

POLIZZA INFORTUNI C.N.S.A.S.

La presente polizza è stipulata tra CLUB ALPINO ITALIANO

Via Petrella 19

20124 MILANO

C.F. 80067550154

P.IVA 03654880156

e

CIG 839857642A

Decorrenza Ore 24:00 del 31.12.2020

Scadenza Ore 24:00 del 31.12.2023 S.T.R

Frazionamento Semestrale

Sommario

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI	4
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	5
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	5
Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.....	5
Art. 3 - Durata del contratto.....	5
Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.....	5
Art. 5 - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010.....	6
Art. 6 – Regolazione del premio	6
Art. 7 - Recesso a seguito di sinistro – Rinuncia	7
Art. 8 - Modifiche dell'assicurazione	7
Art. 9 – Gestione del Contratto	7
Art. 10 - Oneri fiscali.....	7
Art. 11 - Foro competente.....	7
Art. 12 - Interpretazione del contratto.....	7
Art. 13 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto	7
Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio.....	8
Art. 15 – Associazione Temporanea di Imprese (operante se del caso)	8
Art. 16 - Rinvio alle norme di legge	8
Art. 17 – Partecipazione agli utili.....	9
Art. 18 – Disposizione finale	9
SEZIONE 3 - INFORTUNI PERSONALE C.N.S.A.S.	10
SEZIONE 3.1 - RISCHI COPERTI.....	10
Art.1 – Oggetto dell'assicurazione.....	10
Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche.....	10
Art. 3 – Rischio aeronautico	11
SEZIONE 3.2- ESCLUSIONI	12
Art. 4 – Esclusioni.....	12
Art. 5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili	12
Art. 6 - Limiti di età	12
Art. 7 - Limiti territoriali.....	12
Art. 8 – Limiti di indennizzo	13
SEZIONE 3.3 - GESTIONE DEI SINISTRI	13
Art. 9 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi.....	13
Art. 10 – Criteri di indennizzabilità	13

Art. 11 - Prestazioni	14
Art. 12 – Controversie.....	16
Art. 13 – Liquidazione dell'indennità.....	16
Art. 14 - Rinuncia all'azione di surroga	16
SEZIONE 3.4 - SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO	16
Art. 15 – Soggetti assicurati, copertura, capitali assicurati, premio anticipato, modalità di applicazione della regolazione	16

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

- Ente:** Il CAI CLUB ALPINO ITALIANO Sede Centrale, intendendosi per tale: la “(...) libera associazione nazionale, “che” ha per scopo l’alpinismo in ogni sua manifestazione, la conoscenza e lo studio delle montagne, specialmente di quelle italiane, e la difesa del loro ambiente naturale” (art. 1 - Costituzione e finalità dello Statuto).
- Assicurato:** La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
- Assicurazione:** Il contratto di assicurazione.
- Polizza:** Il documento che prova l'assicurazione.
- Beneficiario:** In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l’assicurato stesso.
- Società:** L’impresa assicuratrice e, in caso di ATI le eventuali mandanti
- Premio:** La somma dovuta dal Contraente alla Società.
- Rischio:** La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
- Sinistro:** Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
- Indennizzo:** La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- Franchigia:** La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
- Scoperto:** La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
- Annualità assicurativa o periodo assicurativo:** Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
- Infortunio:** Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente (assoluta o parziale) e/o una inabilità temporanea.
- Invalidità permanente:** La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
- Inabilità temporanea:** La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell’Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
- Malattia:** Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
- Istituto di cura:** L’ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
- Ricovero:** La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
- Massimale per sinistro:** La massima esposizione della Società per sinistro.
- CNSAS:** Il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (C.N.S.A.S.) – operante anche in coordinamento con il Servizio sanitario nazionale e il Servizio nazionale della protezione civile – Sezione nazionale del Club alpino italiano dotata di caratteristiche peculiari, riconosciute da specifiche leggi dello Stato, di proprio specifico ordinamento e di ampia autonomia organizzativa, funzionale e patrimoniale.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ., si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che tale mancata o inesatta comunicazione sia avvenuta in buona fede. Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio sempre che tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischio diverse da quanto garantito dal presente contratto.

La Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve però comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il sinistro a tutti gli Assicuratori indicandone a ciascuno gli estremi. In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute. In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

Art. 3 - Durata del contratto

Il contratto ha durata di anni 3 (tre), con effetto alle ore 24:00 del 31.12.2020 e scadenza alle ore 24:00 del 31.12.2023 e cesserà irrevocabilmente alla scadenza di detto periodo.

E' facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 30 giorni successivi al medesimo. Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della decorrenza sopra riportata per il premio iniziale o per le scadenze successive, e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il pagamento del premio annuo è effettuato con frazionamento semestrale, con rate al 31/12 e al 30/06 di ogni anno.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR n. 602/1973 la Società dà atto che:

1. l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
2. il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 Cod. Civ. nei confronti della Società stessa.

[Art. 5 - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010](#)

La Società assicuratrice, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i.

La società assicuratrice è obbligata a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) comunicato dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

[Art. 6 – Regolazione del premio](#)

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza all'interno delle singole Sezioni ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella

stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 7 - Recesso a seguito di sinistro – Rinuncia

La Società rinuncia al diritto di recedere dall'assicurazione dopo ciascun sinistro.

E' facoltà delle parti recedere dal contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione inviata per Posta Elettronica Certificata almeno 150 (centocinquanta) giorni prima di tale scadenza.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione a parte del Contraente e conseguente riduzione del premio.

Art. 8 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza devono essere provate per iscritto.

Art. 9 – Gestione del Contratto

Il contratto, compreso il pagamento dei premi, è gestito direttamente dal Contraente, e tutte le comunicazioni riguardanti lo stesso dovranno essere effettuate mediante posta certificata o posta elettronica.

Art. 10 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 11 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 12 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 13 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società si impegna a fornire al Contraente ed al CNSAS il dettaglio dei sinistri come di seguito indicato su formato elettronico modificabile Microsoft Excel[®] (o altro analogo formato con le medesime caratteristiche purché compatibile con i sistemi in uso presso il Contraente):

- a) sinistri denunciati
- b) tipologia di lesione
- c) sinistri riservati, con indicazione dell'importo a riserva
- d) sinistri liquidati, con indicazione dell'importo, specificando almeno:
 - Importo indennizzo capitale morte o IP
 - Importo Spese mediche o altre garanzie
- e) sinistri respinti
- f) categoria di assicurati
- g) nr. sinistro assegnato dalla Società Assicuratrice.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di accadimento del sinistro denunciato, di data di eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Le informazioni di cui sopra devono essere fornite dalla Società al Contraente ed al CNSAS con cadenza trimestrale entro il giorno 15 del mese successivo alla chiusura del trimestre; per ogni giorno di ritardo nella consegna delle informazioni, sarà applicata una penale pari a € 50,00 (cinquanta/00) al giorno.

É facoltà del Contraente richiedere, ed obbligo della Società fornire, lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora il Contraente lo richieda, anche con riferimento alle motivazioni delle reiezioni. In caso di inadempimento di una qualsiasi delle obbligazioni assunte ai sensi del presente articolo, il Contraente potrà diffidare la Società ad adempiere entro un termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, il Contraente potrà comunicare alla Società la risoluzione di diritto del contratto ai sensi dell'art. 1454 del Cod.Civ., senza che la Società inadempiente possa avanzare alcuna pretesa.

Il contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile a decorrere dal decimo giorno successivo alla data di ricezione, da parte della Società, della comunicazione con cui il Contraente dichiara che intende valersi della presente clausola risolutiva espressa. In ogni caso, resta salvo il diritto del Contraente al risarcimento dei danni subiti.

Art. 15 – Associazione Temporanea di Imprese (operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza é effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

- Compagnia ... Società mandataria
- Compagnia ... Società mandante
- Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla mandataria per conto comune.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea impresa costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 Cod.Civ., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.

