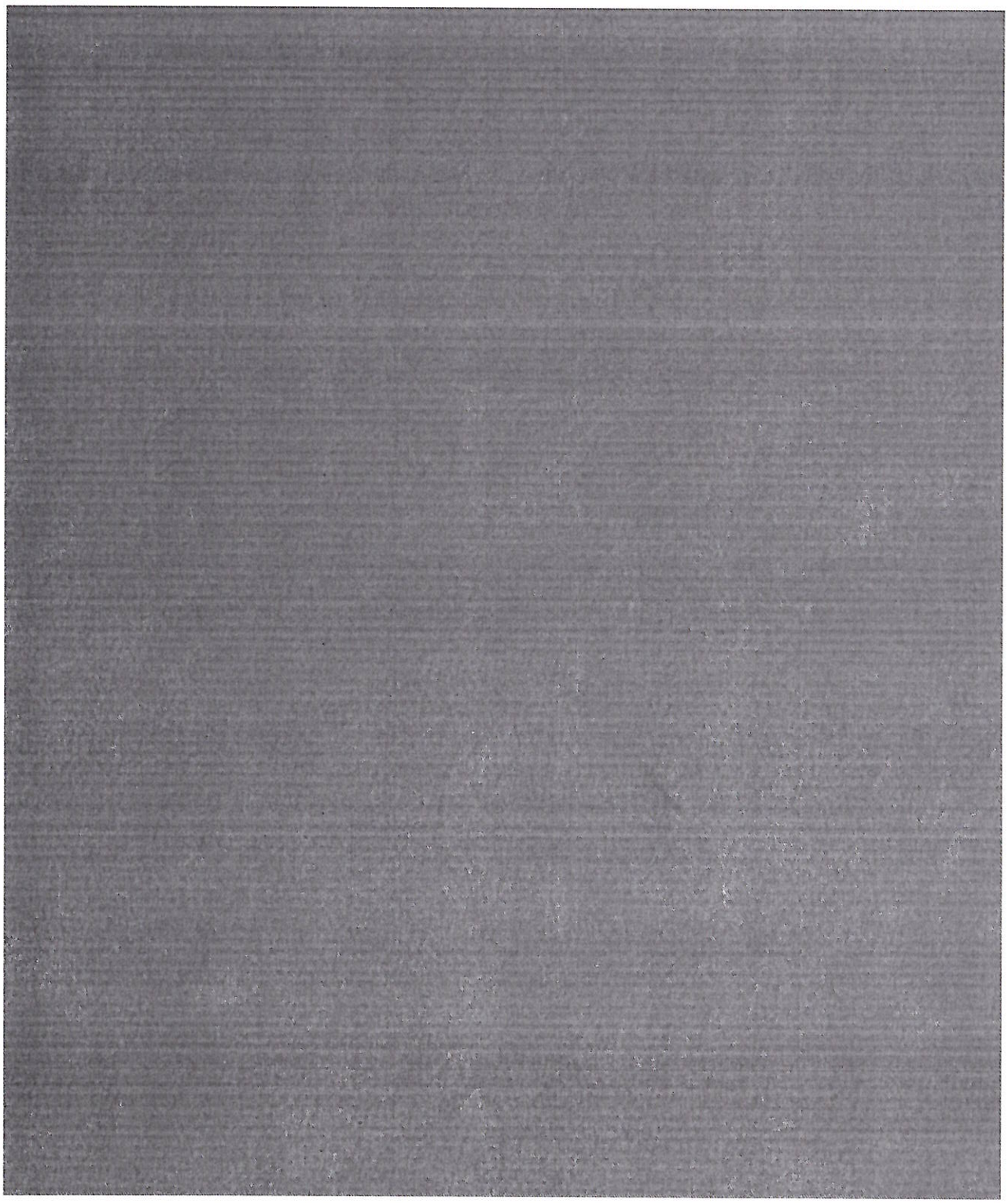
Protezione Volontari Terzo Settore CSAIN

Polizza Convenzione n° ITPKNC29954

Contratto di Assicurazione contro gli Infortuni, a copertura delle Spese Mediche e della Responsabilità Civile

Ed. 01/2022_r1B-Assicurato

Redatto secondo le linee guida del Tavolo Tecnico tra ANIA-ASSOCIAZIONI CONSUMATORI-ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari di cui alla Lettera al Mercato IVASS del 14/03/2018



Indice

SEZIONE 1 – GLOSSARIO 2
SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE 6
Art. 1 Dichiarazioni del Contraente 6
Art. 2 Variazioni di rischio 6
Art. 3 Pagamento del Premio e Regolazione 6
Art. 4 Effetto e durata del Contratto 6
Art. 5 Gestione della Polizza Collettiva 6
Art. 6 Altre assicurazioni 6
Art. 7 Foro competente 6
Art. 8 Oneri fiscali 7
Art. 9 Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di legge 7
Art. 10 Variazioni al contratto 7
Art. 11 Comunicazione dei Nominativi degli Assicurati 7
Art. 12 Dati Personali 7
Art. 13 Informativa agli Assicurati delle Condizioni di Assicurazione 7
SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE 8
Art. 14 Oggetto dell'assicurazione 8
Art. 15 Morte da Infortunio 8
Art. 16 Invalidità Permanente da Infortunio 9
Art. 17 Rimborso Spese Mediche da Infortunio 9
Art. 18 Frattura da Infortunio 10
Art. 19 Responsabilità Civile del Volontario verso Terzi 10
SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI 11
Art. 20 Limiti Territoriali 11
Art. 21 Persone Non Assicurabili e Limiti di Età 11
Art. 22 Criteri di Indennizzabilità 11
Art. 23 Esclusioni 11
23.1 Esclusioni applicabili alle garanzie "Morte da Infortunio", "Invalidità Permanente da Infortunio", "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" e "Frattura da Infortunio" 11
23.2 Esclusioni applicabili alla garanzia "Responsabilità Civile verso Terzi" 12
Art. 24 Limite catastrofale valido per la garanzia "Morte da Infortunio" e "Invalidità Permanente da Infortunio" 14
Art. 25 Cumulo di Indennità 14
SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO 15
Art. 26 Denuncia del Sinistro – Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro 15
Art. 27 Controversie sulla natura e conseguenze di un Infortunio 15
Art. 28 Gestione delle Vertenze – Garanzia "Responsabilità Civile" 16
Art. 29 Prova 16
Art. 30 Pagamento dell'Indennizzo 16
Informativa sul trattamento dei Dati Personali 17

SEZIONE 1 – GLOSSARIO

I termini di seguito elencati, riportati nella presente polizza in maiuscolo, assumono il seguente significato:

A

Affiliato: l'ente del Terzo Settore regolarmente affiliato al Contraente CSA.In.
Aggravamento del Rischio: qualunque mutamento successivo alla stipula del contratto di assicurazione, che comporti maggiori probabilità che si verifichi l'evento assicurato o maggiori potenziali danni conseguenti al suo verificarsi.
Arbitrato: il procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra il Contraente o l'Assicurato e l'Assicuratore. Tale procedimento può essere previsto dai contratti di assicurazione.
Assicurato: la persona fisica il cui interesse è coperto dall'assicurazione. In questo caso sono considerati Assicurati tutti i Volontari dell'Affiliato.
Assicuratore: Chubb European Group SE, Rappresentanza Generale per l'Italia.
Assicurazione Infortuni: l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo, oppure il rimborso delle spese sostenute, in conseguenza a un infortunio.
Assicurazione Responsabilità Civile: l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo in caso di danni procurati a terzi a causa di una condotta colposa dell'Assicurato e per il quale l'Assicurato è civilmente responsabile ai sensi di legge.

