

CUMULATIVA INFORTUNI

Contratto di assicurazione cumulativa infortuni



Dati intermediario

G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)

VIA CUCCA 6

25124 BRESCIA (BS)

Estremi del contratto

203775007	75	CUMULATIVA INFORTUNI				
Polizza	Ramo	Prodotto	Polizza sostituita			
13/09/2024	ore 24:00 del 30/09/2024	ore 24 del 30/09/2025	30/09/2025	01 00 00	ANNUALE	
Data emissione	Decorrenza	Scadenza	Scadenza prima rata	Durata	Frazionamento	
CON TACITO RINNOVO		1	NO	NO	NO	
Caratteristiche contratto	Moduli allegati	Coassicurazione	Indice ISTAT	Vincolo	Deducibilità IVA	Rischio comune
Numero assicurati: 1881						
Periodo per il quale è stato pagato il premio (salvo quanto disposto dall'Art. 1901, comma 2, Codice Civile) dal 30/09/2024 al 30/09/2025						
Regolazione premio: SI			Data prima regolazione: 30/09/2025			

Contraente

SPETT.LE INTERSCOUT

97046280588

Nome e cognome/Denominazione sociale

Codice fiscale/Partita IVA

VIA NIBBY,11 - 00161 - ROMA (RM)

Indirizzo/Sede Legale

Dati del contratto

Polizza: 203775007 Prodotto: CUMULATIVA INFORTUNI Appendice numero: 1

Intermediario: G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)

Le condizioni particolari dattiloscritte prevalgono sulle condizioni Mod. EAT 569- ramo 75 Ed. Gennaio 2020 del presente contratto di assicurazione in caso di discordanza.

Condizioni dattiloscritte

Art. 1 – Definizioni:

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

- 1.1. **Società:** Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Colleoni n. 21 – 20864 Agrate Brianza (MB).
- 1.2. **Contraente:** Consorzio Interscout, Via Nibby n. 11 – 00161 Roma, con il quale è stipulato il presente contratto.
- 1.3. **Associazioni Assicurate:** Le Associazioni iscritte al Consorzio Contraente che hanno aderito, nell'ambito di questo, alla presente Assicurazione.
- 1.4. **Assicurati:** Le persone fisiche iscritte alle Associazioni sopra citate (Iscritti Assicurati) nonché gli Ospiti come di seguito definiti, per i quali viene prestata assicurazione (Ospiti Assicurati).
- 1.5. **Infornio:** l'evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- 1.6. **Ospiti Assicurati:** rientrano in tale definizione quanti siano presenti all'interno delle sedi sociali o altri luoghi all'aperto, ove si stia svolgendo l'attività statutaria degli Iscritti, che abbiano le seguenti caratteristiche:

1.6.1 i genitori, fratelli, sorelle, zii e affini degli Iscritti Assicurati, che siano presenti nei luoghi di attività degli iscritti per ragioni di accompagnamento minori iscritti, ovvero perché invitati a specifiche riunioni dei genitori degli Iscritti, ovvero perché invitati nell'ambito del punto 1.6.2.;

1.6.2. i familiari Iscritti Assicurati di cui al punto 1.6.1.1, nonché gli amici degli iscritti e dei familiari citati, nonché le autorità invitate, il tutto limitatamente alle giornate o manifestazioni specificamente dedicate alle famiglie degli iscritti o con invito esteso alle medesime.

1.6.3. gli autisti dei pullman noleggiati per i trasferimenti, gite ed escursioni nell'ambito dell'attività statutaria. Questi ultimi limitatamente ai momenti di riposo dal lavoro di guida del mezzo.

1.6.4. Perché l'ospite sia considerato Ospite Assicurato è necessario che:

- a) la sua presenza nel luogo ove gli iscritti svolgono la loro attività sia giustificata da comprovata ospitalità;
- b) la sua presenza non sia attribuibile, anche se in parte, a motivi di lavoro (tranne per gli autisti di pullman) o di funzione (ad esempio sacerdoti in locali parrocchiali) o di attività diversa (es. membri di altre associazioni che utilizzano locali comuni e contigui con gli Iscritti Assicurati).

1.6.5. **Non rientrano comunque fra gli Ospiti Assicurati:**

- i giovani di prossima iscrizione all'Associazione Assicurata;
- i terzi e loro dipendenti e amministratori, presso cui gli Iscritti Assicurati siano in visita o ospiti.