Art. 16 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 17 – Partecipazione agli utili

E' convenuto che, trascorsi 8 (otto) mesi dalla scadenza finale del presente contratto (ore 24:00 del 31/12/2023 salvo recesso anticipato di una delle parti o proroga tecnica di cui all'Art.3 Sezione 2 - Norme che regolano il contratto in generale), la Società procederà, nei termini che seguono, al calcolo dell'importo eventualmente riconoscibile a favore del Contraente a titolo di partecipazione al buon andamento del contratto per il periodo di competenza (ore 24,00 del 31/12/2020 – ore 24:00 del 31/12/2023 salvo recesso anticipato di una delle parti o proroga tecnica di cui all'Art. 3 Sezione 2 - Norme che regolano il contratto in generale):

- a) Premi di competenza (premi versati comprensivi di eventuali premi di regolazione), al netto delle imposte
- b) Importo complessivo degli indennizzi dato dalla somma tra quanto pagato e quanto posto a riserva (escluse le spese) per i sinistri avvenuti nel periodo di riferimento ed aggiornata al termine dell'ottavo mese successivo alla scadenza finale del contratto
- c) Oneri gestionali (tra cui gli oneri di gestione amministrativa del contratto e dei sinistri, , ecc. ecc.) ed utile atteso dalla Società pari al 30% dell'importo sub a)
- d) Totale esborso per sinistri ed oneri gestionali (b + c)
- e) Riferimento di partecipazione (a – d)
- f) Quota a favore del Contraente (50 % di e)

Qualora il risultato della Polizza evidenzia un saldo attivo per la Società come sopra calcolato (sub e), la quota a favore del Contraente verrà riconosciuta, attraverso emissione di apposita Appendice di rimborso di Premio imponibile che verrà emessa entro 10 mesi dalla scadenza finale del contratto). L'eventuale importo a favore del Contraente verrà corrisposto entro 30 giorni dalla data dell'emissione dell'appendice corretta di cui sopra.

Per i dati richiesti alle precedenti lett. a) e b) costituirà base di calcolo unicamente la presente polizza; non saranno pertanto presi in considerazione i dati afferenti le Coperture integrative per i Soci.

Art. 18 – Disposizione finale

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

La firma apposta dal Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

SEZIONE 3 - INFORTUNI PERSONALE C.N.S.A.S.

SEZIONE 3.1 - RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale.

L'assicurazione vale altresì per tutte le garanzie di cui ai seguenti articoli della presente sezione. Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
3. contatto con corrosivi;
4. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
5. l'annegamento;
6. l'assideramento o congelamento;
7. la folgorazione;
8. i colpi di sole o di calore o di freddo;
9. le ernie traumatiche e le ernie addominali determinate da sforzi muscolari (esclusi gli infarti) aventi carattere traumatico;
10. gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
11. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
12. gli infortuni derivanti da malore e incoscienza;
13. gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, e-bike, drone (APR e SAPR), veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente o brevetto di abilitazione alla guida medesima;
14. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
15. gli infortuni derivati da scoppi e esplosioni;
16. gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
17. gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, debris flow, valanghe, distaccamenti nevosi e di ghiaccio nonché incendi;
18. gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche

In presenza di un infortunio indennizzabile ai sensi della presente polizza, la Società assicura fino alla concorrenza di € 5.000,00 per persona assicurata aumentabili sino ad un massimo di € 10.000,00 per gli infortuni che hanno comportato un ricovero superiore ai 10 giorni, il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie.

Tale somma indennizzerà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'Assicurato per le spese sostenute:

1. per onorari medici e chirurgici, rette di degenza in Istituto di cura, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, accertamenti diagnostici, ticket, trasporto in ambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio.
2. per terapie fisiche, medicinali, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) entro il limite del 30% della somma assicurata per "Rimborso spese di cura"
3. entro il limite del 30% della somma assicurata per "Rimborso spese di cura" per:
 - interventi di chirurgia plastica ricostruttiva effettuati allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio stesso;
 - acquisto e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici, comprese le protesi dentarie e tutti gli interventi di odontoiatria ed odontotecnica.

Se l'Assicurato ha usufruito di assistenza sanitaria sociale o integrativa privata, la garanzia è operante per la parte di spesa a carico dell'assicurato stesso.

La garanzia è prestata con una franchigia di € 100,00 che resta comunque a carico dell'Assicurato.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato o ai Suoi eredi su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero verrà eseguito in Italia con il cambio in Euro.