B

Beneficiario: la persona fisica designata dall'Assicurato che riceve la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza.

C

Commissioni/Costi di Intermediazione: il compenso che l'Assicuratore corrisponde all'Intermediario, qualora previsto, per l'attività di intermediazione assicurativa svolta. Esso è normalmente definito in una percentuale del premio, al netto delle imposte, corrisposto dal Contraente.
Condizioni di Assicurazione: le clausole di base previste dalla presente polizza, riguardanti gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, eventualmente integrate per aspetti particolari da ulteriori clausole specifiche.
Contraente: il soggetto che stipula il Contratto con l'Assicuratore, nell'interesse di altri soggetti, e che si obbliga a pagare il relativo premio. In questo caso C.S.A.In. – Viale dell'Astronomia, 30 00144 Roma, Partita Iva n. 96165840586.
Contratto: il presente contratto di assicurazione.

D

Danneggiamenti a cose: alterazione fisica e/o chimica di cose.
Dati: qualsiasi informazione personale o commerciale in ogni forma, incluso a titolo esemplificativo documentazioni, rapporti, progetti, piani, formule, processi, segreti commerciali, brevetti, informazioni finanziarie, informazioni mediche o sanitarie, informazioni personali, numeri e movimentazioni di conto, codici di sicurezza o informazioni relative a carte di credito o di debito, che siano o meno in formato elettronico e che appartengano o meno all'Assicurato.
Dati Personali: le informazioni che identificano o rendono identificabile, direttamente o indirettamente, una persona fisica e che possono fornire informazioni sulle sue caratteristiche, le sue abitudini, il suo stile di vita, le sue relazioni personali, il suo stato di salute, la sua situazione economica.
Denuncia di Sinistro: la comunicazione che l'Assicurato deve dare all'Assicuratore a seguito di un sinistro.
Dichiarazioni Precontrattuali: le informazioni relative al rischio fornite dal Contraente prima della stipula del contratto di assicurazione, sulla base delle quali l'Assicuratore effettua la valutazione del rischio e stabilisce le condizioni per la sua assicurazione.
Diminuzione del Rischio: qualunque mutamento successivo alla stipula del contratto di assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato, oppure una riduzione del danno conseguente al suo verificarsi.
Disdetta: la comunicazione che il Contraente o l'Assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di interrompere il Contratto.

E

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dall'Assicuratore, come indicati in polizza con caratteri di particolare evidenza.

F

Franchigia/Scoperto: la parte di danno che resta a carico dell'Assicurato, espressa rispettivamente in un importo fisso o in una percentuale sul danno indennizzabile. Qualora lo scoperto preveda un minimo e la percentuale sul danno indennizzabile risultasse inferiore all'importo del minimo di scoperto, sarà quest'ultimo a restare a carico dell'Assicurato. La franchigia si dice **"Assoluta"** quando il suo importo rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito. La franchigia si dice invece **"Relativa"** quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito: se il danno è inferiore o uguale all'importo della franchigia, l'Assicuratore non corrisponde alcun indennizzo; se invece il danno è superiore, l'Assicuratore lo indennizza totalmente senza applicare alcuna franchigia.

Esempio di funzionamento di franchigie e scoperti:
Caso a):
Il danno ammonta a Euro 500 e la polizza prevede una franchigia assoluta di Euro 100. L'indennizzo sarà di Euro 400.
Caso b):
Il danno ammonta a Euro 500 e la polizza prevede una franchigia relativa di Euro 100. L'indennizzo sarà di Euro 500.
Caso c):
Il danno ammonta a Euro 100 e la polizza prevede una franchigia relativa di Euro 100. Non sarà corrisposto alcun indennizzo.
Caso d):
Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede uno scoperto del 10%. L'indennizzo sarà di Euro 180.
Caso e):
Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede uno scoperto del 10% col minimo di Euro 50. L'indennizzo sarà di Euro 150.

Frattura: una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, con o senza spostamento, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.

I

Imposta sulle Assicurazioni: imposta che si applica al premio di assicurazione, in base alle aliquote fissate dalla legge.
Indennità o Indennizzo: la somma di denaro dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro indennizzabile.
Informazione Personale:
- Il nome di una persona fisica, il numero identificativo di un documento di identità o del codice fiscale, dati sanitari o di assistenza sanitaria, altre informazioni mediche riservate, il numero della patente di guida, di carte di credito o di debito, l'indirizzo, il numero di telefono, l'indirizzo email, il numero di conto corrente o una password; o
- ogni altra informazione personale non pubblica (come definita nella legislazione sulla tutela, custodia, controllo o uso di Informazioni Personali), in qualunque formato essi siano, qualora, sulla base di tali informazioni, una persona fisica possa essere identificata o contattata.

Informazione Societaria: qualsiasi informazione societaria in ogni forma, incluso a titolo esemplificativo registrazioni, rapporti, progetti, piani, formule, processi, segreti commerciali, brevetti, informazioni finanziarie, informazioni relative ai clienti che siano o meno su formato elettronico, e che siano o meno appartenenti all'Assicurato.
Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta lesioni fisiche obiettivamente constatabili
Intermediario: l'Intermediario assicurativo, Cunsolo Mario Broker Srl, iscritto alla sezione B del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (R.U.I.) n° B000660274, regolarmente autorizzato ad operare ai sensi di legge, che presta la sua opera di intermediazione in relazione al presente Contratto.
Invalidità Permanente: la perdita definitiva e irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo ovvero, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa.
Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica o la casa di cura, sia pubblici che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza medica chirurgica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, nonché le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
IVASS: l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che esercita la vigilanza sul mercato assicurativo italiano per garantirne la stabilità, il buon funzionamento e per tutelare il consumatore.

