

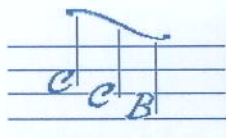
Consorzio Cori & Bande

Polizze Infortuni ed R.C.

Edizione 28.02.2006

VALIDA PER L'ANNUALITA' 01.03.2009 - 28.02.2010

CON GUIDA PER LA DENUNCIA DEI SINISTRI



CONSORZIO CORI & BANDE

CONSORZIO DI SERVIZI FRA ASSOCIAZIONI CORALI E MUSICALI ITALIANE

Cod. Fisc. 97097780585 - Via Nibby, 11 - 00161 Roma - Tel 333 778 56 65 - Fax 06 442 38 521 - E Mail: cori.bande@gmail.com NF

SCHEMA CONDIZIONI ASSICURATIVE 2009

(condizioni invariate fin dal 2006)

SOCIETÀ ASSICURATRICE: HDI Assicurazioni s.p.a. – Agenzia Generale InLinea, Roma – Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma
CONTRAENTE: Consorzio Cori & Bande, Via Nibby, 11 - 00161 Roma (per conto delle associazioni musicali aderenti);
INIZIO GARANZIA: 01.03.2009 o, se successivo, ore 24 del giorno spedizione adesione (v. *Modalità*);
SCADENZA: 28.02.2010 (con libero rinnovo senza necessità di disdetta per associazioni aderenti);
PREMIO ANNUO: € 4,50 per ogni persona membra dell'associazione musicale o teatrale assicurata o socio aggregato.

CARATTERISTICHE DELLA POLIZZA INFORTUNI n° 301004068

ASSICURATI: Tutte le persone fisiche censite nelle associazioni musicali/corali/bandistiche/teatrali/culturali che abbiano aderito al Consorzio contraente, e tramite esso alla presente convenzione assicurativa. Limite di età esteso a 80 anni.

RISCHI ASSICURATI: Morte e danni fisici e spese mediche, cagionati da eventi esterni, fortuiti, violenti, subiti nel corso di *attività associativa* sia musicale/teatrale che non, in occasione di prove, esecuzioni, concerti, rassegne, manifestazioni, esibizioni, concorsi, convegni, mostre, conferenze, cerimonie pubbliche o private, con estensione alle trasferte, tournées ed agli spostamenti anche individuali per recarsi ai luoghi di attività statutaria comune (rischio in itinere). L'attività associativa assicurata può includere attività culturali, turistiche, assistenziali e sportive non agonistiche, ove svolte nel contesto associativo in via sussidiaria rispetto alle attività culturali/musicali.

SOMME ASSICURATE:	Caso Morte	€ 60.000
	Invalità Permanente fino a	€ 100.000
	Rimborso Spese Mediche (per ogni evento)	€ 4.500
	Indennità per ricovero ospedaliero	€ 20 al giorno

MASSIMALE CATASTROFALE (unico evento: pullman, aereo) € 5.200.000

TABELLA INDENNITA': si applica la tabella Inail ma l'invalità a partire da 60% viene pagata al 100%

FRANCHIGIA-SCOPERTI: per Invalità Permanente 3% ma 5% oltre i 75 anni; Per Spese Mediche: € 50 ma € 100 oltre 75 anni.

ESTENSIONE TERRITORIALE: Mondo Intero

CARATTERISTICHE DELLA POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE n° 301004069

ASSICURATI: Le associazioni musicali assicurate (v. pol. infortuni) nonché i rispettivi aderenti in forma disgiunta e congiunta, inclusi responsabili legali, associati e dipendenti.

RISCHI ASSICURATI: La responsabilità civile delle Associazioni, dei preposti e accompagnatori e dei singoli responsabili ed associati per i danni provocati involontariamente a terzi nel corso di attività associativa (definita in Polizza Infortuni).

MASSIMALI: Unico € 2.000.000 per evento, per persona e per animali e cose.

ESTENSIONI DI GARANZIA: La garanzia è estesa alle seguenti voci, normalmente non assicurabili:

- Incendio e altri danni ai locali (teatri, sedi, sale di prova e di concerto) in consegna, custodia o uso temporaneo;
- Incendio e altri danni (escluso il furto) alle attrezzature tipiche dei gruppi musicali in consegna o custodia, con esclusione degli altri oggetti e cose delicate o ad alto valore intrinseco;
- rimborso delle spese legali per resistere alle azioni del danneggiato terzo fino a 25% del massimale
- sono equiparati ai terzi gli stessi coristi e altri assicurati, sia singoli che associazioni (R.C. incrociata).

FRANCHIGIE e SCOPERTI: Nessuno

ESTENSIONE TERRITORIALE: Mondo Intero esclusi Stati Uniti e Canada (estensione ottenibile su richiesta).

MODALITA' DI ADESIONE

La garanzia opera dalle ore 24 del 28 Febbraio 2009 o - se successivo - del giorno di spedizione postale al Consorzio Cori & Bande (Via GB De Rossi, 12 - 00161 Roma) per raccomandata dell'elenco associati con dati anagrafici e attestato di pagamento sul C/C Postale del Consorzio Cori & Bande n°41816000 di € 4,50 per ogni persona (con il minimo di € 100 per gruppo) più € 1,00 per ogni versamento sul C/C Postale. I familiari, coadiuvatori, accompagnatori e amici, partecipanti a gite e tournées, possono essere inclusi nell'elenco degli assicurati come aggregati. I presidenti inattivi delle associazioni vanno comunque inclusi.

Il fac-simile della lettera di adesione annuale è scaricabile dal sito del Consorzio: www.coriebande.it/c1.htm

Obbligo di comunicare man mano con elenchi successivi i nominativi dei nuovi associati. Ogni anno successivo occorre rinnovare l'adesione ed inviare un elenco nominativi ex novo. L'assicurazione comprende la quota di iscrizione al Consorzio e l'emissione delle tessere individuali che comportano una serie di servizi e agevolazioni indicate nel Sito del Consorzio.

Per informazioni rivolgersi al CONSORZIO CORI & BANDE – VIA NIBBY, 11 - 00161 ROMA - www.coriebande.it
tel. 333.778.56.65 (week-end e serali 06 442 38 108) fax 06.442.38.521 oppure seguente E Mail : cori.bande@gmail.com

Polizza Infortuni

HDI

ASSICURAZIONI

POLIZZA INFORTUNI N° 301004068

Le condizioni di cui al presente Modulo si intendono operanti dalle ore 24 del 28.02.2006

MODULO

SOCIETA' : HDI Assicurazioni S.p.A. - Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma

CONTRAENTE: Consorzio Cori & Bande Via Nibby, 11 - 00161 Roma
Codice Fiscale 97097780585 Fax 06.442.38.521 cori.bande@flashnet.it

ASSICURATI: Come indicato agli Artt. 1.3. ed 1.4. delle Condizioni di Assicurazione.

SOMME ASSICURATE:

Somma assicurata Caso Morte (art. 6.1): Euro 60.000,00 (sessantamila)
Capitale per Invalidità Permanente (Art. 6.2): Euro 100.000,00 (centomila)
Rimborso Spese Mediche e Ospedaliere (Art.6.3.1): Euro 4.500,00 (quattromilacinquecento)
Indennità giornaliera in caso di ricovero ospedaliero: Euro 20,00 (venti)

FRANCHIGIA: Per Invalidità Permanente è operante una Franchigia assoluta del 3%. (Art. 6.2.2.)
Per gli assicurati di età compresa fra i 75 e gli 80 anni tale franchigia si intende elevata al 5%.