Art. 2 – Identificazione degli Assicurati

Per l'identificazione degli Assicurati in caso di sinistro si farà riferimento:

2.1 **per gli Iscritti:** alle strutture 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.

2.2 **per gli Ospiti:** alla dichiarazione – sottoscritta dal responsabile della Associazione iscritta al Consorzio, presente al momento del sinistro – che certifichi la qualifica di Ospite dell'infortunato.

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 l'organizzazione, la preparazione e lo svolgimento delle attività scoutistiche e statutarie

Dati del contratto

Polizza: 203775007 Prodotto: CUMULATIVA INFORTUNI Appendice numero: 1

Intermediario: G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)

effettivamente organizzate e/o preventivamente autorizzate dalla rispettiva Associazione di appartenenza. A titolo esemplificativo ma non limitativo si dichiara che rientrano fra le attività assicurate quella culturale, didattica, assistenziale, sociale, sportiva, hobbistica, di campeggio, di "specialistica", turistica, di ordine pubblico, protezione civile, convegni, mostre, conferenze, manifestazioni, nonché cerimonie pubbliche e private.

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, salvo quanto previsto all'art. 4.9.

3.3 Sono inoltre compresi in garanzia, nell'ambito delle attività di cui agli Artt. 3.1 e 3.2. – ferme le esclusioni di cui all' Art.4 che segue – gli infortuni derivanti agli Assicurati:

3.3.1. durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni e/o corsi di aggiornamento;

3.3.2. per 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;

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

3.3.4. durante la guida di autoveicoli, imbarcazioni e motoveicolo di qualsiasi cilindrata;

3.3.5. durante gli sport e gare, con limitazioni di cui al successivo art. 4;

3.3.6. durante le scalate di roccia di grado non superiore al 3° o con accesso ai ghiacciai;

3.3.7. per imprudenze, negligenze o colpa grave, in stato di malore, in coscienza e vertigini;

3.3.8. in seguito ad asfissia, caduta di fulmini, punture di insetti, morsi di rettili ed animali;

3.3.9. annegamento da qualsiasi causa;

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

3.3.11. azioni di dirottamento o di pirateria aerea;

3.3.12. in conseguenza di sforzi muscolari e da ubriachezza;

3.3.13. 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 in caso di invalidità permanente assoluta;

b) qualora sorga contestazione circa la naturale e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 18 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/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 ed eventuali altre assicurazioni stipulate 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:

- per persona : Euro 1.000.000,00 per il caso di morte ed Euro 1.000.000,00 per il caso d'invalidità permanente totale.
- Complessivamente per aeromobile: Euro 10.000.000,00.
- In detta limitazione rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo stipulate dallo 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 il 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.

Dati del contratto

Polizza: 203775007 Prodotto: CUMULATIVA INFORTUNI Appendice numero: 1

Intermediario: G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)

Art. 4 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- 4.1 durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- 4.2 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 colpiscano l'Assicurato nel Territorio Italiano;
- 4.3 durante la partecipazione in qualità di atleta professionista a corse, gare e relative prove ed allenamenti;
- 4.4 durante l'esercizio dei seguenti sport: pugilato, salto dal trampolino con sci, paracadutismo, immersioni con autorespiratore ma limitatamente ai danni all'udito e/o conseguenti alla pressione dell'acqua;
- 4.5 durante la guida di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
- 4.6 in conseguenza di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio e tentato suicidio;
- 4.7 in conseguenza all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni;
- 4.8 sotto l'influenza diretta o indiretta della trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 4.9 agli Ospiti durante i viaggi o gli spostamenti collettivi o individuali ed ogni altra occasione, diversa da quando essi si trovano nei luoghi ove si sta svolgendo l'attività statutaria dell'Associazione Assicurata iscritta al Consorzio.
- 5.0 Non sono equiparati ad infortunio, e sono quindi esclusi dall'Assicurazione, gli eventi causati da, o che abbiamo come conseguenza, l'infezione da Sars- Cov-2(Coronavirus disease COVID-19) o l'insorgenza di qualunque patologia correlata all'infezione da Sars- Cov-2 o ad ogni sua variazione o mutazione futura.

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 dall'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 ai 75 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 dei premi che, non essendo dovuti, verranno su richiesta restituiti al netto delle imposte.