L

Legge: qualsiasi testo normativo vigente e riconosciuto in base all'ordinamento giuridico applicabile.

Liquidatore: il collaboratore autonomo o dipendente di un'impresa di assicurazione incaricato di quantificare sul piano economico il danno verificatosi in conseguenza di un sinistro.

M

Malattia: stato patologico di alterazione dello stato di salute non derivante da un Infortunio.
Malattia Trasmissibile: qualunque malattia infettiva, compresi virus, batteri, microorganismi e/o agenti patogeni che effettivamente o presumibilmente provocano o sono in grado di provocare un malessere fisico, un malanno o una malattia.
Malware: programmi, file o istruzioni di natura dolosa che possano provocare interruzioni, danni o bloccare l'accesso a un software o al Sistema informatico o ai Dati in essi archiviati, o che possono in qualsiasi altro modo corrompere il funzionamento degli stessi, compresi codici maligni, ransomware, cryptoware, virus, trojan, worm e bombe logiche o a orologeria.
Massimale: l'importo massimo, indicato in polizza, fino alla concorrenza del quale l'Assicuratore si impegna a prestare le garanzie e/o la prestazione prevista.

P

Periodo di Assicurazione: il periodo di tempo intercorrente tra la data di effetto e la data di scadenza del Contratto riportato nella Scheda di Polizza. Quando riferito alla copertura relativa al singolo Assicurato, il Periodo di Assicurazione inizia dalle ore 24.00 del giorno in cui il suo nominativo viene comunicato all'Assicuratore ai fini dell'inserimento nella Polizza Collettiva.
Perito: il libero professionista che può essere incaricato di valutare la natura e stimare l'entità del danno subito dall'Assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato in conseguenza di un sinistro. Nel caso delle polizze infortuni e/o malattia, il perito è di norma un medico legale incaricato della stima dell'entità del danno subito dall'Assicurato.
Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione.
Polizza Collettiva: il presente contratto di assicurazione in forma collettiva ad adesione automatica stipulato dal Contraente in nome proprio e nell'interesse degli Assicurati, con il quale si trasferisce da un soggetto (l'Assicurato) a un altro soggetto (l'Assicuratore) un rischio al quale lo stesso è esposto.
Premio: la somma di denaro che il Contraente deve corrispondere all'Assicuratore per beneficiare dell'assicurazione.
Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla normativa vigente.
Prestazioni Assicurate: l'insieme delle garanzie assicurative come descritte in polizza.
Principio Indennitario: principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni, a cui l'assicurazione infortuni appartiene. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'Assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'Assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo una fonte di guadagno.

Q

Quietanza: la ricevuta attestante l'avvenuto pagamento del premio o dell'indennizzo.

R

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti dell'Assicuratore in relazione a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.
Registro dei Reclami: il registro che le imprese di assicurazioni sono obbligate a tenere per legge in cui sono registrati i reclami pervenuti dai consumatori.
Residenza: il luogo, in Italia, dove l'Assicurato ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.
Ricovero: la permanenza dell'Assicurato in un Istituto di Cura che abbia comportato almeno un pernottamento. Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero.
Rischio: la probabilità che si verifichi l'evento assicurato.
Riserve: le somme di denaro che l'impresa di assicurazione è tenuta ad accantonare in bilancio a copertura degli impegni assunti nei confronti degli Assicurati.
Rivalsa: il diritto che spetta all'Assicuratore ai sensi di legge di richiedere al soggetto che ha causato il danno l'indennizzo liquidato.

S

Secondo Rischio: la copertura assicurativa prestata in eccedenza a capitali assicurati, o differenza di condizioni contrattuali, a quella di primo rischio. L'assicurazione di secondo rischio opera a partire dal limite previsto per l'assicurazione di primo rischio fino al limite stabilito in polizza.
Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso assicurato.

Sistema Informatico: un elaboratore elettronico hardware, software, firmware, dispositivo elettronico, dispositivo elettronico per l'archiviazione, dispositivi di duplicazione e conservazione di informazioni elettroniche, dispositivi di connessione di rete o loro componenti o relativi dispositivi di input ed output, compresi quelli che possono operare mediante connessione internet o reti interne o che risultano connessi mediante dispositivi di archiviazione dati o altri dispositivi.
Sottolimite: l'importo, espresso in percentuale o in cifra assoluta, che è parte del Massimale e rappresenta l'esborso massimo dell'Assicuratore in relazione alla singola garanzia per cui può essere previsto.
Surroga: la facoltà dell'Assicuratore di sostituirsi ai diritti che l'Assicurato indennizzato vanta verso il terzo responsabile del danno.

T

Tabella INAIL: la Tabella di Legge per i casi di invalidità permanente annessa al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria, approvata con D.P.R. del 30/6/1965, n. 1124.
Terapia Fisica: le tecniche di manipolazione fisica o con strumenti meccanici prescritte da un medico fisiatra (che non sia l'Assicurato, un suo socio in affari o un suo parente o affine fino al 3° grado), legalmente abilitato all'esercizio della professione in Italia e iscritto nel competente albo professionale.
Terzo Settore: un ente costituito per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, iscritto nel registro unico nazionale del Terzo Settore ai sensi del Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017).

V

Validità Territoriale: lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.
Violazione di Informazioni Personali: furto, perdita o illecita o non autorizzata divulgazione di Informazioni Personali.
Volontario: la persona fisica che presta volontariamente a titolo gratuito e personale la propria opera per un Affiliato a cui è regolarmente iscritto o associato.

SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 Dichiarazioni del Contraente

L'Assicuratore garantisce le prestazioni oggetto del presente Contratto e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.
Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato risarcimento del Danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del Contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

Art. 2 Variazioni di rischio

Il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto all'Assicuratore le situazioni che comportano in modo oggettivo l'aggravamento del rischio, la sua diminuzione o in ogni caso la variazione delle condizioni che rilevano per l'esecuzione del Contratto, per permettere all'Assicuratore la valutazione di una rimodulazione del Premio e, più in generale, della prosecuzione del rapporto contrattuale. Le variazioni rilevanti sono quelle che hanno un'incidenza sulla gravità e sull'intensità del rischio assicurativo tale da alterare l'equilibrio tra il rischio stesso e il Premio. **Se la variazione implica aggravamento del rischio, l'Assicuratore ha facoltà di recedere dal Contratto con preavviso di 15 giorni**, salvo diverso accordo tra le Parti per la prosecuzione del Contratto risultante da apposito atto di variazione. L'Assicurato è comunque esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui lo stesso fosse affetto al momento della messa in copertura o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 3 Pagamento del Premio e Regolazione

//Omissis – non rilevante per l'Assicurato//

Art. 4 Effetto e durata del Contratto

Effetto e Durata della Contratto:
//Omissis – non rilevante per l'Assicurato//

Effetto e Durata della Copertura Assicurativa per l'Affiliato e gli Assicurati:
La copertura assicurativa per ogni Assicurato ha la durata predeterminata scelta dal proprio Affiliato all'atto della comunicazione della messa in copertura, come indicato all'Art. 12 "Comunicazione dei Nominativi degli Assicurati".
La copertura assicurativa per ogni Assicurato è senza tacito rinnovo, cessa quindi alla naturale scadenza della durata predeterminata di copertura richiesta dal proprio Affiliato in fase di messa in copertura, senza obbligo di Disdetta. In caso di Disdetta alla Polizza Collettiva, la copertura assicurativa per ogni Assicurato rimarrà attiva fino alla naturale scadenza della durata predeterminata di copertura, purché l'affiliazione del relativo Affiliato al Contraente sia avvenuta prima delle ore 24.00 della data di scadenza del Periodo di Assicurazione della Polizza Collettiva.