Qualora l'Invalidità Permanente accertata risultasse pari o superiore al 60% di quella totale, verrà corrisposto l'intero capitale assicurato senza applicazione delle franchigie.

SCOPERTO: Per il Rimborso Spese Mediche è operante scoperto di Euro 50,00 (cinquanta) per persona e per evento (art. 6.3.2.). Per gli assicurati di età compresa fra 75 e 80 anni lo scoperto si intende raddoppiato.

EFFETTO: 28 Febbraio 2006

TERMINI DISDETTA: 90 giorni

SCADENZA ANNUALE: 28 Febbraio

POLIZZA N° 301004068

AGENZIA: HDI Assicurazioni InLinea spa - Via Abruzzi, 3 00187 Roma - Subagente: Quinta Suttle

Roma, 28 Febbraio 2006



La Contraente

[Handwritten signature]

La Società
InLinea s.p.a.
L'Amministratore Delegato
Massimo Picciotomini

[Handwritten signature]



CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Le Condizioni Generali di Assicurazione seguenti annullano e sostituiscono le norme a stampa (Mod. 59pcs/d)

Art. 1 - Definizioni:

Agli effetti della presente Assicurazione i termini di seguito riportati assumono convenzionalmente il significato indicato a fianco di ciascuno.

1.1. Società: HDI Assicurazioni S.p.A. Via Abruzzi, 10 00187 Roma;

1.2. Contraente: Il Consorzio indicato nel Modulo, con il quale è stipulato il presente contratto;

1.3. Associazioni Assicurate: Le Associazioni facenti parte del Consorzio contraente che hanno aderito, nell'ambito di questo, alla presente Assicurazione;

1.4. Assicurati: le persone fisiche iscritte alle Associazioni sopra citate (o Iscritti) per i quali viene prestata assicurazione essendo stato pagato il relativo premio;

1.5. Infortunio: l'evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Art. 2 - Identificazione degli Assicurati:

Per l'identificazione degli Assicurati in caso di sinistro si farà riferimento alle scritture e/o libri di censimento e/o altri appositi registri, anche meccanografici, esistenti presso la sede del Consorzio contraente. La Società ha diritto in qualunque momento di prendere visione delle suddette scritture ed il Contraente ha l'obbligo di esibirle.

Art. 3 - Oggetto dell'Assicurazione:

3.1. L'Assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati subiscono nel corso di validità del presente contratto, durante la organizzazione, la preparazione e lo svolgimento delle attività statutarie effettivamente organizzate e/o svolte nell'ambito della rispettiva Associazione di appartenenza. A titolo esemplificativo ma non limitativo si dichiara che rientrano fra le attività assicurate quella musicale (canora, strumentale, didattica, di direzione, di composizione svolta in occasione di prove, esecuzioni, concerti, rassegne, manifestazioni, cerimonie, esibizioni pubbliche e private), i viaggi di trasferta, le tournées e gite sociali.

3.2. Sono compresi in garanzia gli infortuni subiti dagli Assicurati nel corso degli spostamenti e dei viaggi, anche individuali, intrapresi allo scopo di svolgere le attività sopraindicate.

3.3. Sono inoltre compresi in garanzia, ferme le esclusioni di cui all'Art. 4 che segue, gli infortuni derivanti agli Assicurati:

3.3.1. da scariche elettriche, influenze termiche ed atmosferiche, congelamenti colpi di sole e di calore, ingestione ed assorbimento di sostanze nocive o da contatto con corrosivi, avvelenamenti;

3.3.2. da alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, maremoto ed altre calamità naturali;

3.3.3. durante la guida di autoveicoli, imbarcazioni o motoveicoli di qualsiasi cilindrata;

3.3.4. per imprudenze negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;

3.3.5. a seguito di asfissia, caduta di fulmini, punture di insetti, morsi di rettili ed animali;

3.3.6. annegamento comunque determinato;

3.3.7. in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari atti violenti od aggressioni in genere;

3.3.8. durante i viaggi aerei turistici e di trasferimento, nei limiti indicati all'Art. 3.4.

3.3.9. a seguito di azioni di dirottamento o di pirateria aerea;

3.3.10. in conseguenza di sforzi muscolari e da ubriachezza;

3.3.11. da ernie addominali traumatiche con le seguenti limitazioni:

a) nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% (dieci per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente assoluta;

b) qualora sorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione.

3.4. RISCHIO VOLO:

L'Assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni stipulate con la Società dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi non soggetti ad indicizzazione:

- Euro 1.000.000,00 (un milione) per persona, per il caso morte;
- Euro 1.000.000,00 (un milione) per persona, per il caso di invalidità permanente totale, e complessivamente per aeromobile: Euro 5.200.000,00 per il caso di morte, Euro 5.200.000,00 per il caso di invalidità permanente totale. In detta limitazione rientrano anche i capitali riferibili ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo stipulate dalla Società con lo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

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. 4 - Esclusioni:

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni occorsi:

- 4.1. per eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo che per il periodo massimo di 15 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel Territorio Italiano;
- 4.2. durante la partecipazione in qualità di atleta professionista a corse, gare, relative prove ed allenamenti;
- 4.3. durante l'esercizio dei seguenti sport: pugilato, salto dal trampolino con sci, paracadutismo, immersioni con autorespiratore limitatamente ai danni all'udito e/o conseguenti alla pressione dell'acqua;
- 4.4. durante la guida di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
- 4.5. in conseguenza di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio o tentato suicidio;
- 4.6. in conseguenza all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni;
- 4.7. sotto l'influenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 5 - Persone non assicurabili:

Sono ammessi al beneficio dall'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati, indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali di salute e da pregresse menomazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto all'Art. 10 delle Condizioni di Assicurazione (Criteri di indennizzabilità). Il Contraente è pertanto esonerato dalla denuncia delle infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

L'Assicurazione non vale per le persone di età superiore agli 80 anni: per quelle che raggiungano tale limite di età l'Assicurazione cessa a partire dalla prima scadenza annuale successiva, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale pagamento di premi che, non essendo dovuti, verranno su richiesta restituiti al netto delle imposte.

A parziale deroga di quanto precede, l'assicurazione può essere estesa a singole persone di età superiore agli 80 anni, per il solo anno assicurativo in corso, previa presentazione di certificato medico che confermi un buono stato di salute, redatto in data non anteriore a giorni 30 e comunque soggetto ad accettazione specifica da parte della Società, caso per caso.

Art. 6 - Somme Assicurate, Franchigie e Limiti di risarcimento per cumuli di rischio:

Con riferimento a ciascuna delle garanzie di cui agli Artt. 12, 13 e 14 che seguono, la Società presta garanzia fino a concorrenza degli importi indicati in appresso:

6.1. MORTE: Somma assicurata per persona: importo indicato nel Modulo;

6.2. INVALIDITA' PERMANENTE:

6.2.1. massimale assicurato per Invalidità Permanente: importo indicato nel Modulo;

6.2.2. Per Invalidità Permanente è operante una Franchigia assoluta nella percentuale indicata nel Modulo. Pertanto il danneggiato non avrà diritto ad alcun indennizzo relativamente ad ogni Invalidità Permanente accertata inferiore o pari alla percentuale indicata nel Modulo. Se l'infortunato presenta invalidità superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto per la sola eccedenza.