La Società rimborsa all'Assicurato le spese non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale, inclusi ticket, e da lui sostenute per le prestazioni suindicate.

Viene altresì previsto, in aggiunta alla somma assicurata di cui al presente articolo, il rimborso agli eredi delle spese per l'eventuale assistenza di uno psicologo/psicoterapeuta in caso di decesso o di invalidità permanente, fino alla concorrenza di Euro 3.000,00 per ogni socio deceduto a seguito di evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Art. 3 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- € 2.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 2.000.000,00 per il caso morte
- € 200,00 per il caso di inabilità temporanea giornaliera assoluta per persona e di:
- € 15.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 15.000.000,00 per il caso di morte
- € 5.000,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti. Sono equiparati agli "Infortuni Aeronautici" anche gli infortuni derivanti da dirottamenti, sabotaggi, atti di pirateria ed attentati.

SEZIONE 3.2- ESCLUSIONI

Art. 4 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- a) abuso di alcolici o ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti e/o allucinogeni;
- b) guida di aeromobili, ad eccezione dei droni di cui al precedente art. 1 punto 13 della presente sezione;
- c) atti e/o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare, competizioni e relative prove di veicoli a motore e di natanti a motore in genere;

Sono altresì escluse le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:

- qualora l'ernia risulti operabile, sarà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni ove previsto in polizza;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Inabilità Permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 11 Controversie - Arbitrato irrituale.

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

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindrome organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi. Di conseguenza l'Assicurazione cessa al manifestarsi ed all'accertamento medico di tali affezioni.

Art. 6 - Limiti di età

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 75 (settantacinque) anni. Tuttavia per persone che raggiungono tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 7 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

L'accertamento e la liquidazione degli eventuali postumi di Inabilità permanente verranno effettuati soltanto al rientro dell'Assicurato in Italia.

Art. 8 – Limiti di indennizzo

Nel caso di sinistro che coinvolge nello stesso evento più persone assicurate l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo di € 50.000.000,00. Fatto salvo il limite previsto all'art. 3 – Sez. 3.1 – Rischio aeronautico.

Verificandosi una eccedenza oltre il limite, l'indennità spettante a ciascuna persona infortunata od all'avente diritto verrà proporzionalmente ridotta.

SEZIONE 3.3 - GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 9 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata, entro 60 giorni, alla Società dall'Assicurato (o dai suoi aventi causa), dal Contraente o dal C.N.S.A.S. tramite posta, fax, email, PEC o altra modalità concordata tra la Società ed il Contraente

Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere inviata alla Società entro 15 (quindici) giorni dal fatto.

La denuncia deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire alla Società e suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta. L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono acconsentire alle visite dei medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire alla Società un dettagliato certificato medico sull'infortunio; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare alla Società, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescritte dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata alla Società con certificato definitivo. In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa sino alla data di prescrizione del sinistro. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività prima del conseguimento della guarigione stessa, la Società non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

Oltre alla denuncia tutto l'iter gestionale e amministrativo sopra indicato verrà effettuato dallo stesso C.N.S.A.S. per tramite della propria Direzione nazionale, con l'obbligo di notiziare sempre il Contraente

Art. 10 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio stesso; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure

il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 11 - Prestazioni

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli aventi diritto l'importo liquidato o offerto.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché a seguito di qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

a) Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile

alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

b) Invalidità Permanente Parziale

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano) in base alle percentuali delle tabelle ufficiali dell'INAIL della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

Si fa in ogni caso riferimento alle tabelle ufficiali dell'INAIL.

d) DIARIA DA INVALIDITA' TEMPORANEA

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata a tale titolo nella scheda di conteggio del premio fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità. Si precisa che l'indennità per inabilità temporanea è corrisposta a partire dalle ore 24:00 del 6° giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

L'indennità è dovuta:

- integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni. L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però

l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni per sinistro ed è cumulabile con quelle eventualmente dovute per invalidità permanente o morte.