Art. 5 Gestione della Polizza Collettiva

//Omissis – non rilevante per l'Assicurato//

Art. 6 Altre assicurazioni

Gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avessero in corso o stipulassero con altre compagnie di assicurazione o con l'Assicuratore.
Tuttavia, qualora uno o più rischi garantiti con la presente Polizza Collettiva fossero coperti da altre assicurazioni da chiunque contratte, la presente assicurazione viene prestata in Secondo Rischio e cioè per l'eccedenza rispetto a quanto dovuto da tali altre polizze.

Art. 7 Foro competente

In caso di controversie con il Contraente in merito al presente Contratto, sarà competente il Foro di Milano.
In caso di controversie con l'Assicurato in merito al presente Contratto, sarà competente il Foro del luogo di Residenza o di domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 8 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi al Contratto sono a carico del Contraente. Le imposte indicate nel frontespizio di Polizza sono calcolate in base al tasso in vigore per ramo ministeriale al momento della sottoscrizione della Polizza.

Art. 9 Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di legge

Il presente Contratto è regolato dalla legge italiana, a cui si rimanda per tutto quanto non espressamente regolato.
L'Assicuratore ha redatto il presente Contratto in relazione ai principi di massima chiarezza e trasparenza previsti dalla legge e si rende comunque sempre disponibile a rispondere ai dubbi interpretativi sollevati dagli Assicurati (anche per mancanza di conoscenze specifiche e tecniche) attraverso ogni canale di contatto desumibile dal Contratto stesso.

Art. 10 Variazioni al contratto

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e/o Assicurato è tenuto **sono valide solo se fatte per iscritto all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata**. Qualunque modificazione del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art. 11 Comunicazione dei Nominativi degli Assicurati

//Omissis – non rilevante per l'Assicurato//

Art. 12 Dati Personali

L'Assicuratore e il Contraente provvederanno, ciascuna per quanto di propria rispettiva competenza, agli incombenti ad esse facenti carico quali titolari o responsabili del trattamento dei dati personali degli Assicurati ai sensi della normativa vigente.

Art. 13 Informativa agli Assicurati delle Condizioni di Assicurazione

Le Condizioni di Assicurazione previste dalla presente Polizza Collettiva sono disponibili sul sito del Contraente e dell'Intermediario. Sarà responsabilità del Contraente garantire che l'Assicurato possa prendere visione della Condizioni di Assicurazione mediante supporto cartaceo o digitale.

SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 14 Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione di cui alla presente Polizza Collettiva copre i danni subiti o causati dall'Assicurato durante la sua attività di Volontario svolta per o attraverso un Affiliato.

L'Assicurazione comprende nello specifico le seguente garanzie:

- Morte da Infortunio
- Invalidità Permanente da Infortunio
- Rimborso Spese Mediche da Infortunio
- Frattura da Infortunio

  Responsabilità Civile verso Terzi,

come dettagliatamente descritte agli articoli che seguono ed entro i Massimali convenuti.

I Massimali e le Franchigie applicabili sono riportati nella tabella sottostante:

Garanzia/Prestazione	**Massimale per Periodo di Assicurazione**	**Franchigia per Sinistro**
Morte da Infortunio	€ 80.000	=
Invalidità Permanente da Infortunio	€ 80.000	Franchigia Assoluta 7%
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 1.000	Franchigia Assoluta € 100
Frattura da Infortunio	€ 150	in caso di Fratture alle dita delle mani e/o dei piedi, l'Assicuratore corrisponderà 1/5 dell'Indennità forfettaria per ogni dito fratturato, fino ad un massimo di 5 dita per evento
Responsabilità Civile Verso Terzi	€ 50.000 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione, con il Sottolimite di € 2.500 per Sinistro in caso di danni a cose o animali di terzi	Franchigia Assoluta € 250 per Sinistro

Si precisa che la definizione di Infortunio riportata nelle "Definizioni di Polizza" comprende anche:

- l'asfissia causata dall'azione imprevista di gas o vapori;
- le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive;
- l'asfissia meccanica, compreso l'annegamento;
- il congelamento, colpo di calore, colpo di sole.

Art. 15 Morte da Infortunio

15.1 Morte da Infortunio:

In caso di Infortunio risarcibile a termini di Polizza che provochi la morte dell'Assicurato, e **purché questa si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto**, l'Assicuratore liquida ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi la somma assicurata per il caso di Morte da Infortunio, come indicata nella tabella riportata all'Art. 16.

15.2 Morte presunta:

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e, a seguito di Infortunio si presuma sia avvenuta la Morte, l'Assicuratore liquiderà la somma assicurata riportata nella tabella tabella dell'Art. 16 ai Beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi in

parti uguali. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Articoli 60 e 62 del Codice Civile. Resta inteso che, se successivamente al pagamento del capitale da parte dell'Assicuratore, dovesse risultare che l'Assicurato fosse vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione delle somme erogate. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente da Infortunio eventualmente subita.

Art. 16 Invalidità Permanente da Infortunio

16.1 Invalidità Permanente

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente, e purché questa si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida l'Indennità indicata nella tabella riportata all'Art. 16 e calcolata sulla somma assicurata per Invalidità Permanente Totale, secondo la Tabella INAIL, con esclusione comunque di ogni e qualsiasi Invalidità conseguente a malattia professionale. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata Tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. 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 nella predetta Tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale. La perdita anatomica o 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 1/3 della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta Tabella, l'Indennità verrà stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad 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. Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato saranno considerate permanentemente immutabili, entro e non oltre 730 giorni dal verificarsi dell'Infortunio. Tale garanzia è prestata con l'applicazione della Franchigia indicata nel Certificato di Assicurazione, identificato come "Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio", ove presente.