6.3. SPESE MEDICHE da INFORTUNIO

6.3.1. La garanzia è prestata fino a concorrenza della Somma assicurata indicata nel Modulo per persona e per evento. Nell'ambito di tale importo vengono rimborsate le rette di degenza ospedaliera - esclusi i servizi extra – fino a concorrenza di un importo pari al 5% di tale Somma per ogni giorno di ricovero.

6.3.2. Ciascun indennizzo viene effettuato previa deduzione dell'importo indicato nel Modulo per persona (scoperto), che dovrà restare a carico dell'infortunato o assicurato.

6.4. LIMITI PER CUMULI DI RISCHIO:

In caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più Assicurati in conseguenza di un unico evento fra quelli di seguito indicati, l'esposizione massima della Società riferita complessivamente alle persone Assicurate con il presente contratto viene stabilita per l'importo rispettivamente di seguito indicato :

6.4.1. Rischio volo su velivoli non esclusi dalla presente garanzia: Euro 5.200.000,00 per ogni velivolo;

6.4.2. Fenomeno Tellurico Euro 1.000.000,00;

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del presente Contratto eccedessero nel loro complesso tali importi, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 7 - Altre assicurazioni:

Si conviene che la presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti e future, come pure da qualsiasi altra copertura assicurativa, pertanto il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni infortuni che avesse in corso o stipulasse con altre società assicuratrici .

Art. 8 - Forma delle comunicazioni e Validità delle variazioni:

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Società presso l'indirizzo indicato all'Art. 1 che precede ovvero, se indicato nel Modulo, presso il broker o l'agenzia che ha in carico il contratto. Qualunque modifica del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art. 9 - Variazioni del Rischio:

9.1. Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione di rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione. Se viceversa la variazione implica aggravamento di rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

9.2. Si conviene che l'omissione delle dichiarazioni da parte del Contraente o di una Associazione consorziata, di una circostanza eventualmente aggravante il rischio come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipula del presente contratto e/o durante il corso dello stesso, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni

siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente o l'Assicurato o i beneficiari avranno l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio in proporzione al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 10 - Criteri di indennizzabilità:

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

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

Art. 11 - Prova:

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 12 - Morte:

12.1. La Somma assicurata per il caso di Morte viene liquidata purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad infortunio risarcibile a termini di contratto e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

12.2. MORTE PRESUNTA:

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo contemplato dal presente contratto, verrà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società avrà diritto alla restituzione delle somme già corrisposte ed al rimborso delle relative spese. In tal caso l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili ai termini della presente Assicurazione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovute ad atterraggio di fortuna, arenamento o affondamento o naufragio o simili del mezzo di trasporto sopra richiamato sono garantite da questa Assicurazione.

Art. 13 - Invalidità Permanente:

13.1. Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro 24 mesi dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo una indennità calcolata sulla base della somma assicurata per Invalidità Permanente. La valutazione del grado percentuale di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n° 1124 (Tabella INAIL) e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa, e con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali qui assicurati per il caso di Invalidità Permanente e che la liquidazione sarà fatta in contanti anziché sotto forma di rendita.

Se l'Assicurato è mancino il grado di invalidità per il lato destro è applicato al lato sinistro e viceversa. Nel caso l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venivano usati come "destri", si dovrà tener conto di ciò anche nella valutazione del grado di Invalidità Permanente, fermo restando il disposto dell'Art. 10.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata

come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste dalla predetta Tabella sono addizionate fino a raggiungere il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale. La perdita anatomica e funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta Tabella, l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ai fini di un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

13.2. Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro un anno dal giorno dell'infortunio. Se entro detto termine il grado di invalidità permanente non può essere definitivamente determinato, è facoltà dell'Assicurato e/o della Società di rinviarne la determinazione entro il termine massimo di due anni dal giorno dell'infortunio.

Verificandosi detto rinvio, le parti potranno procedere di comune accordo a determinare, in via provvisoria, il grado di invalidità permanente: in tal caso sull'ammontare dell'indennità determinata in base al grado provvisorio di invalidità permanente, verrà riconosciuto dall'Assicurato un interesse al tasso annuo del 6% (sei per cento). Detto interesse non verrà corrisposto nel caso in cui il grado di invalidità permanente definito risulti inferiore a quello stabilito in via provvisoria e comunque quando intervenga la morte dell'Assicurato.

Art. 14 - Spese Mediche da Infortunio: La Società rimborsa agli Assicurati per i quali è prevista la garanzia, in caso di infortunio risarcibile ai termini di contratto, il costo delle cure mediche fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato in contratto e con applicazione delle franchigie previste.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza infermieristica o di tipo infermieristico anche domiciliare, purché prescritte dal medico curante;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente.

Art. 15 - Cumulo di Indennità:

L'indennità per Invalidità Temporanea è cumulabile con quella per Morte o per Invalidità Permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasferibile 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, al Società pagherà agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme successorie vigenti.

Art. 16 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi:

La denuncia di ogni infortunio deve essere notificata dall'Assicurato infortunato o da chi per lui esercita la patria potestà, direttamente all'Ufficio Sinistri della Società, all'indirizzo indicato all'Art. 1, nonché, in copia, al Consorzio Contraente, entro dieci giorni dall'infortunio stesso o dal momento in cui l'Assicurato o suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Se l'infortunio risulta nella morte dell'Assicurato, la Società dovrà essere informata nel più breve tempo possibile per telegramma.

La denuncia deve indicare luogo, giorno, ora e circostanze dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico.

L'Assicurato è obbligato, immediatamente dopo l'infortunio, a sottoporsi a cure mediche, a seguire le prescrizioni mediche e ad astenersi dal commettere atti che possono ostacolare le cure e l'idoneità a riprendere il lavoro.

Art. 17 - Controversie (Collegio medico):

In caso di divergenza sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di Invalidità Permanente, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere ad un Collegio di tre medici.

La Società e l'Assicurato (o suoi aventi diritto) nomineranno ciascuno un medico, mentre il terzo medico verrà scelto di comune accordo o, in caso di impossibilità, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede in Italia, nella Regione di residenza dell'Assicurato, ovvero, con l'accordo di quest'ultimo, presso la sede della Società.

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 si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Ciascuna delle Parti sostiene la spesa del proprio medico: quella del terzo fa carico per metà all'Assicurato o suoi aventi diritto che conferiscono alla Società la facoltà di liquidare la spesa totale e di prelevarne la propria quota dell'indennizzo dovuto.

La richiesta per l'istituzione di un Collegio Arbitrale deve pervenire alla Società entro un anno dal giorno in cui la stessa Società ha rifiutato o offerto la liquidazione del sinistro.

Per ogni controversia diversa da quelle sopra previste è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha domicilio o sede il convenuto.

Art. 18 - Recesso in caso di sinistro:

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno successivo al pagamento o al rifiuto dell'indennizzo la Società avrà facoltà di far cessare l'Assicurazione nei confronti della sola persona cui il sinistro si riferisce, ed in tal caso vige il divieto di includere tale persona nella garanzia di questo contratto per le annualità successive, oppure di recedere dal contratto, con preavviso di sessanta giorni, rimborsando la quota di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso. Detto rimborso, previa quantificazione del premio di regolazione, verrà effettuato appena possibile e comunque non oltre 60 giorni dopo la scadenza annuale.

