per ciascun giorno di convalescenza domiciliare post-ricovero prescritta dal medico curante **per un periodo non superiore a 30 (trenta) giorni per ogni evento e 60 (sessanta) giorni per più eventi verificatisi nel medesimo anno assicurativo.** La presente prestazione esclude l'operatività della garanzia prevista dall'art. 29) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni.

- b) **Chirurgia riparatrice - Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche, ospedaliere** - Si conviene che la Società assicura per ogni infortunio e **fino alla concorrenza del 10% (dieci per cento) della somma prevista per il caso di invalidità permanente, con il massimo di Euro 7.747** il rimborso delle spese per onorari dei medici e dei chirurghi, delle spese farmaceutiche ed ospedaliere, comprese quelle per il trasporto dell'infortunata all'istituto di cura con mezzi di pronto soccorso anche aerei nonché quelle di degenza sostenute anche per interventi di chirurgia riparatrice di sfregi e deturpazioni di natura estetica fisiognomica, subiti in occasione di eventi dannosi considerabili come infortuni a norma di polizza o verificatisi nel corso della garanzia. **L'intervento di chirurgia riparatrice dovrà avvenire entro un anno dalla data del certificato di guarigione clinica dell'infortunio e semprechè a tale data l'Assicurata produca la documentazione medica dalla quale risulti che il danno di natura estetica fisiognomica è conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio subito.**

La domanda di rimborso spese, corredata dai documenti giustificativi, deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza relativa all'intervento di chirurgia suddetto.

La presente prestazione esclude l'operatività della garanzia prevista all'Art. 28) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni.

- c) **Franchigia sulla temporanea** - Se l'infortunio determina inabilità temporanea, l'indennità relativa viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante nell'apposita casella di polizza o dell'appendice allegata contenente l'elenco delle persone assicurate.


- d) **Sostituto** - La garanzia prestata con la presente polizza si intende valida nell'esplicazione delle stesse mansioni dell'Assicurato per un Sostituto quando questi si trova a sostituire l'Assicurato stesso in sua temporanea assenza od impedimento.
- e) **Limitazione ai soli infortuni professionali** - A deroga dell'Art. 13) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, si conviene che l'assicurazione vale soltanto per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata in polizza.
- f) **Limitazione ai soli infortuni extra-professionali** - A deroga dell'art. 13) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni si conviene che la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. La garanzia vale durante l'espletamento di tutte le attività concernenti la normale vita domestica, sociale e di relazione compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari.
- Restano pertanto esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire mentre presta opera comunque retribuita alle dipendenze di terzi o in proprio a titolo professionale.**
- Ai fini della validità della presente pattuizione, l'Assicurato dichiara di svolgere attività lavorativa alle dipendenze di terzi con mansioni interne ad orario fisso di lavoro. In caso di polizza cumulativa detta dichiarazione viene rilasciata dal Contraente per conto dei singoli assicurati.
- g) **Esonero denuncia di altre assicurazioni** - L'eventuale coesistenza di altre polizze stipulate personalmente dai singoli assicurati con altre Compagnie per la copertura degli stessi rischi, anche nel caso in cui gli interessati non ne abbiano dato notizia alla Società assicuratrice, non pregiudica la garanzia prestata con la presente polizza e, pertanto, il pagamento della relativa indennità verrà effettuato in ogni caso nella misura dovuta.
- h) **Mancinismo** - Premesso che l'Assicurato ha dichiarato di essere mancino, si conviene che le percentuali di invalidità previste dall'art. 25/A) per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.
- i) **Adozione Tabella INAIL** - Si conviene che le percentuali di invalidità permanente previste dall'Art. 25/A) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni s'intendono sostituite con quelle di cui all'Allegato 1) del D.P.R. 30 Giugno 1965, n° 1124 e successive modifiche intervenute sino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge, fermo quant'altro previsto dal medesimo Art. 25/A).
- l) **Sopravalutazioni per Invalidità Permanente** - Con riferimento all'Art. 25/A) che s'intende pienamente operante, si conviene che alcune percentuali di invalidità permanente ivi previste vengono modificate come segue:

Per la perdita totale:	destro	sinistro
di un braccio o di una mano	100%	100%
del pollice	60%	50%
della falange del pollice	40%	35%
dell'indice	60%	50%

della falangetta dell'indice	40%	35%
del medio	30%	25%
della falangetta del medio	20%	15%
dell'anulare	15%	10%
del mignolo	15%	10%
percentuale massima per la perdita totale del pollice, dell'indice e del medio di una mano, o di due delle dita anzidette	80%	80%
perdita totale della facoltà visiva di un occhio		50%
sordità completa di ambedue gli orecchi		75%
sordità completa di un orecchio		20%

- m) **Abolizione di franchigia su Invalidità Permanente** - L'Art. 25/B) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni si intende abrogato, per cui l'indennizzo per invalidità permanente verrà corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia.
- n) **Invalidità permanente totale** - Con riferimento agli artt. 25/A) e 25/B) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, che restano pienamente operanti, si conviene che in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore all'80% (ottanta per cento) l'indennizzo verrà corrisposto nella misura del 100% (cento per cento) della somma assicurata.
- o1) **Alpinismo fino al 3° grado** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai fino al 3° grado purché non effettuato isolatamente.
- o2) **Alpinismo in genere** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai di qualsiasi grado, purché effettuato con accompagnamento di guida patentata.
- o3) **Speleologia** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica della speleologia, non a carattere professionale, purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura.
- p) **Immersioni subacquee** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da immersioni subacquee con uso di autorespiratore comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose a condizione che non siano dovute allo svolgimento di attività professionale e che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione a ciò legalmente autorizzata.
- q) **Inabilità temporanea totale** - D'accordo fra le parti si conviene che il disposto dell'art. 26) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni viene annullato e sostituito dal seguente:
«L'indennizzo per l'inabilità temporanea decorre dall'undicesimo giorno da quello dell'infortunio ed è dovuto per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato anche solo in parte nella incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni.»
L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni ed è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente, per morte o per ricovero ospedaliero.

- r) **Applicazione apparecchio gessato** - Qualora a seguito di infortunio venga applicato apparecchio gessato, la Società liquida una ulteriore indennità giornaliera, a titolo di inabilità temporanea, pari a quella garantita in polizza, ma con il massimo di un importo aggiuntivo di Euro 26, fino alla rimozione del gesso, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate. **Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 40 (quaranta) giorni.**
- u) *Uso e guida motocarri, autofurgoni ed autocarri* - *A parziale deroga dell'art. 14 punto 2 delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, resta convenuto che la garanzia vale altresì, sempre che l'Assicurato sia in possesso della prescritta e valida patente di abilitazione, durante l'uso e guida di: autofurgoni ed autocarri in genere, macchine agricole ed operatrici.*

 **AGENZIA GENERALE
FRASCELLA**
Soc. Cattolica di Assicurazione
ROMA - PIAZZA DI SPAGNA
Via della Vite, 5 - 00187 ROMA
Tel./Fax 06 6792501 - 06 69799763

R