16.2 Supervalutazione Invalidità Permanente

Qualora l'Infortunio dovesse avere per conseguenza una Invalidità Permanente uguale o superiore al 60% secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), e successive modificazioni, verrà corrisposta la somma massima riportata nella "Tabella delle prestazioni e degli indennizzi".

Art. 17 Rimborso Spese Mediche da Infortunio

In caso di Infortunio, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato il costo delle cure mediche sostenute in Italia a seguito di tale Infortunio, fino alla somma massima riportata nella tabella di cui all'Art. 16.
Si precisa che per "cure mediche" si intendono:

- le spese ospedaliere o cliniche;
- gli onorari a medici e a chirurghi;
- gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio;
- le spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di Cura o all'ambulatorio;
- le spese fisioterapiche in genere e le spese farmaceutiche;
- le spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente.
La garanzia è prestata con una Franchigia di Euro 100,00 per Sinistro.
Si conviene inoltre che, se l'Assicurato fruisce di ulteriori analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la presente garanzia è limitata all'eventuale eccedenza non rimborsata.

Art. 18 Frattura da Infortunio

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato riporti una o più Fratture ossee, l'Assicuratore corrisponderà l'Indennizzo forfettario riportato nella tabella di cui all'Art. 16, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato abbia subito o meno un Ricovero.
Si specifica che, in caso di Fratture alle dita delle mani e/o dei piedi, l'Assicuratore corrisponderà 1/5 dell'Indennità forfettaria per ogni dito fratturato, **fino ad un massimo di 5 dita per evento**.
Sono escluse le Fratture patologiche, le Fratture spontanee e i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.

Art. 19 Responsabilità Civile del Volontario verso Terzi

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per i danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti di cose o animali di Terzi, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi nel Periodo di Assicurazione durante lo svolgimento di un'attività promossa e organizzata dall'Affiliato, entro il Massimale riportato nella tabella di cui all'art. 16.
Il Massimale per Sinistro rappresenta il limite di risarcimento massimo per ogni Periodo di Assicurazione, restando inteso che gli eventi dannosi la cui manifestazione sia dovuta ad una stessa causa saranno considerati un unico Sinistro. Inoltre, il Massimale resta per ogni effetto unico anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati tra loro.
Si precisa che i singoli Volontari sono considerati terzi fra di loro.
La garanzia è prestata con l'applicazione di una **Franchigia Assoluta di Euro 250,00 per Sinistro**.

****Avvertenza****

Ogni garanzia prevede dei casi nei quali l'assicurazione non opera, specificamente riportati all'art. 25 "Esclusioni" della Sezione "Delimitazioni della Copertura ed Esclusioni" che segue.

SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Art. 20 Limiti Territoriali

L'assicurazione è valida per i Sinistri occorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato Città del Vaticano.

Art. 21 Persone Non Assicurabili e Limiti di Età

Non possono essere inseriti in copertura, pertanto non rientrano nella definizione di Assicurato, le seguenti categorie di Volontari:

- persone affette da alcolismo o tossicodipendenza: **l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni**;
- persone d'età superiore a 75 anni compiuti: **l'assicurazione non potrà essere rinnovata alla scadenza della durata predeterminata di copertura durante la quale l'Assicurato ha compiuto 75 anni**.

Art. 22 Criteri di Indennizzabilità

L'Assicuratore 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. 23 Esclusioni

23.1 Esclusioni applicabili alle garanzie "Morte da Infortunio", "Invalidità Permanente da Infortunio", "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" e "Frattura da Infortunio"

L'assicurazione esclude gli Infortuni derivanti da:

a) attività che non rientrano tra le attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi, come definiti dal Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017);
b) attività di carattere manuale che presuppongo conoscenze tecniche o professionali e/o che prevedono l'utilizzo di utensili non di uso comune o di attrezzature, macchinari o veicoli di natura industriale;
c) attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco, ancorché sportive, materiale esplosivo e pirotecnico;
d) attività che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo, tuta alare/wingsuit, droni, etc);
e) attività svolte senza le necessarie autorizzazioni;
f) attività estreme in generale, ad esempio perché associate a un intenso impegno fisico o di elevata pericolosità o in assenza di un'adeguata assistenza;
g) uso e guida di mezzi di locomozione subacquei;
h) attività subacquee o speleologiche, attività di antincendio boschivo, attività di recupero e soccorso;
i) partecipazione a gare o competizioni di natura non prettamente amatoriale;
j) l'uso di veicoli motorizzati o di natanti a motore;
k) stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
l) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
m) epidemia e pandemia, come dichiarate dalle Autorità preposte, nazionali o internazionali.
n) Malattie preesistenti rispetto alla decorrenza della copertura assicurativa, anche in forma recidiva, per cui la sua ultima manifestazione è avvenuta nei 12 mesi antecedenti l'evento causa del Sinistro;

o) autolesionismo, suicidio tentato o consumato, delitti dolosi compiuti o tentati nonché atti temerari dell'Assicurato, restando comunque coperti in garanzia gli Infortuni conseguenti ad atti di legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
p) abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti, allucinogeni, stato di intossicazione acuta alcolica;
q) patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, etc.);
r) rifiuto di seguire prescrizioni mediche;
s) sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) e sindromi correlate;
t) Ricoveri per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici, per applicazioni di carattere estetico;
u) Ricoveri esclusivamente a carattere assistenziale o fisioterapico, a meno che si tratti di una diretta conseguenza di un Infortunio coperto;
v) Ricoveri per effettuare ricerche, analisi di routine o periodiche (check-up) a meno che si tratti di una diretta conseguenza di un Infortunio coperto;
w) Ricoveri dovuti a gravidanza, parto, puerperio, aborto volontario non terapeutico;
x) cure del sonno, anomalie congenite e alterazioni da esse determinate o derivate;
y) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche che non siano una diretta conseguenza di un Infortunio coperto; epilessia.

23.2 Esclusioni applicabili alla garanzia "Responsabilità Civile verso Terzi"

A) **L'assicurazione esclude i Volontari che prestano la loro opera in qualità di:**

1) medici, paramedici, infermieri e qualunque altro operatore medico, paramedico o sanitario;
2) operatori di primo soccorso;
3) vigili del fuoco;
4) operatori del servizio di protezione civile;
5) scout;
6) addetti alla sicurezza e vigilanza.

B) **Non sono considerati terzi, pertanto sono esclusi i danni subiti da**:

1) il coniuge (per matrimonio o unione civile), i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché ogni altra persona con lui stabilmente convivente;
2) l'Affiliato;
3) le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Affiliato, subiscono il danno in occasione di lavoro o di servizio;
4) tutti coloro che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Affiliato, subiscono il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'assicurazione.