Art. 19 - Rinnovo del contratto e delle adesioni:

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 90 giorni prima della scadenza, il presente Contratto è prorogato per un anno e così successivamente. L'adesione alla presente polizza-convenzione da parte di ogni singola Associazione, aderente al Consorzio contraente, si intende su base annuale senza tacito rinnovo, fermo restando il rinnovo automatico della polizza-convenzione nel suo insieme.

Art. 20 - Pagamento del premio:

Il Contraente è tenuto a pagare i premi stabiliti entro 60 giorni dalla presentazione delle rispettive appendici o richieste scritte di altro genere, presso l'Agenzia (o broker) indicata sul Modulo, ovvero presso la sede della Società.

L'Assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nel contratto, se in quel momento il premio e le relative imposte sono pagati, in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale l'Assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. I termini di mora di 60 giorni, già in vigore, si intendono applicabili solo nei rapporti fra il Consorzio Contraente e la Società. Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto per ciascun Assicurato anche se ne sia stato concesso il frazionamento ed anche per gli Assicurati che vengono coperti per una frazione dell'intero periodo assicurato.

Art. 21 - Premio e sua regolazione:

Il premio annuo lordo, a fronte delle garanzie morte da infortunio, invalidità permanente da infortunio e rimborso spese mediche da infortunio, comprensivo delle imposte, è convenuto, per ogni testa assicurata, per l'importo indicato sul Modulo alla voce "Premio". Esso è dovuto all'atto dell'adesione o riconferma annuale, sulla base del numero di associati ed eventuali familiari al seguito, alla data di rinnovo o riconferma - da parte di ciascuna associazione aderente, per il tramite del Consorzio.

Il premio è soggetto a regolazione al termine di ogni annualità o periodo assicurativo, sulla base del numero effettivo di iscritti alle singole Associazioni Assicurate, che sono stati censiti nel corso dell'anno di copertura.

A tale scopo entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno assicurativo, o della minor durata del contratto, devono essere forniti per iscritto all'Agenzia (o broker) o alla Società i dati consuntivi necessari. Le differenze attive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei sessanta giorni dalla presentazione delle relative appendici.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, 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 e l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il loro diritto di agire giudizialmente, non sarà obbligata per i sinistri 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 il Contraente e le Associazioni assicurate sono tenuti a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari.

Art. 22 - Oneri fiscali:

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 23 - Responsabilità del Contraente:

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari designati in contratto o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente Assicurazione ed avanzino verso la Associazione Assicurata o il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che l'Associazione Assicurata o il Contraente fossero tenuti a

corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata verrà agli stessi pagata sotto deduzione, a favore dell'Associazione Assicurata o del Contraente, delle spese di causa da loro sostenute.

Art. 24 - Rinuncia alla Rivalsa:

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete in forza dell'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 25 - Estensione Territoriale:

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 26 - Rinvio alle norme di Legge:

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

Art. 27 - Decorrenza della garanzia:

La garanzia si intenderà efficace, per ogni Associazione assicurata, a partire dalle ore 24,00 del giorno di spedizione postale al Consorzio Contraente da parte della medesima Associazione, della lettera di adesione annuale (o di successivo invio in corso d'anno di nominativi aggiuntivi) con allegati l'elenco completo dei nominativi dei propri associati e la prova dell'effettuato versamento del premio. Per il giorno di spedizione farà fede la data del timbro postale di partenza. La notifica potrà - a rischio dell'Associazione Assicurata - avvenire per lettera ordinaria.

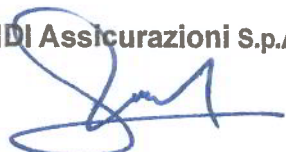
Art. 31 - Estensioni di garanzia:

La Società prende atto che è facoltà del Consorzio contraente consorziane - e di conseguenza includere fra le associazioni assicurate - organizzazioni non musicali, che operino nell'ambito di attività complementari, contigue o simili, quali - a titolo esemplificativo ma non limitativo - danza, ballo, balletto, majorettes, teatro di prosa, opera.

L'assicurazione per gli associati a tali organizzazioni si intende prestata previa applicazione di una franchigia raddoppiata per la Invalidità Permanente e di uno scoperto raddoppiato per il Rimborso delle Spese Mediche, rispetto ai termini di polizza. Ove gli associati abbiano compiuto il settantacinquesimo anno di età, gli aumenti di cui sopra si sommano a quelli previsti agli Artt. 6.2.2. e 6.3.2..

Roma, 28 Febbraio 2003

 *La Contraente*


La Società
HDI Assicurazioni S.p.A.


Polizza Responsabilità Civile

HDI

ASSICURAZIONI

POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE N° 301004069

Le condizioni di cui al presente Modulo si intendono operanti dalle ore 24 del 28.02.2006

MODULO

SOCIETA' : HDI Assicurazioni SpA Via Abruzzi, 10 00187 Roma

CONTRAENTE: Consorzio Cori & Bande Via Nibby, 11 - 00161 Roma
Codice Fiscale 97097780585 Fax 06.442.38.521 cori.bande@flashnet.it

ASSICURATI: Il Consorzio contraente, nonché tutti i suoi aderenti in forma disgiunta e congiunta, siano essi associazioni, società, gruppi, persone singole, inclusi dipendenti e associati.

MASSIMALE: Euro 2.000.000,00 per evento.
Euro 2.000.000,00 per persona nell'ambito di ogni evento.
Euro 2.000.000,00 per danni a cose e/o animali, nell'ambito di ogni evento.

EFFETTO: 28 Febbraio 2006

TERMINE DISDETTA: 90 giorni

SCADENZA ANNUALE: 28 Febbraio

FRANCHIGIA: Nessuna

POLIZZA N° 301004069

AGENZIA: HDI Assicurazioni InLinea spa – Via Abruzzi, 3 00187 Roma – Subagente: Quinta Suttle

Roma, 28 Febbraio 2006



La Contraente
Paolini Ricci

La Società
InLinea S.p.A.
L'Amministratore Delegato
Massimo Piccolomini

Pol. Risi/Cori/RES/Polizza R.C. Cori (anno 2006)



CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Le Condizioni Generali di Assicurazione seguenti annullano e sostituiscono le norme a stampa Mod. R30 HDI.

Art. 1 - Definizioni:

Nel testo che segue la parola "Società" designa l'impresa assicuratrice. La parola "Contraente" designa la persona giuridica indicata nel Modulo con la quale viene stipulato il contratto. La parola "Assicurato" designa la persona fisica e/o giuridica a favore di cui la garanzia viene prestata.

Art. 2 - Oggetto dell'Assicurazione:

La Società risponde, fino a concorrenza dei massimali assicurati, delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per danni da esso Assicurato, o da persone con le quali o delle quali egli debba rispondere, involontariamente cagionati a terzi, sia per morte o lesioni personali che per danneggiamenti a cose o animali, in conseguenza di fatto accidentale verificatosi nell'ambito dell'organizzazione, gestione e pratica delle Attività Musicali (canora, corale, bandistica, strumentale, di direzione, composizione, insegnamento, ecc.) nonché delle attività collaterali necessarie o utili nell'ambito della pratica o dello sviluppo delle attività sopra citate. Fra le attività collaterali sono inoltre incluse quella turistica, culturale ed escursionistica in montagna e sciistica. Sono comunque incluse le attività inerenti prove, concerti, tournées, rassegne, manifestazioni, esibizioni, cerimonie pubbliche o private, inclusa la somministrazione di cibi e bevande, i viaggi e trasferimenti.

Art. 3 - Esclusioni:

L'Assicurazione non vale per i danni:

- a) inerenti l'esercizio di attività professionale di qualsiasi tipo, con eccezione per l'attività professionale musicale (canora, strumentale, di direzione, organizzazione eventi e composizione) anche retribuita;
- b) derivante dalla proprietà e/o guida (escluso l'uso in qualità di passeggeri) di mezzi di locomozione per i rischi assicurati ai sensi della Legge 990/1969 e successive modifiche. Sono comunque equiparati a tali mezzi tutti i tipi di natanti di lunghezza superiore a quattro metri, quelli con motore di potenza superiore a 3 CV nonché ogni tipo di aeromobile o veicolo su rotaie;
- c) da furto, comunque e da chiunque perpetrato;
- d) conseguenti a inquinamento, esalazioni contaminanti, contaminazione di acque terreni o colture, interruzione impoverimento o deviazione di corsi d'acqua, interruzione o impoverimento di falde acquifere ed in genere quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- e) causati da eventi comunemente definiti "atomici" e/o "nucleari".

Art. 4 - Delimitazioni della garanzia:

I seguenti eventi, pur previsti nell'ambito della garanzia, si intendono assicurati con i limiti di seguito riportati:

- a) l'organizzazione e l'esercizio di sport, con l'esclusione di ogni forma di lotta diretta quale boxe, lotta greco-romana, ecc. E' pure esclusa ogni partecipazione professionistica a sport e gare, nonché la caccia al di fuori dei limiti previsti dalla legge. Si intende inclusa la pratica dei tornei sportivi, gite, ritiri, corsi nell'ambito associativo o interassociativo.
- b) i danni ad animali in consegna e/o custodia si intendono assicurati entro il limite massimo dell'1% del massimale relativo;
- c) l'incendio dei boschi si intende assicurato con un limite massimo dell'1% del massimale relativo;
- d) l'incendio e/o altri danni alle cose in consegna e/o custodia si intendono assicurati limitatamente alle attrezzature tipiche dei gruppi musicali (partiture, strumenti musicali, con esclusione degli oggetti delicati o ad alto valore intrinseco) nonché luoghi e sale di prova o di concerto, sedi ed edifici in uso temporaneo degli Assicurati;

e) la garanzia si intende prestata anche per il rimborso delle spese legali e/o peritali ragionevolmente sostenute dalle associazioni assicurate con il consenso della Società, in conseguenza di fatti rientranti nella garanzia entro il limite previsto del 25% del massimale assicurato.

Art. 5 - Estensione territoriale:

L'assicurazione è valida in tutti i paesi del mondo salvo Stati Uniti d'America e Canada. Per tali paesi potrà venir concessa apposita estensione a premio da convenirsi.

Art. 6 - Definizione di "terzi":

Non sono considerati terzi il coniuge, i genitori, i figli, i fratelli, nonché qualsiasi altro parente od affine che formi nucleo economico unico con l'Assicurato responsabile del danno. Fermi i limiti di cui sopra gli Assicurati saranno considerati terzi fra di loro ad ogni effetto di polizza.

Art. 7 - Altre assicurazioni:

La Società prende atto che possono sussistere altri contratti assicurativi sottoscritti anche da gruppi o strutture intermedie, per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente polizza. Nel caso di sinistro che sia suscettibile di risarcimento da parte di altre polizze oltre che dalla presente, l'Assicurato coinvolto avrà l'obbligo di comunicare alla Società gli estremi di dette altre polizze.

Art. 8 - Denuncia dei sinistri - Obblighi dell'Assicurato:

L'Assicurato deve fare denuncia di ciascun sinistro, preceduta da telegramma per i sinistri mortali o di notevole gravità, entro 10 giorni dal fatto o dal giorno in cui ne è venuto a conoscenza.

La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome dei danneggiati e, possibilmente dei testimoni, nonché la data, il luogo e la causa del sinistro.

L'Assicurato deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli stessi atti giudiziari relativi al sinistro, adoperandosi alla raccolta degli elementi per la difesa, se la Società lo richiama, ad un componimento amichevole, astenendosi, in ogni caso, da qualsiasi riconoscimento di proprie responsabilità.

Art. 9 - Gestione delle vertenze di danno Spese legali:

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorre, legali 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, in aggiunta, per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese in aggiunta a tale quarto vengono ripartite tra la Società e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce peraltro spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati o approvati specificamente e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 10 - Inosservanza degli obblighi relativi ai sinistri:

L'Assicurato è responsabile verso la Società di ogni pregiudizio derivante dall'inosservanza dei termini degli obblighi di cui agli artt. 7 e 8. Ove poi risulti che abbia agito in connivenza coi terzi danneggiati o ne abbia favorito le pretese, perde i diritti derivantigli dal contratto.

Art. 11 - Stipula e durata del contratto - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio:

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se in quel momento il premio e gli accessori sono stati pagati; in caso diverso, decorre dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale l'Assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di 60 giorni di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare con lettera raccomandata postale la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti o di esigerne giudizialmente l'esecuzione. Il premio è sempre designato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento o se nel corso del periodo il contratto cessi anticipatamente per qualsiasi ragione.

Art. 12 - Regolazione del premio annuo:

Il Contraente si obbliga a tenere sempre aggiornato un registro, a disposizione per eventuali controlli da parte della Società, contenente i nominativi delle associazioni e persone fisiche assicurate, sulla cui base verrà emessa apposita appendice di regolazione del premio al termine dell'annualità.

Il premio annuo comprensivo di imposte per ogni testa assicurata è convenuto per l'importo indicato sul Modulo alla voce "Premio". Esso è dovuto integralmente in via anticipata - sulla base del numero di associati in essere alla data di rinnovo - da parte di ciascuna associazione aderente, all'atto della adesione o riconferma annuale, e va corrisposto per il tramite del Consorzio Contraente.

In conseguenza delle inclusioni in corso d'anno di nuovi associati alle associazioni assicurate, il relativo premio pro-capite è dovuto per intero (senza applicazione di pro-rata temporis) e dovrà essere versato dalla Contraente in forma cumulativa al termine dell'annualità di polizza, fermo tuttavia l'obbligo per le Associazioni Assicurate di notificare immediatamente per iscritto al Consorzio Contraente gli elenchi contenenti i nominativi e dati identificativi dei nuovi assicurati, e ferma restando la decorrenza della garanzia dalle ore 24 del giorno del timbro postale di partenza della lettera di notifica. La notifica potrà - a rischio dell'Associazione Assicurata - avvenire per lettera ordinaria.

Entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno assicurativo o del minor periodo di durata del contratto, il Consorzio Contraente è tenuto a comunicare alla Società il numero complessivo di iscritti, affinché la stessa proceda alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei sessanta giorni dalla presentazione delle relative appendici.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo alla annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione ed il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o dichiarare, con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

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

I termini di mora di 60 giorni si intendono applicabili solo nei rapporti fra il Consorzio Contraente e la Società.