ART. 6 – SOMME ASSICURATE E LIMITI DI RISARCIMENTO PER CUMULI DI RISCHIO

Con riferimento a ciascuna delle garanzie di cui agli Artt. 12,13,14 e15 che seguono, gli Assicuratori prestano garanzia fino alla concorrenza degli importi indicati di seguito:

6.1 – **Morte** : Somma Assicurata pro capite € 100.000,00

6.2- **Invalità Permanente**: Somma Assicurata pro capite € 150.000,00 franchigia 3%

Il capitale assicurato per Invalità Permanente da Infortunio viene corrisposto per intero in caso di invalidità permanente da Infortunio accertata pari o superiore al 60%.

6.3 **Spese mediche da Infortunio**: Somma Assicurata pro capite € 3.500,00

Nell'ambito di tale importo vengono rimborsate le rette di degenza ospedaliera (esclusi i servizi extra) fino alla concorrenza di € 50,00 per ogni giorno di degenza. Ciascun indennizzo viene effettuato previa deduzione del 10% dell'importo risarcibile con il minimo di € 100,00 per singolo sinistro.

6.4 **Indennità giornaliera per ricovero da Malattia**: Somma assicurata pro capite € 50,00 al giorno con una franchigia pari a 3 giorni.

Dati del contratto

Polizza: 203775007 Prodotto: CUMULATIVA INFORTUNI Appendice numero: 1

Intermediario: G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)

Nel caso di malattia, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera sopra indicata in caso di ricovero in Ospedale e o in un Istituto di cura, dietro presentazione di un certificato medico dal quale risulti la descrizione della malattia, le cause che la determinarono e la durata del ricovero, per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 15 giorni per evento. Il giorno di dimissione non è indennizzabile;

Sono esclusi dall'assicurazione tutti gli eventi, i sinistri, i costi e le spese causati da o conseguenti a:

- Infezione da Sars- Cov-2(COVID-19), patologie correlate all'infezione da SARS- Cov-2, ogni sua variazione o mutazione futura.
- Terapie e/o trattamenti medici effettuati per la cura o prevenzione del COVID-19.

6.5 – Limiti per cumuli di rischio: in caso di infortunio che non colpisca contemporaneamente più Assicurati in conseguenza di un unico evento, fermo quanto previsto all'art. 3.4 Rischio di volo, la massima esposizione della Società riferita complessivamente alle persone Assicurate con il presente contratto viene stabilita per l'importo di € 3.000.000,00. Nel caso la somma degli indennizzi dovuti superi tale importo, gli indennizzi stessi verranno liquidati a ciascuno in forma ridotta, in ragione proporzionale rispetto ai relativi massimali e importi assicurati in proporzione tale che il loro totale sia pari al limite di cui sopra.

In caso di sinistro multiplo che coinvolga Assicurati Ospiti di cui all'Art. 1.6 rimane convenuto che per essi si procederà all'indennizzo solo nell'ambito del massimale cumulativo residuo, dopo l'eventuale pagamento integrale degli importi dovuti agli iscritti assicurati.

Art. 7- ALTRE ASSICURAZIONI

Si conviene che la presente assicurazione è stata 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 e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni infortuni che avessero in corso o stipulassero con altre società assicuratrici.

Art. 8 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI E VALIDITA' 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, presso 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 la 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 Assicurata 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 d'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 INDENNIZZABILITA'

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.

Dati del contratto

Polizza: 203775007 Prodotto: CUMULATIVA INFORTUNI Appendice numero: 1

Intermediario: G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)

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:

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, la Società riconoscerà il risarcimento previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come avvenuto a seguito di infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato presunto morto 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 – INVALIDITA' 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. Su tale somma non si farà luogo a indennizzo quando l'invalidità permanente è pari o inferiore al 3% della totale. Nel caso in cui l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% della totale, l'indennità sarà corrisposta in base alla percentuale eccedente al 3%.

La valutazione del grado 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 Permanente per il lato destro è applicato per il 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 all' 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.

Dati del contratto

Polizza: 203775007 Prodotto: CUMULATIVA INFORTUNI Appendice numero: 1

Intermediario: G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)

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 del 6%. 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, in caso di infortunio risarcibile ai termini di contratto, anche se non si è manifestata una invalidità permanente, il costo delle cure mediche fino a concorrenza, per ogni evento e per ogni persona, di € 3.500,00 applicando uno scoperto del 10%, con il minimo di 100,00€ per evento.

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 ;
- spese per le protesi dentarie, che si rendessero necessarie esclusivamente in conseguenza di infortunio risarcibile a termini di contratto, anche se non si manifesta una invalidità permanente con il limite di € 500,00 per persona e per anno assicurativo;
- spese per lenti che abbiano subito la rottura a seguito di infortunio, risarcibile a termini di contratto, anche se non si manifesta una invalidità permanente, con il limite di € 250,00 (max per montatura € 80,00) per persona e per anno assicurativo con l'applicazione di una franchigia pari ad € 50,00.

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

ART. 15 – CUMULO DI INDENNITA'

15.1.L'indennità per Invalidità Permanente è cumulabile con quella per Morte. Solo 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.

15.2.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, la Società pagherà agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme successorie vigenti.

Dati del contratto

Polizza: 203775007 Prodotto: CUMULATIVA INFORTUNI Appendice numero: 1

Intermediario: G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)

Art. 16 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO – OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia di ogni infortunio deve essere notificata dall'Assicurato infortunato o da chi per lui esercita la patria potestà, direttamente alla Direzione Sinistri (Rami Elementari) della Società, all'indirizzo indicato all'Art. 1, nonché in copia all'agenzia, entro dieci giorni dall' infortunio stesso o dal momento in cui l'Assicurato o suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve indicare luogo, giorno, ora e circostanze dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico. Se l'infortunio risulta nella morte dell'Assicurato, la Società dovrà essere informata nel più breve tempo possibile per PEC o raccomandata.

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 possano ostacolare le cure e l'idoneità a riprendere il lavoro.

La Società fornirà alla Contraente su base annuale l'elenco dei sinistri denunciati completo degli importi liquidati e riservati.

Art. 17 – CONTROVERSIE - COMPETENZA TERRITORIALE

In caso di divergenza sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o durata della Inabilità Temporanea, 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 presso la sede dell'Agenzia scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società, ovvero 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 sottoscriverne 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 Società stessa 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 ed il Contraente, con un preavviso di sessanta giorni, avranno ciascuno 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, con pari preavviso, di recedere dall'intero contratto, rimborsando la quota di premio netto 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

In mancanza di disdetta notificata da una delle Parti con lettera raccomandata almeno sessanta giorni prima della scadenza, il presente contratto si intende rinnovato per un anno e così successivamente.

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 scelta dal Contraente e riconosciuto dalla Società, ovvero presso la sede della Società.

Dati del contratto

Polizza: 203775007 Prodotto: CUMULATIVA INFORTUNI Appendice numero: 1

Intermediario: G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)

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 basamento, 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. 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 giudizi a[mente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto per ciascuna persona censita, salvo per quanto previsto dagli Artt. 5 e 18, 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 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio annuo imponibile è dovuto per un minimo di 50 teste per ciascuna associazione aderente al Consorzio Contraente.

Esso viene anticipato in via provvisoria sulla base del 40% del numero consuntivo di teste censite per l'annualità precedente, e con il minimo iniziale di 50 teste, associazione per associazione, ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa (o della minor durata del contratto) sulla base del numero effettivo di iscritti alle singole associazioni assicurate, che sono stati censiti nel corso dell'anno di copertura, dedotte le persone non assicurabili di cui agli Artt. 5 e 18.

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 alla Società i dati consuntivi necessari.

Le differenze attive o passive 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 proprio diritto ad 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 necessarie.

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 – RESPONSABILITA' 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 il Contraente o verso l'Associazione Assicurata di riferimento o verso personale direttivo di quest'ultima, maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

APPENDICE DI VARIAZIONE

Dati del contratto

Polizza: 203775007 Prodotto: CUMULATIVA INFORTUNI Appendice numero: 1

Intermediario: G.M. ASSICURAZIONI SRL (1.3.0.0.0)

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

Art. 24 – RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

Art. 25 – LIMITI TERRITORIALI

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.

L'ASSICURATOE/O CONTRAENTE

Nobis Compagnia di Assicurazioni SpA



CONSORZIO INTERSCOM
Via Nobis, 11 - 00101 ROMA

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il sottoscritto Contraente dichiara di approvare specificamente le disposizioni degli articoli:

- Art. 17 (Deferimento delle controversie a un Collegio Medico);
- Art. 17 (Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria);
- Art. 18 (Facoltà della Società di recedere dopo ogni denuncia di sinistro);
- Art. 19 (Proroga dell'Assicurazione in mancanza di disdetta almeno sessanta giorni prima della scadenza).

**LA PRESENTE APPENDICE FORMA PARTE INTEGRANTE DELLA POLIZZA CUI
SI RIFERISCE, LA QUALE RIMANE IN OGNI ALTRA PARTE INVARIATA**