C) L'assicurazione esclude la responsabilità civile per danni causati a terzi derivanti direttamente o indirettamente da:

1) attività che non rientrano tra le attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi, come definiti dal Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017);
2) attività sportive con carattere professionale o semiprofessionale;
3) atti criminali e atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, compreso il furto;
4) detenzione o utilizzo di armi ed esplosivi di ogni genere (anche per pratiche sportive, quali tiro a volo e simili) e materiale pirotecnico;
5) partecipazione a gare e competizioni di ogni tipo, compresi gare di tiro e albero della cuccagna e similari;
6) organizzazione, gestione o partecipazione a manifestazioni di qualunque tipo (quali a titolo indicativo e non esaustivo: convegni, congressi, gare e competizioni sportive, banchetti, feste, serate danzanti, spettacoli folkloristici, lotterie, tombole, pesche di beneficenza, etc), compresa proprietà e impiego delle attrezzature, impianti e materiali necessari per lo svolgimento delle manifestazioni, nonché operazioni di montaggio e smontaggio degli stand e di altri manufatti;
7) preparazione e/o somministrazione di cibi e bevande;
8) lavori di assemblaggio/montaggio di impianti e strutture in genere (a titolo esemplificativo e non esaustivo montaggio/smontaggio di palchi e/o strutture, allestimento di cucine, allestimento/manutenzione di impianti di qualsiasi natura), nonché lavori di carattere manuale che presuppongo conoscenze tecniche o professionali e/o che prevedono l'utilizzo di utensili non di uso comune o di attrezzature, macchinari o veicoli di natura industriale;
9) lavori di costruzione o demolizione di manufatti in genere o di installazione, montaggio, manutenzione o riparazione di beni di qualunque tipo;

10) qualsiasi responsabilità civile di tipo professionale, intendendosi per tale la responsabilità derivante direttamente o indirettamente da qualsiasi attività intellettuale o manuale di tipo professionale fornita dall'Assicurato gratuitamente o dietro compenso (indipendentemente dal fatto che l'attività professionale preveda o non preveda l'iscrizione ad un albo professionale);
11) attività di assistenza medica o sanitaria in genere (ad es. attività mediche, infermieristiche, paramediche);
12) attività di soccorso e di protezione dell'incolumità fisica e di sicurezza e viabilità stradale (ad es. servizio di protezione civile, vigili del fuoco, pronto soccorso, addetti al controllo viabilità stradale, etc);
13) attività dirette a tutelare l'integrità o la sicurezza di persone, beni, animali (ad es. attività di vigilanza e sicurezza);
14) azioni riprovevoli o chiaramente ostili dell'Assicurato esercitate anche attraverso comportamenti aggressivi e vessatori ripetuti quali, a titolo esemplificativo, ogni tipo di abuso, discriminazione e molestia, incluse quelle sessuali, razziali, etniche, religiose, ambientali, anche rivolte a disabili, punizioni corporali (inclusa la realizzazione di vessazioni in ambito lavorativo);
15) diffamazione, ingiuria, calunnia;
a) danneggiamenti a cose di terzi causati da incendio, esplosione o scoppio di cose di proprietà dell'Assicurato o dallo stesso detenute a qualsiasi titolo;
16) proprietà, custodia o conduzione di animali nonché equitazione in tutte le sue forme e finalità;
17) attività venatorie;
18) abuso di psicofarmaci o alcolici, uso di stupefacenti o allucinogeni;
19) silice, amianto e/o asbesto e relative fibre e/o polveri;
20) esposizione a fumo passivo;
21) generazione di campi elettrici e/o magnetici e/o di radiazioni elettromagnetiche da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto (EMF);
22) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
23) proprietà o custodia di cose che l'Assicurato o l'Affiliato ha in consegna o detiene a qualsiasi titolo o destinazione;
24) proprietà o conduzione di impianti sportivi, fabbricati, uffici ed edifici di ogni genere;
25) difetti di prodotti o servizi dell'Affiliato fabbricati, venduti, distribuiti o commercializzati dall'Assicurato;
26) Malattie Trasmissibili, in tutto o in parte. È inoltre escluso qualsiasi costo, spesa, obbligazione legale o responsabilità di qualsiasi natura. La presente esclusione opera anche nel caso in cui si contesti all'Assicurato una colpa, una negligenza o altro illecito:
    - nel supervisionare, assumere, impiegare, formare o monitorare altri soggetti che possono essere infettati da una Malattia Trasmissibile e la possono diffondere;
    - nell'effettuare dei test in relazione ad una Malattia Trasmissibile;
    - nella mancata prevenzione della diffusione di una Malattia Trasmissibile;
    - nella mancata denuncia all'Autorità di una Malattia Trasmissibile;
27) interruzione o sospensione totale o parziale di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
28) responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato o dall'Affiliato e non direttamente derivante dalla legge;
29) danni ad opere in costruzione, o quali o nelle quali si eseguono i lavori, inclusi navi e/o natanti, aeromobili e/o veicoli spaziali. Sono inoltre esclusi i pregiudizi economici relativi al loro mancato uso;
30) guerra e qualsiasi azione posta in essere o semplicemente minacciata da una o più persone e diretta ad influenzare od intimidire uno Stato e/o un Governo e/o l'opinione pubblica o parte di essa per scopi o motivi politici, religiosi, etnici o ideologici in genere;
31) circolazione, su strade di uso pubblico o su aree private ad esse equiparate, di veicoli a motore in genere per i quali, in conformità alle norme vigenti in materia, è obbligatoria l'assicurazione;
32) guida di autovetture, ciclomotori, motocicli;
33) l'uso di natanti e imbarcazioni a motore o di lunghezza superiore a 10 mt o di velivoli inclusi droni e APR;
34) danni a mezzi di trasporto sotto carico o scarico, o in sosta nell'ambito di esecuzione di tali operazioni, nonché danni a cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
35) spargimento di acque o rigurgiti di fogne;
36) danni a condutture ed impianti sotterranei in genere; a fabbricati ed a cose in genere, dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazione del terreno da qualsiasi causa determinati;
37) danni a terreni, colture e impianti fissi concessi all'Affiliato, nonché ai luoghi di effettuazione della manifestazione;
38) proprietà di animali utilizzati in manifestazioni, gestione di attrazioni, attività e giochi;
39) concessione di spazi espositivi nell'ambito della manifestazione ove tali espositori partecipino per fini commerciali propri;

40) inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
41) una Violazione di Dati relativa a Informazioni Personali di terzi o illecita o non autorizzata divulgazione di Informazioni Societarie di terzi, o danni a cose, inclusi Dati, e/o lesioni fisiche, malessere, malattia o morte direttamente derivanti da Malware o dalla gestione e/o controllo, da parte dell'Assicurato, di qualsiasi Sistema Informatico.