Art. 13 - Recesso dal contratto dopo ogni denuncia di sinistro:

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti fra le Parti, la Società può recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni da darsi mediante lettera raccomandata. In tal caso l'avviso di recesso si intende operante anche per la Polizza Infortuni n. 301004068 con pari contraenza, e la Società rimborsa la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte, con invio contemporaneo alla lettera di rescissione.

Art. 14 - Competenza territoriale:

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente, esclusivamente a scelta della parte attrice, l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede la Società.

Art. 15 - Rinnovo del contratto:

In mancanza di disdetta da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 90 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente. Ogni avviso di recesso si intende operante anche per la Polizza Infortuni n. 301004068 con pari contraenza.

L'adesione alla presente polizza-convenzione da parte di ogni singola Associazione aderente al Consorzio contraente, si intende valida sino al termine del periodo dell'anno contrattuale in corso, senza tacito rinnovo, fermo restando il rinnovo automatico della polizza-convenzione nel suo insieme.

Art. 16 - Imposte:

Le imposte, i contributi e tutti gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico dell'Assicurato anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 17 - Decorrenza della garanzia:

La garanzia si intenderà efficace, per ogni Associazione Assicurata, a partire dalle ore 24,00 del giorno di spedizione postale al Consorzio Contraente da parte della medesima Associazione, della lettera di adesione annuale con allegati l'elenco completo dei nominativi dei propri associati e la prova dell'effettuato versamento del premio. Farà fede la data del timbro postale di partenza.

Art. 18 - Estensioni di garanzia:

La Società prende atto che è facoltà del Consorzio contraente consorzicare - e di conseguenza includere fra le associazioni assicurate - organizzazioni non musicali, che operino nell'ambito di attività complementari, contigue o simili, quali - a titolo esemplificativo ma non limitativo - danza, ballo, balletto, majorettes, teatro di prosa, opera.

Art. 19 - Richiamo alle disposizioni di legge:

Per quanto non regolato dalle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, valgono le norme di legge.

Roma, 28 Febbraio 2003



La Contraente

Presidente del Consorzio

La Società

HDI Assicurazioni S.p.A.

PROCEDURA SINISTRI INFORTUNI

CONVENZIONE ASSICURATIVA INFORTUNI PER L'ATTIVITA' DELLE ASSOCIAZIONI CONSORZIATE CONSORZIO CORI & BANDE
Leggere attentamente la presente informativa in caso di sinistro ed attenersi alle indicazioni per un miglior utilizzo della copertura assicurativa.

PRIMA DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

❶ **Modulo di denuncia:** la denuncia iniziale dell'infortunio va effettuata utilizzando l'apposita SCHEDA che troverete nella pagina seguente, da spedire per lettera raccomandata, compilata in ogni parte e sottoscritta.

❷ **Referto medico iniziale:** allegare sempre alla prima denuncia la copia del Referto Medico (con diagnosi e terapia) del Servizio pubblico di Pronto Soccorso che ha effettuato il primo intervento e indicare nel modulo di denuncia in cosa consiste il danno fisico subito così come riscontrato inizialmente.

❸ **Pronto soccorso pubblico:** se il primo intervento è stato effettuato da un medico privato, si deve comunque nelle ore immediatamente successive al sinistro sottoporre l'infortunato a visita di pronto soccorso presso una struttura pubblica, che possa certificare ufficialmente lo stato di salute.

❹ **Referto specialistico:** se l'infortunio produce lesioni che comportano competenze di un medico specialista, si dovrà allegare alla prima denuncia anche il referto dello specialista.

❺ **Termine per la spedizione della Denuncia:** La documentazione iniziale deve essere spedita entro e non oltre dieci giorni dal sinistro (Art.16 di Polizza). Per il caso di morte vedere il successivo punto ❸

❻ **Come ed a chi effettuare la denuncia:** la denuncia iniziale **deve** essere notificata per lettera raccomandata unicamente alla HDI Assicurazioni, mentre cortesemente **solo per posta ordinaria** al Consorzio:

- a) HDI Assicurazioni SpA - Ufficio Sinistri Infortuni - Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma
- b) Consorzio Cori & Bande Servizio Sinistri – Via Nibby, 11 - 00161 Roma

Indicare nell'oggetto : Sinistro su Pol. Infortuni n°301004068 del.....(data sinistro) e cognome infortunato;

❼ **Natura cautelativa della denuncia iniziale:** La prima denuncia non dovrà essere sottovalutata in caso di infortunio lieve, dato che la malattia potrebbe peggiorare in seguito, e se non si è provveduto a cautelarsi subito, all'aggravarsi delle condizioni non si è più in tempo per una denuncia valida.

❽ **Caso di morte:** in caso di decesso è necessario inviare comunicazione telegrafica entro 24 ore (o in caso di impedimento, entro il più breve tempo possibile) alla Compagnia assicuratrice, fornendo gli elementi che consentano un intervento immediato della medesima. Dovrà seguire poi lettera raccomandata con quanto sopra indicato.

COSA SUCCEDDE DOPO LA DENUNCIA INIZIALE ?

Affinché un sinistro sia correttamente trattato e risulti poi risarcibile è necessario attenersi strettamente alle seguenti disposizioni.

❶ **Attenzione:** Dopo circa 35 giorni dall'invio della prima denuncia dovrebbe giungervi una lettera dell'Ufficio Sinistri HDI con l'indicazione del n° di sinistro al quale fare riferimento e l'eventuale richiesta di documentazione aggiuntiva. Ove tale lettera non dovesse giungere entro 45 giorni potrete telefonare al n. **06.42.10.32.70** e chiedere dell'Ufficio Infortuni onde conoscere il numero del sinistro. Presso la Compagnia viene infatti aperta una posizione per il sinistro, in attesa di ulteriori vostre notizie.

In tutta la vostra corrispondenza successiva ricordatevi di indicare sempre i seguenti dati:

- a) Sinistro n°..... del(data dell'infortunio) a Polizza Infortuni del Consorzio Cori & Bande n° 301004068;
- b) nome, cognome e recapito postale completo e telefonico dell'infortunato;
- c) riferimento alla data della denuncia iniziale ed alla corrispondenza immediatamente precedente.

❷ **L'Infortunato è obbligato a :**

- sottoporsi regolarmente alle visite ed alle cure mediche prescritte;
- a seguire scrupolosamente le altre prescrizioni mediche;
- ad astenersi dal commettere atti che possano ostacolare le cure e la ripresa del normale stato di salute.

③ **Documentazione del decorso delle lesioni:** l'evoluzione e la continuità della malattia (che provoca invalidità) deve essere comprovata dall'infortunato con ulteriori certificati medici. A tale scopo dovranno essere spediti alla Compagnia Assicuratrice le certificazioni mediche successive, ad intervalli regolari, senza soluzione di continuità. Ove possibile, utilizzate sempre lo stesso medico, in modo che l'evoluzione sia meglio seguita ed i referti presentino omogeneità.

④ **Documentazione aggiuntiva:** La Compagnia potrà richiedere documentazione medica aggiuntiva, oltre a quella già sopra indicata.