Art. 12 – Controversie

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di errore, dolo, violenza o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 13 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

Art. 14 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 Cod.Civ. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE 3.4 - SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 15 – Soggetti assicurati, copertura, capitali assicurati, premio anticipato, modalità di applicazione della regolazione

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza a favore dei Soci del CAI appartenenti al Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (C.N.S.A.S.) per i quali fa fede il libro dei Soci dello stesso C.N.S.A.S. vidimato e depositato presso la sede del Corpo come in dettaglio descritto al penultimo capoverso del presente art.

Tali soci sono esclusi dalla copertura qualora subiscano l'infornio nel contesto di un soccorso e/o di un addestramento cui partecipano in qualità di dipendenti e/o collaboratori direttamente indennizzati del Servizio Sanitario Nazionale e delle società/ditte di lavoro aereo e trasporto passeggeri, ovvero delle società esercenti i servizi di elisoccorso e/o società/ditte operanti in regime di convenzione o una tantum con il C.N.S.A.S.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone e per l'identificazione delle garanzie e capitali effettivamente operanti, si farà riferimento ai documenti depositati presso il CNSAS. Il Contraente è altresì esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati possano subire:

1. durante le operazioni e gli interventi di soccorso, i servizi in guardia attiva e di reperibilità, l'assistenza a manifestazioni/eventi/competizioni organizzate da terzi, le attività formative, esercitative e addestrative, nonché in ogni attività attinente e relativa alle finalità di istituto e di cui agli obblighi di legge in capo al Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico, anche quali ausiliari di polizia giudiziaria;
2. nelle loro specifiche mansioni come passeggeri, soccorritori durante i voli effettuati con qualsiasi tipo di aeromobile, dal momento in cui salgono a bordo di un aeromobile fino al momento in cui ne discendono, compresi gli infortuni occorsi durante le operazioni, interventi, attività formative, esercitative e addestrative di soccorso aereo con uso di pattini a terra, hovering, verricello, gancio baricentrico, corda doppia ed ogni altro strumento e mezzo idoneo al soccorso e addestramento all'esterno dell'aeromobile;
3. durante le esercitazioni, gli addestramenti, i corsi di formazione a qualsiasi titolo organizzati dal C.N.S.A.S. e le riunioni ufficialmente e regolarmente convocate, e durante l'assistenza a manifestazioni sportive e dimostrative;
4. durante le gare sociali;
5. nell'ambito delle operazioni, degli interventi, delle attività formative, delle esercitazioni e degli addestramenti delle persone suddette (purché abilitate con patentino per fuochino o nel periodo richiesto per l'abilitazione, e iscritte nell'apposito elenco presso il C.N.S.A.S.), in caso di utilizzo di materiale esplosivo appartenente alle categorie I, II, III, IV e V;
6. durante il trasporto delle persone assicurate con mezzi di trasporto terrestri, aerei e natanti sino alla base delle operazioni ed il ritorno nella sede locale del C.N.S.A.S. o nella propria abitazione purché gli infortuni stessi avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso per via ordinaria, anche per quanto riguarda il guidatore dei mezzi;
7. in occasione delle operazioni, interventi, attività formative, esercitative e addestrative anche svolte in documentata collaborazione con la Protezione Civile e/o con gli Enti Locali, anche se effettuate non in montagna e non per il salvataggio di persone quali a solo titolo esemplificativo recupero di animali e cose, nonché in occasione di tutte le operazioni, interventi, attività formative, esercitative e addestrative svolte in collaborazione e/o a seguito di attivazione da parte del Sistema di Emergenza Urgenza Sanitario (118/112) o di altre forze deputate al soccorso e alla pubblica sicurezza, ovvero in base ai rapporti di soccorso redati ai sensi della Legge 21 marzo 2001 e s.m. e i.

Per quanto riguarda le Riunioni la garanzia vale per gli infortuni che, colpissero gli Assicurati durante il percorso da loro effettuato per recarsi dal Comune di residenza/domicilio (o dal luogo di reperimento) al

luogo ove si svolge detto incarico e viceversa, purché occorsi in una località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto della copertura, in data ed orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo, ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro. Per i componenti il Consiglio Nazionale e i Consigli Regionali/Provinciali, il Consulente Legale, l'Addetto alle pubbliche Relazioni, il Coordinatore della Sede Centrale, il Direttore della Stampa Sociale e i Direttori e rispettivi Vice delle Scuole Nazionali del C.N.S.A.S., questa estensione viene prestata senza la necessità di avere convocazioni ufficialmente documentate.