D) **L'assicurazione non comprende, e pertanto non saranno ammessi al risarcimento:**

1) danni patrimoniali che non siano conseguenti a morte, lesioni personali o danneggiamenti a cose o animali;
2) gli importi che l'Assicurato sia tenuto a pagare a titolo di multe, ammende e/o a carattere sanzionatorio e non risarcitorio (es. punitive or exemplary damages).

****Avvertenza****

L'Assicuratore non sarà tenuto a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligato a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente Polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio lo esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da leggi o disposizioni dell'Unione Europea o dei singoli Paesi che ne fanno parte, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Chubb European Group SE è una Società del gruppo Chubb SE, Società americana quotata al NYSE. Di conseguenza, Chubb European Group SE è soggetta a determinate normative e regolamenti statunitensi in aggiunta a quelli nazionali, dell'Unione Europea o delle Nazioni Unite, includenti sanzioni e restrizioni che possono vietare di fornire copertura o pagare Sinistri a determinate persone fisiche o giuridiche o assicurare determinati tipi di attività connesse ai seguenti paesi e territori: Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea.

Art. 24 Limite catastrofale valido per la garanzia "Morte da Infortunio" e "Invalidità Permanente da Infortunio"

Qualora a seguito del medesimo evento, più Assicurati fossero vittime di Infortunio, il valore complessivo dell'Indennizzo corrisposto dall'Assicuratore non potrà in ogni caso superare Euro 1.000.000. Qualora la somma di tutte le prestazioni da riconoscere dovesse superare tale importo, gli Indennizzi saranno di conseguenza ridotti in proporzione al numero delle vittime e corrisposti proporzionalmente in base alla somma assicurata per ciascuno di essi.

Art. 25 Cumulo di Indennità

Se dopo il pagamento di una Indennità per Invalidità Permanente, ma entro 365 giorni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponderà ai Beneficiari o agli aventi diritto la differenza tra l'Indennità già corrisposta e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non ne chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'Indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato decede per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'indennità sia già stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Assicuratore erogherà agli eredi o aventi diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima. Se viceversa il decesso per causa indipendente dall'Infortunio avviene prima che l'Assicuratore abbia effettuato l'accertamento medico-legale volto a determinare il grado di Invalidità Permanente, pertanto prima che l'Indennità sia liquidata od offerta, gli eredi o gli aventi diritto avranno comunque la facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante consegna all'Assicuratore di adeguata documentazione idonea ad accertare l'Invalidità Permanente.

SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO

Art. 26 Denuncia del Sinistro – Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

La denuncia di ogni Sinistro deve essere presentata all'Assicuratore seguendo le seguenti modalità:

- l'Assicurato deve presentare denuncia al proprio Affiliato compilando l'apposito modulo e fornendo tutte le informazioni necessarie ivi richieste, corredata dalla firma dell'Assicurato, dalla firma del presidente dell'Affiliato che ne confermi gli accadimenti, nonché la firma per presa visione del Contraente che riscontra e comprova le prerogative associative dell'Affiliato e del relativo Assicurato al momento del Sinistro;
- il Contraente inoltra la denuncia all'Intermediario, il quale verifica la documentazione allegata e ne chiede eventualmente il completamento qualora non fosse completa, e la inoltra all'Assicuratore.

Inoltre:

A) con riferimento alle garanzie "Morte da Infortunio", "Invalidità Permanente da Infortunio", "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" e "Frattura da Infortunio", la Denuncia deve essere presentata **entro 30 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi eredi ne abbiano avuto la possibilità** e deve indicare il luogo, il giorno e l'ora del Sinistro. L'Assicurato dovrà fornire a proprie spese i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la valutazione del Sinistro eventualmente richiesta dall'Assicuratore, esprimendo il consenso al trattamento dei dati personali. La denuncia deve comprendere:
   - certificato medico attestante l'Infortunio;
   - copia del verbale delle Autorità Pubbliche eventualmente intervenute;
   - una relazione scritta che descriva le circostanze dell'Infortunio e i nomi dei testimoni;
   - il certificato medico, chirurgico od ospedaliero richiesto per la somministrazione del trattamento iniziale, con la descrizione delle lesioni;
   - il certificato di morte;
   - i documenti che stabiliscono il ruolo di Beneficiario o avente diritto in caso di morte.

   L'Assicuratore si riserva di richiedere tutta la documentazione necessaria per verificare la regolarità della copertura.

   L'Assicuratore potrà richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della cartella clinica completa redatta nel luogo di cura, nel qual caso le relative spese sono a carico dell'Assicurato. Nel caso in cui l'Assicuratore chieda all'Assicurato di sottoporsi a visita o consulto medico presso un fiduciario dell'Assicuratore stesso, le spese relative saranno a carico di quest'ultimo.
   Se il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di Ricovero in Istituti di Cura, la relativa denuncia deve effettuarsi **entro 15 giorni dal Ricovero**. La domanda di liquidazione, corredata della documentazione richiesta, deve essere presentata all'Assicuratore, a pena di decadenza della garanzia, **entro 30 giorni da quello in cui è terminato il Ricovero**.

   Le spese mediche sostenute saranno rimborsate su presentazione, da parte dell'Assicurato, del certificato medico, della certificazione dell'ospedale e/o del pronto soccorso, della fattura del medico e dell'ospedale, delle dichiarazioni da parte del Servizio Sanitario Nazionale e da coperture assicurative sanitarie obbligatorie stipulate dall'Assicurato, nonché delle dichiarazioni di rimborso, nei casi in cui l'Assicurato sia il Beneficiario. Le fatture devono essere prodotte in originale.

B) Con riferimento alla garanzia "Responsabilità Civile da Infortunio", la Denuncia deve essere presentata **entro 6 giorni da quando il fatto è avvenuto o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza**, deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del Sinistro.
   L'Assicurato deve inoltre trasmettere all'Assicuratore, nel più breve tempo possibile le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al Sinistro.

Art. 27 Controversie sulla natura e conseguenze di un Infortunio

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze del Sinistro, le Parti (ossia, nel caso l'Assicuratore, il Contraente o l'Assicurato) si impegnano, a conferire mandato, con scrittura privata tra le Parti, ad un Collegio di tre medici, di decidere a norma e nei limiti delle condizioni della presente Polizza. La proposta di convocare il Collegio Medico può in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (incluso l'Assicuratore) la quale, dopo aver verificato la disponibilità dell'altra all'attivazione della procedura conciliatoria, provvede a nominare, per iscritto, il medico designato e a raccogliere il nome del medico a sua volta designato dall'altra Parte. Il terzo medico viene scelto dalle Parti, tra tre nomi proposti dai medici designati; in caso di disaccordo è il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico, ad effettuare la designazione. Nominato il terzo medico, la Parte proponente convoca il Collegio Medico, invitando l'altra Parte a

presentarsi. Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza dell'Assicurato e ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese del terzo medico. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 28 Gestione delle Vertenze – Garanzia "Responsabilità Civile"

L'Assicuratore assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando – ove occorra – legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.
Sono a carico dell'Assicuratore le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del Massimale stabilito in Polizza per il danno cui si riferisce la domanda, ai sensi dell'Art. 1917, comma 3 del Codice Civile. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto Massimale, le spese vengono ripartite tra Assicuratore ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.
L'Assicuratore non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati, e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.
Qualora l'Assicuratore non si avvalga della facoltà riconosciuta dal primo comma del presente articolo, la stessa avrà, in ogni caso, facoltà di raccomandare per iscritto che l'Assicurato transiga il Sinistro secondo l'importo che appaia ragionevole con riferimento alle ragioni di fatto e di diritto dedotte dai terzi ed il possibile esito del procedimento giudiziale o arbitrale, instaurato od instaurando. In caso di disaccordo fra l'Assicurato e l'Assicuratore sulla gestione della vertenza del danno, l'Assicurato avrà facoltà di non transigere secondo l'importo raccomandato e di proseguire la vertenza sia sul piano giudiziale che stragiudiziale. In tal caso, ove all'esito della vertenza gli importi liquidati giudizialmente o extra - giudizialmente siano superiori all'importo raccomandato, l'Assicuratore sarà obbligato ad indennizzare l'Assicurato nei limiti dell'importo raccomandato, escluse le spese di difesa ai sensi del secondo capoverso del presente articolo; qualora, viceversa, l'Assicurato risultasse vincitore della vertenza, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato le spese legali da questi sostenute.

Art. 29 Prova

Colui che richiede l'Indennità e/o i rimborsi prestati da questa Polizza, deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'Assicuratore, anche sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 30 Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta tutta la necessaria documentazione in relazione al Sinistro –ivi compreso l'atto di quietanza debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato, ove necessario -, l'Assicuratore provvederà al pagamento entro 20 giorni lavorativi.
Gli Indennizzi vengono corrisposti in Euro nell'ambito dell'Unione Europea.

==========

Informativa sul trattamento dei Dati Personali

Ai sensi della vigente normativa nel quadro del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale in materia di Dati Personali), noi di Chubb European Group SE – Sede Secondaria e Direzione Generale della Società in Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano – Titolare del trattamento - trattiamo i dati personali forniti dal contraente o raccolti tramite soggetti da noi autorizzati, come per esempio gli intermediari assicurativi, per le finalità connesse alla sottoscrizione e gestione delle polizze nonché per la valutazione di eventuali richieste di indennizzo derivanti dal verificarsi di un sinistro.

I dati che potranno essere da noi trattati sono dati personali identificativi e di recapito, quali ad esempio nome, cognome, indirizzo, numero di polizza, dati che riguardano controversie civili o condanne penali e reati così come, previo consenso dell'interessato, particolari categorie di dati quali – per esempio – i dati inerenti allo stato di salute dell'interessato stesso (di seguito tutti insieme i "Dati") nell'ipotesi in cui ciò sia necessario al fine di valutare l'entità del sinistro, definire il livello di rischio assicurativo ed in generale adempiere ad ogni specifica richiesta. Inoltre nel caso venga richiesto lo specifico consenso espresso dell'interessato, i dati potranno essere utilizzati per contattarlo con strumenti tradizionali (per posta e tramite telefono e con l'ausilio di un operatore) ed automatizzati (per posta elettronica, sms, mms, fax e social media) per inviargli offerte sui nostri prodotti. Resta inteso che in ogni momento l'interessato potrà revocare tale consenso o limitarlo anche ad uno solo dei suddetti canali di comunicazione. Precisiamo che tale ultima finalità verrà perseguita solo nel caso sia richiesto ed ottenuto il consenso a tale trattamento.

Per lo svolgimento delle sole finalità amministrative e contrattuali, i Suoi Dati potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo anche ubicate all'estero. Al fine di adempiere alle richieste derivanti dalla gestione della polizza, ci avvaliamo anche di soggetti terzi autorizzati al trattamento dei Suoi Dati che operano secondo e nei limiti delle istruzioni da noi impartite.

I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario alla gestione delle finalità sopra descritte.

L'interessato ha diritto di accedere ai Dati in ogni momento, opporsi al trattamento dei medesimi, chiederne la rettifica, la modifica e/o cancellazione ed esercitare il diritto alla limitazione dei trattamenti e il diritto alla portabilità dei dati. A tale fine può rivolgersi a Chubb European Group SE - Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano (MI) – Tel. 02-270951– Fax: 02-27095333 o contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali all'indirizzo dataprotectionoffice.europe@chubb.com. Da ultimo, si ricorda che ogni interessato ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante in materia di Protezione dei Dati Personali.

L'Informativa completa sul trattamento dei Dati da parte di Chubb, con l'indicazione dettagliata delle basi giuridiche del trattamento è disponibile sul nostro sito internet www.chubb.com/it o direttamente al seguente link https://www2.chubb.com/it-it/footer/privacy-statement.aspx. È altresì possibile richiedere una copia cartacea dell'Informativa completa in ogni momento, inviando una email a: dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

Preso atto dell'informativa qui sopra riportata, fornitami all'atto della sottoscrizione della polizza, acconsento al trattamento dei dati personali e/o sensibili per finalità assicurative, ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa con le modalità e nei limiti sopra descritti.

COME PRESENTARE I RECLAMI

All'Assicuratore	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, all'Assicuratore, ai seguenti indirizzi: Chubb European Group SE - Ufficio Reclami - Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano **Fax:** 02.27095.430 **Email:** ufficio.reclami@chubb.com L'Assicuratore fornirà riscontro al reclamo nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopra indicato, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo" o al seguente link: https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei Danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al sito internet all'indirizzo: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en.

Contatti

Chubb European Group
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 -Milano

Telefono: 02 270951
Fax: 02 27095333
Mail: info.italy@chubb.com
www.chubb.com/it

Chubb European Group SE, Sede legale: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia - Capitale sociale €896.176.662 i.v.- Rappresentanza generale per l'Italia: Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 – P.I. e C.F. 04124720964 – R.E.A. n. 1728396 – Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00156. L'attività in Italia è regolamentata dall'IVASS, con regimi normativi che potrebbero discostarsi da quelli francesi. Autorizzata con numero di registrazione 450 327 374 RCS Nanterre dall'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 RCS e soggetta alle norme del Codice delle Assicurazioni francese. info.italy@chubb.com - www.chubb.com/it