⑤ **Presupposto per l'indennizzo:** affinché maturi il presupposto per un indennizzo è necessaria sia la notifica da parte dell'infortunato, che l'accertamento da parte della Compagnia, del termine della malattia e dello stabilizzarsi dei postumi. Il grado di invalidità permanente (da risarcire) può essere stabilito solo al momento in cui le condizioni dell'infortunato si sono stabilizzate, al più tardi entro un anno dal giorno dell'infortunio. Se entro tale termine il grado di invalidità non può essere determinato in via definitiva, gli Assicuratori potranno, su richiesta, rinviarne la determinazione (al massimo per un altro anno).

⑥ **Termine della malattia:** Allorché il medico curante ritiene stabilizzati gli effetti della malattia e di conseguenza consolidata l'invalidità, dovrà dichiararlo per iscritto e tale dichiarazione dovrà essere trasmessa per raccomandata alla Compagnia Assicuratrice assieme alla richiesta di indennizzo.

⑦ **Determinazione della percentuale di invalidità:** alla ricezione di quanto sopra, la Compagnia nominerà un medico legale che vi convocherà per una visita, onde determinare la percentuale di invalidità, sulla cui base verrà poi determinato l'importo dell'indennizzo. L'infortunato deve perciò sottoporsi a tale visita.

⑧ **Assistenza nella trattazione del sinistro:** il Consorzio Cori & Bande, se richiesto, interverrà per tutelare gratuitamente gli interessi dell'infortunato. Ove non soddisfatto, l'infortunato potrà consultare un proprio medico legale per le contro-deduzioni del caso ed eventualmente un legale. Far intervenire un legale in prima istanza e senza necessità è un errore che mal dispone le Compagnie assicuratrici. Anche il Consorzio si asterrà da qualsiasi intervento laddove sia già intervenuto ufficialmente un legale.

⑨ **Mancato invio di ulteriore documentazione e Prescrizione:** nella maggior parte dei casi la denuncia iniziale viene effettuata a solo scopo cautelativo: difatti poi non si manifestano segni di invalidità. E' per questo motivo che il silenzio da parte del danneggiato dopo la prima denuncia equivale ad una dichiarazione di mancato manifestarsi di una seria invalidità permanente.

⑩ **Prescrizione:** Trascorso un intero anno dall'ultima comunicazione scritta, la Compagnia chiuderà la pratica e non sarà poi più possibile ottenere alcun risarcimento (come previsto dall'Art. 2952 del Codice Civile).

COME CHIEDERE IL RIMBORSO DELLE SOLE SPESE MEDICHE

① Ove non si manifesti una invalidità permanente si può procedere subito a richiedere il rimborso delle spese mediche sostenute. Nella richiesta alla HDI Assicurazioni è necessario confermare che non si è evidenziata una invalidità permanente e perciò *di non avere null'altro da pretendere per il sinistro oltre le spese mediche indicate*.

② Per rendere più veloce il risarcimento è buona norma elencare nella lettera di richiesta di risarcimento tutte le ricevute allegate, per ordine di data di fattura, indicando un numero progressivo, la data, il percettore, l'oggetto della prestazione e l'importo in fattura. In fondo il totale degli esborsi. Sottrarre nel rigo sottostante l'importo in franchigia e, sotto ancora, la differenza di cui si richiede il risarcimento.

③ E' essenziale **allegare gli originali delle fatture** (le copie non vengono mai prese in considerazione) chiedendo eventualmente la restituzione degli originali per le proprie necessità fiscali (gli importi restano comunque deducibili anche se rimborsati dalle assicurazioni ed anche se stampigliati dalla Compagnia!)

④ Ricordatevi che il Consorzio è a vostra disposizione (tel 333.778.56.65 cori.bande@flashnet.it fax 06.442.38.521) per assistervi nella richiesta danni: è un servizio gratuito. In modo particolare si invita a non ricorrere ufficialmente a studi legali senza averci prima consultati.

Spettabile

HDI Assicurazioni - Uff. Sinistri Infortuni – Via Abruzzi, 3 - 00187 Roma (← raccomandata a.r.)
 e copia p. conoscenza a: Consorzio Cori & Bande - Via Nibby, 11 - 00161 Roma(← solo posta ordinaria)

Data

OGGETTO: 1ª Denuncia di sinistro Infortuni - Polizza HDI Assicurazioni n° 301004068:

La presente denuncia si intende formulata per (contrassegnare): Invalidità Permanente - Rimborso spese mediche

A - SEZIONE RELATIVA ALLA PERSONA INFORTUNATA

N° Sinistro.....

Cognome e Nome nato a il

Domicilio Tel.

Associazione Musicale di appartenenza

Codice (obbligatorio) assegnato dal Consorzio Cori & Bande all'Associazione musicale per l'anno in corso

Elencare e descrivere brevemente le menomazioni fisiche e/o patologiche che l'infortunato aveva prima del sinistro:

B - SEZIONE RELATIVA ALLE CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO

L'infortunio è avvenuto il giorno alle ore in località

Descrivere l'attività specifica associativa (corale o altro) che l'infortunato stava svolgendo all'atto del sinistro:

Causa diretta dell'infortunio e conseguenze immediate (narrazione circostanziata):

Nome e indirizzo di eventuale testimone.....

Nome e indirizzo del medico che prestò le prime cure.....

Nome e indirizzo del medico di famiglia curante.....

Istituto presso cui il ricovero è in corso, o previsto.....

C - SEZIONE RELATIVA ALLE CERTIFICAZIONI

1) Il sottoscritto infortunato (o esercente la patria potestà) dichiara sotto la propria responsabilità che quanto riportato nelle precedenti sezioni corrisponde a verità (se la firma è di persona diversa dall'infortunato riportare qualifica):

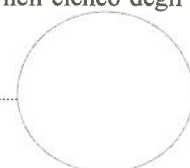
firma..... Qualifica.....

2) Il sottoscritto Responsabile Legale dell'Associazione Musicale sopra indicata certifica, sotto la propria responsabilità, la regolare iscrizione della Persona Infortunata al momento del sinistro, nonché la veridicità di quanto altro sopra riportato:

firma..... Qualifica.....

3) Il Consorzio CORI & BANDE, conferma che l'infortunato risulta regolarmente iscritto per l'anno in corso nell'elenco degli assicurati, con effetto precedente alla data dell'infortunio.

firma..... Qualifica.....



D - ALLEGATI

Si allega - Seguirà al più presto: Certificato Medico iniziale in data, cui seguiranno ulteriori certificazioni, ognuna entro i limiti di scadenza della precedente (max 3 mesi) e ciò fino ad avvenuta guarigione.

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO RESPONSABILITA' CIVILE CONTRO TERZI HDI ASSICURAZIONI - POLIZZA R.C. N° 301004069 - CONSORZIO CORI & BANDE

COMPILARE IN STAMPATELLO IN OGNI SINGOLA VOCE E INVIARE PER RACCOMANDATA A.R. ALL'UFFICIO SINISTRI (RC NON AUTO) HDI ASSICURAZIONI
VIA ABRUZZI, 10 00187 ROMA E PER CONOSCENZA CON LETTERA NON RACCOMANDATA A: CONSORZIO CORI & BANDE, VIA NIBBY, 11 00161 ROMA

DATI ANAGRAFICI DEL DANNEGGIANTE (ASSICURATO)

COGNOME: _____ NOME: _____

INDIRIZZO VIA: _____ N.: _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____

CODICE FISCALE: _____ TELEFONO: _____ / _____

NATO A: _____ IL: _____

ASSOCIAZIONE MUSICALE DI APPARTENENZA _____ RIF _____

FIRMA DEL PRESIDENTE ASSOCIATIVO A CONFERMA DEL CONTENUTO DELLA PRESENTE SCHEDA _____

ESTREMI DEL SINISTRO

DATA SINISTRO: _____ LUOGO: _____ PROVINCIA: _____

SONO INTERVENUTE AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA? SE SI QUALI?

POLIZIA CARABINIERI VIGILI URBANI DEL COMANDO: _____

DANNI PROVOCATI: _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO (SE OCCORRE ALLEGARE FOGLIO):

TESTIMONI: _____

DATA E LUOGO: _____ FIRMA: _____

ESTREMI DEL DANNEGGIATO

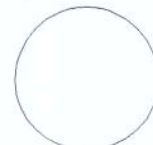
COGNOME: _____ NOME: _____

INDIRIZZO VIA: _____ N.: _____ COMUNE: _____

PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____ TELEFONO: _____ / _____

ALLEGATI _____

CONFERMA DA PARTE DEL CONSORZIO CORI E BANDE CHE IL DANNEGGIANTE E' COPERTO DI ASSICURAZIONE _____



COME ASSICURARE NUOVI ISCRITTI IN CORSO D'ANNO

Per assicurare nuovi associati (ulteriori coristi ecc.) in corso d'anno, occorre distinguere se i nuovi soci da assicurare sono 1 o 2 o max. 3, oppure se sono in numero maggiore.

Nel primo caso è sufficiente compilare e pagare alla Posta un bollettino di Conto Corrente Postale n° 41816000 intestato a "Consorzio Cori & Bande, Roma" per l'importo di Euro 4,50 per ciascun nuovo nominativo + Euro 1,00 per ciascun pagamento. E' condizione essenziale che il bollettino venga compilato come segue:

Nella "causale del versamento" indicare in maiuscole **NON SEGUE LETTERA - 2° INVIO** (oppure se si tratta del 3° o 4° indicare il numero di invio nominativi dello stesso anno).

Nello spazio residuo della "causale del versamento" indicare il nome o i nomi dei max. 3 nuovi soci da assicurare completi di dati anagrafici, es.
01. Marina BARELLI, n. Verona VR 04.04.1953 - 02. Paola CACCIA n. Verona VR 14.05.1965

E' importante che nello spazio del bollettino CCP riservato al nominativo del versante venga indicato solo il nome ed il comune di residenza della Vostra Associazione musicale E NON il nome della persona fisica che effettua il versamento.

ATTENZIONE: La procedura che precede non è ammessa per numero di nuovi soci superiore a 3. In caso di numero superiore leggere di seguito.

Nel caso i nuovi soci da assicurare siano più di tre, occorre procedere, come per il primo elenco dell'anno già inviato, con una lettera raccomandata contenente l'elenco dei nomi (completa di luogo e data di nascita di ognuno) e la ricevuta di versamento in CCP. Ecco il fac-simile della lettera.

FAC-SIMILE DELLA LETTERA DI INCLUSIONE IN CORSO D'ANNO DI NUOVI SOCI ALLA CONVENZIONE ASSICURATIVA

NOME COMPLETO DELLA ASSOCIAZIONE MUSICALE E SUA SEDE

Spettabile
Consorzio Cori & Bande
Via G.B. De Rossi, 12
00161 Roma RM

RACCOMANDATA A.R.

data.....

OGGETTO: Convenzione Infortuni ed R.C. Consorzio Cori & Bande- HDI Assicurazioni
2° Elenco dei nostri associati per l'annualità 28.02.2009 - 28.02.2010

Con riferimento alla nostra adesione per l'anno corrente alla convenzione in oggetto, Vi preghiamo voler includere nella assicurazione i nostri nuovi soci come da elenco qui sotto con effetto dalle ore 24 della data del timbro postale di invio della presente fino al 28.02.2010.

Il numero di iscritti di cui all'elenco allegato è di n° 5 teste, pertanto Vi è dovuto l'importo (5 x € 4,50) di € 22,50 + € 1.00 per contributo spese banco-postali per totali € 23,50 (Euro Ventitre/50).

Vi rimettiamo in allegato :

il **Secondo** elenco dei nostri associati per l'annualità di cui in oggetto

attestato di versamento su Vs. Conto Corrente Postale n° 41816000 intestato al Consorzio Cori & Bande, Roma

Ci impegniamo a comunicare i dati anagrafici di ulteriori iscritti nel corso dell'anno ed a corrispondervene le quote in pari tempo.

Il nostro responsabile amministrativo cui indirizzare tutta la corrispondenza relativa alla nostra adesione al Consorzio Cori & Bande ed alla relativa assicurazione é (compilare questa parte solo se la persona è cambiata rispetto al passato)

Sig.....

Via

Cap Località.....Provincia

Tel abitaz.....Tel uff.....

Tel cellularee mail

Recapito cellulare ed e-mail del nostro Presidente per le emergenze.....

Distinti saluti

firma sociale

Carta intestata della Associazione Musicale

N

Spettabile
Consorzio Cori & Bande
Via G. B. De Rossi, 12
00161 Roma RM

RACCOMANDATA A.R.

Roma, 28 Febbraio 2010

Adesione anno 2010-2011 al Consorzio e Convenzione Assicurativa Infortuni R.C. 1° Elenco dei nostri associati

Con riferimento alla convenzione in oggetto, Vi confermiamo la Nostra adesione al Consorzio per l'anno corrente, pregandoVi di voler coprire di assicurazione la nostra associazione ed i suoi iscritti elencati in allegato con effetto dalle ore 24 della data del timbro postale di invio della presente *(in caso di invio prima del 28.02.2010 vale quest'ultima come data d'inizio garanzia assicurativa)* fino alle ore 24 del 28 Febbraio 2011, esclusa qualsiasi forma di rinnovo tacito dopo tale data.

Il numero di iscritti di cui all'elenco allegato è di n° *(indicare il n. effettivo)* 25 teste, pertanto Vi è dovuto l'importo (25 x € 4,50) di € 112,50 + € 1,00 (per totali € 113,50 (Euro centotredici/50). *In caso di n. iscritti inferiore a 23 teste è comunque dovuto un importo minimo pari a € 100 + € 1.*

Vi rimettiamo in allegato :

- il **Primo** elenco dei nostri associati per l'annualità di cui in oggetto;
- attestato di versamento su Conto Corrente Postale n° **41816000** intestato al Consorzio Cori & Bande, Roma.

Ci impegniamo a comunicarvi i dati anagrafici degli ulteriori iscritti nel corso dell'anno ed a corrispondervene le quote in pari tempo.

Il nostro responsabile amministrativo cui vorrete indirizzare tutta la corrispondenza relativa alla nostra adesione al Consorzio Cori & Bande ed alla relativa assicurazione é:

Sig..... e mail.....

Via

Cap Località..... Provincia

Tel abitaz.....Tel uff.....Tel cellulare

Altro recapito cellulare ed e-mail della ns associazione per le emergenze:

.....
Distinti saluti

firma sociale

ALLEGARE ATTESTAZIONE DI VERSAMENTO CONTO CORRENTE POSTALE
ALLEGARE ELENCO NOMINATIVI completo di luogo e data di nascita di ognuno