La garanzia è prestata:

ai soci C.N.S.A.S. risultanti dal libro soci dello stesso C.N.S.A.S. ufficialmente vidimato depositato presso la sede del C.N.S.A.S. e aspiranti soci C.N.S.A.S., ivi incluse le domande di iscrizione a socio risultanti dalle domande ufficialmente protocollate e depositate presso la sede del C.N.S.A.S., oltre a tutte le persone fisiche, dipendenti e non, purché appartenenti al C.N.S.A.S., di cui questo si avvalga ai fini delle proprie attività istituzionali e per ottemperare ai propri obblighi di legge, ivi compresi amministratori, volontari e collaboratori a qualsiasi titolo e figure compensate a qualsiasi titolo. Gli aspiranti soci sono quei soggetti che partecipano all'attività addestrativa e formative e eventuali operazioni di soccorso, utilizzando le normali precauzioni e i principi di sicurezza al fine di verificare i requisiti per la successiva iscrizione al C.N.S.A.S.

Le generalità degli Assicurati, dalla cui preventiva identificazione il Contraente è esonerato, verranno desunte da idonea documentazione che il C.N.S.A.S. si impegna ad esibire su richiesta della Società.

Premio anticipato

Il premio unitario per assicurato viene fissato in € (.....) al lordo delle imposte così calcolato:

CATEGORIA	N° PREV.	PREMIO IMPONIBILE UNITARIO	PREMIO IMP. TOTALE
SOCI VOLONTARI C.N.S.A.S.	7.000
		IMPOSTE	...
		PREMIO LORDO	...

Modalità di applicazione della regolazione

Parametro:

1. Numero effettivo delle persone assicurate.

Per quanto riguarda gli assicurati sopra definiti "aspiranti volontari", la regolazione sarà effettuata con premio pari al:

- 100% di quello annuo per le persone entrate in garanzia dal 01/01 al 31/03 di ogni anno,
- 75% di quello annuo per le persone entrate in garanzia dal 01/04 al 31/06 di ogni anno,
- 50% di quello annuo per le persone entrate in garanzia dal 01/07 al 31/09 di ogni anno,
- 25% di quello annuo per le persone entrate in garanzia dal 01/10 al 31/12 di ogni anno.

Capitali assicurati e garanzie

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	650.000,00
Invalidità Permanente	650.000,00
Inabilità temporanea	100,00

Nel caso in cui l'infortunio colpisca un Assicurato che abbia un figlio minore o due figli minori, i capitali assicurati si intendono così modificati:

Garanzia	Capitali assicurati € - Un figlio minore
Morte	725.000,00
Invalidità Permanente	725.000,00
Inabilità temporanea	100,00

Garanzia	Capitali assicurati € - due figli minori
Morte	800.000,00
Invalidità Permanente	800.000,00
Inabilità temporanea	100,00

Relativamente alla garanzia invalidità permanente, a parziale deroga dell'art. 12 sezione 4.3 si precisa che il capitale assicurato è soggetto alle seguenti franchigie assolute/relative:

- a) 3% sulla somma eccedente € 150.000,00 fino a € 300.000,00;
- b) 5% sulla somma eccedente € 300.000,00. Pertanto:
 - Sulla parte assicurata sino a € 150.000,00 l'indennità per invalidità permanente è dovuta senza applicazione di alcuna franchigia;
 - Sulla parte di somma assicurata eccedente € 150.000,00 fino a € 300.000,00 non è dovuta alcuna indennità se l'invalidità permanente è pari o inferiore al 3% della totale; se, invece, l'invalidità permanente è superiore al 3% della totale l'indennità è dovuta solo per la parte eccedente;
 - Sulla parte di somma assicurata eccedente € 300.000,00 non è dovuta alcuna indennità se l'invalidità permanente è pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 5% della totale, è dovuta solo per la parte eccedente;

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 25% del totale la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie.