ALLEGATO 01 - SCHEMA DI CONTRATTO

Il presente Schema di contratto – Allegato 1 - a pena esclusione, deve essere timbrato e sottoscritto, per accettazione in ogni pagina, da parte della Compagnia offerente.

GLOSSARIO

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione
BROKER	M.B.INSURANCE S.R.L., quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
COASSICURAZIONE	Il contratto assicurativo per cui lo stesso rischio viene ripartito fra più assicuratori.
COASSICURATRICE	La Società che partecipa alla ripartizione del rischio afferente in contratto assicurativo.
CONTRAENTE	Il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di assicurazione
DELEGATARIA	L'Impresa che, in caso di coassicurazione, provvede all'emissione del contratto assicurativo, all'incasso del premio, alla liquidazione dei danni e ad ogni altra incombenza gestionale, anche per conto e nell'interesse delle altre imprese partecipanti al rischio.
BENEFICIARIO	Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. Un Assicurato può cambiare il beneficiario designato in ogni momento, senza il consenso dello stesso beneficiario, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società. In mancanza di designazione i beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.
DAY HOSPITAL	Strutture sanitarie avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.
FAMILIARE DIRETTO	Il coniuge, il figlio/a, i genitori, i fratelli, i suoceri, i generi, le nuore o i conviventi (purché risultanti da regolare certificazione).
FRANCHIGIA/SCOPERTO	L'importo fisso espresso in cifra o in percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato.
FRATTURA	L'interruzione nella continuità dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna. Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO	L'evento che sia dovuto a causa fortuita violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INVALIDITA' PERMANENTE	La perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
LUSSAZIONI	La perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
MALATTIA	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
MASSIMALE	Importo massimo della prestazione della Società.
OSPEDALE-ISTITUTO DI CURA	L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privato, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali, case di convalescenza e/o Istituti simili.
PAESE DI RESIDENZA PRINCIPALE	Lo Stato nel quale l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale.
POLIZZA	Il documento che prova l'assicurazione
PREMIO	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
RICOVERO	La permanenza dell'Assicurato nell'Ospedale/Istituto di Cura, pubblico o privato, in qualità di paziente, per un periodo di 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento.
RISCHIO	La possibilità che si verifichi il sinistro.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
SOCIETA' O COMPAGNIA	L'Istituto Assicuratore che presta la garanzia, nonché le Società Coassicuratrici.
SOCIO	Ogni singolo soggetto aderente al Contraente.
TRATTAMENTO CHIRURGICO	Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Tra la LEGA NAVALE ITALIANA (LNI) e la Compagnia di Assicurazioni, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole Contraente e Società, viene stipulato il seguente Capitolato per le garanzie contro gli Infortuni dei suoi Tesserati, designati per brevità Soci.

Art. 1 - Durata e decorrenza del Capitolato

Il presente Capitolato viene stipulato per la durata di anni 3, con inizio dalle ore 24 del 01 gennaio 2019 e terminerà alle ore 24.00 del 01 gennaio 2022 **senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo**. L'eventuale rinnovo è consentito nei limiti di quanto previsto nella normativa vigente al momento della scadenza contrattuale, fatta salva la facoltà di proroga riconosciuta al Contraente e subordinatamente al consenso della Compagnia. Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Compagnia si impegna tuttavia a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economico e normative in corso, per un periodo massimo di 120 giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del rateo di premio. Il Contraente ha la facoltà di rescindere dal contratto medesimo ad ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi all'altra parte almeno 120 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso. La disdetta di un contratto facente parte di un lotto costituito da più contratti costituirà disdetta per tutti i contratti.

Art. 2 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla M.B. Insurance S.r.l. (di seguito Broker) e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal broker sopra indicato, il quale tratterà con l'Impresa Assicuratrice. Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime. Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker si intenderanno come fatte all'Impresa. L'opera del broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato assicurativo, dalle Compagnie di assicurazione aggiudicatarie del presente Capitolato. Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, con effetto liberatorio nei confronti del Contraente.

Art. 3 - Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società, i subappaltatori e i subcontraenti si impegnano al rispetto degli obblighi previsti dall'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e s.m.i. in materia di tracciabilità dei flussi finanziari. A tale scopo detti soggetti si impegnano a comunicare alla Contraente gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati e le generalità e Codice Fiscale dei soggetti delegati ad utilizzarli entro 7 gg. dalla loro accensione o, nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relativa ad una commessa pubblica. Gli stessi soggetti, provvedono, altresì, a comunicare ogni modifica relativa ai dati trasmessi.

La Società si impegna inoltre ad inserire nei contratti con subappaltatori o subcontraenti, a pena

di nullità assoluta dei contratti, la clausola con la quale ognuno di essi si impegna agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari.

Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni determina la risoluzione di diritto del contratto.

Il Contraente verifica in occasione di ogni pagamento e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari previsti dall'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e s.m.i..

Art. 4 - Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti gli assicurati anche in caso di partecipazione a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali la LNI abbia ufficialmente aderito.

Art. 5 - Assicurazioni in nome e per conto

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C., rinunciando al relativo diritto di recesso. Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

La Società, altresì, esonera il Contraente e l'Assicurato dal fornire notizie in merito ai sinistri precedenti.

Art. 7 - Determinazione del premio. Incasso degli acconti e regolazione del premio

L'importo complessivo previsto, calcolato su 25.000 soci, deve considerarsi quale premio minimo anticipato alla Società per ciascun anno assicurativo. Si conviene che il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio verrà effettuato sulla base degli effettivi assicurati. Entro la data del 01/02 di ciascun anno il Contraente fornirà alla Società elenco riportante il numero degli Assicurati (soci) riferito all'anno assicurativo decorso, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. La Compagnia provvederà ad emettere apposito documento contabile che verrà regolato entro 30 giorni dall'emissione.

Art. 8 - Validità ed attivazione della copertura assicurativa

Il numero minimo degli assicurati (soci), al fine della validità e della stipula della polizza sarà di 25.000. Se la LNI, dall'inizio del tesseramento stabilito dal 1 gennaio 2019 ed entro 90 giorni da tale data non dovesse raggiungere il numero di soci di cui sopra, non si darà seguito alla stipula della polizza e la Compagnia nulla avrà a pretendere dalla stessa.

Se invece la LNI, raggiungesse prima dei 90 giorni il numero minimo per l'attivazione della polizza quest'ultima avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

Art. - 9 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

La polizza avrà decorrenza della ore 24 del 01/01/2019 e solo per il primo anno avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento in cui consegna il titolo che da diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 22 "Titoli che danno diritto all'assicurazione".

I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del broker.

Per il pagamento delle rate successive di premio previste è concesso il termine di rispetto di 60 giorni. Trascorso il termine di 60 giorni senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

Art. 10 - Persone assicurate

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia alla Società delle generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri del Contraente che dovrà quindi esibirli alla Società a semplice richiesta, anche per eventuali accertamenti e controlli.

Art. 11 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 12 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. - 13 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 14 - Interpretazione del Contratto

In caso di eventuali controversie sull'interpretazione delle clausole del presente contratto, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

Art. 15 - Facoltà di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o contestazione o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti ha facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di 90 (novanta) giorni. Qualora a recedere sia la Società, questa rimborserà al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, il rateo di premio relativo al residuo periodo di assicurazione in corso, escluse le imposte e ogni altro onere di carattere tributario.

ART. 16 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale per il Mondo intero, salvo quanto eventualmente disposto nelle singole sezioni.

Art. 17 - Foro competente

Per ogni controversia inerente questo contratto il foro competente sarà quello della sede del Contraente o quello di residenza o domicilio dell'Assicurato, a scelta dell'Assicurato.

Art. 18 - Dichiarazioni della Società

La Società dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato.

Art. 19 - Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, in caso di sinistro ciascuna di esse sarà tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, restando tuttavia inteso che la Società coassicuratrice designata quale delegataria è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in espressa deroga all'art. 1911 del Codice Civile.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicuratrice Delegataria e del Contraente ed ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.

I premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente al Broker che provvederà a rimetterli a ciascuna Coassicuratrice in ragione della rispettiva quota di partecipazione al riparto di coassicurazione. Relativamente al presente punto, in caso di revoca dell'incarico al Broker, e successivamente alla cessazione dello stesso, il pagamento dei premi potrà essere effettuato dal Contraente anche unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le Coassicuratrici.

Con la firma del presente contratto le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto, ivi inclusa la rappresentanza processuale nel giudizio con il Contraente o l'Assicurato. Pertanto la firma apposta sui documenti dalla società Delegataria li rende validi ad ogni effetto anche per le Coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta. Relativamente ai premi scaduti, la Delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

Art. - 20 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si da atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Compagnie per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, lesione, ed indennità di ricovero, rimborso delle spese sanitarie.

CONDIZIONI ASSICURATIVE INFORTUNI

Art. 21 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione, nei limiti qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, copre gli infortuni subiti dagli Assicurati (soci), all'interno delle strutture periferiche e per tutte le attività ed iniziative organizzate dalle stesse, compresa l'attività svolta in una sezione a favore di un'altra. È altresì prestata per le attività organizzate dalle sedi periferiche anche se svolte al di fuori delle sedi stesse. Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi del Contraente e delle Sezioni Periferiche, e più precisamente in occasioni di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti purché tali circostanze siano documentate attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio del Contraente e/o delle Sezioni. Ulteriormente la copertura comprende l'esercizio delle attività sportive, ludiche e ricreative svolta/e dai soci per la/e sola/e attività d'interesse, nelle strutture periferiche a livello dilettantistico, di cui di seguito a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- uso di derive, catamarani, natanti in uso presso le sezioni periferiche della LNI, di proprietà della Contraente, delle Sezioni nonché del singolo socio esclusivamente in acque Italiane purché iscritte nel Registro del Naviglio della LEGA NAVALE ITALIANA;
- scuola vela;
- canoa/Kajak;
- pedalò;
- windsurf;
- surf;
- pattino a remi;
- beach volley;
- stand up paddle;
- tutte le attività ludiche e ricreative anche di carattere ginnico – sportivo – ricreativo;
- pesca con gozzo o natante di piccole dimensioni purché iscritto nel Registro del Naviglio della LNI;
- stabilimenti balneari.

Art. 22 – Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative, senza distinzione di attività praticata, di ruolo ricoperto o di mansioni esercitate, rientranti comunque negli scopi della Contraente, è la Tessera nominativa e numerata della LNI, in regola con il rinnovo annuale.

Art. 23 - Estensioni

Sono compresi in garanzia:

- l'annegamento, l'asfissia non di origine morbosa, l'assideramento o il congelamento;
- le infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
- le lesioni cagionate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- gli infortuni causati da morsi o punture di animali compresi aracnoidi e insetti;

- la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza o colpi di sonno;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche grave;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti e delle rotture sottocutanee dei tendini non dovuti ad evento traumatico, le ernie addominali traumatiche con l'avvertenza, per queste ultime, che se l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà riconosciuta un'indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente.

Art. 24 – Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo dell'abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) con natanti non iscritti nel Registro del Naviglio della LNI;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- d) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo art. 31 e fatte salve le attività facenti parte degli scopi del Contraente quali windsurf e surf;
- e) con qualsiasi veicoli o natante noleggiati, intendendosi per tale la cessione temporanea di mezzi contro pagamento di una tariffa;
- f) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) da guerra, insurrezioni;
- j) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fusione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- k) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- l) da malaria, malattie tropicali e carbonchio.

Art. 25 – Esonero denuncia di infermità

Il Contraente e/o gli assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire. Viene tuttavia precisato che se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto è imputabile a preesistenti situazioni fisiche e patologiche.

Art. 26 – Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 27 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone che siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, o dalle seguenti patologie: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi. Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile. Di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Art. 28 – Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario. A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 29 – Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 10.000.000,00.

Art. 30 – Limiti di età

L'assicurazione viene prestata senza limiti di età.

Art. 31 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque prestati, ad eccezione di:

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

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile per intraprendere un viaggio e cessa quando ne è disceso.

Il rischio di salita e di discesa è considerato rischio aereo.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni,

non potrà superare i seguenti importi per aeromobile Euro 5.200.000,00 per il caso morte ed Euro 5.200.000,00 per il caso invalidità permanente. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 32 – Rischio viaggio

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi intrapresi per partecipare a raduni zionali e manifestazioni veliche organizzate dalla LNI , e dalle Sezioni Periferici.

Art. 33 - Prestazioni

A) Morte DA INFORTUNIO O MORTE PRESUNTA

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso morte, come indicato nella Scheda Tecnica. Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi legittimi e/o testamentari, in caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi legittimi e/o testamentari. Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso dalle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile. Resta inteso che se, dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello previsto per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muoia, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre la Società corrisponderà ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

B) INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo della invalidità permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, l'Impresa corrisponde la somma assicurata.

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al gradi di invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali previste dalla Tabella della valutazione del grado di Invalidità Permanente per l'Industria allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria sugli infortuni sul lavoro del 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla

Legge stessa per il caso di infortunio. La perdita totale o irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso. Se si tratta di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennizzo viene stabilito mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione con il massimo del 100%. Resta tuttavia convenuto che:

- il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima;
- in caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro e la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Fermo quanto sopra riportato, e se non diversamente indicato nella Scheda di offerta Tecnica, i punti di Invalidità Permanente verranno così calcolati:

- non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore al 3%;
- per invalidità permanente superiore al 3%, la Società liquida – solo per la parte eccedente – una indennità sulla somma assicurata pari al 100% del valore di ogni singolo punto di invalidità accertato oltre il venticinquesimo.

Per gli infortunati di età maggiore o uguale ad anni 85 è prevista una franchigia del 10%. La Società quindi non corrisponderà alcuna indennità qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%. Resta inteso che, in caso di lesioni plurime, l'indennizzo è dovuto in misura pari alla somma delle percentuali relative alle singole lesioni subite.

C) RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA RESE NECESSARIE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa, nei limiti del capitale assicurato indicato nella Scheda di offerta Tecnica, le spese di carattere sanitario conseguenti ad infortunio sostenute dall'Assicurato.

1) In caso di ricovero per:

- accertamenti diagnostici;
- ticket ed onorari medici prima del ricovero;
- degenza in istituto di cura per assistenza medica, infermieristica;
- rette di degenza;
- medicinali e terapie varie;
- esami;

- onorari dei medici, nonché in caso di intervento chirurgico, effettuato anche in ambulatorio o in regime di day hospital, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria;
- materiale d'intervento (ivi comprese le endoprotesi).

2) Dopo il ricovero o se non vi è stato ricovero, per:

- analisi;
- accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, compresi l'artroscopia diagnostica ed operativa;
- ticket;
- visite mediche specialistiche;
- assistenza infermieristica;
- interventi chirurgici ambulatoriali;
- applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione;
- noleggio apparecchiature terapeutiche ed ortopediche, stampelle;
- presidi ortopedici;
- protesi ed apparecchi acustici;
- protesi oculari esclusi gli occhiali;
- spese per le cure, per i medicinali, con il limite del 20% del massimale assicurato;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari dall'infortunio, con il limite del 50% del massimale assicurato;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza, all'Istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite del 20% del massimale assicurato. Il rimborso verrà comunque effettuato con l'applicazione di una franchigia fissa a carico dell'Assicurato di € 50,00 per singolo infortunio.

Se non diversamente indicato nella Scheda di Offerta Tecnica, qualora l'Assicurato fruisca di prestazioni analoghe a quelle previste dalla presente estensione di polizza da parte di altri enti (Servizio Sanitario Nazionale, Compagnie di Assicurazione), la presente assicurazione assumerà carattere integrativo, per cui la Società sarà tenuta al rimborso della sola eventuale eccedenza, fino alla concorrenza del capitale assicurato.

ESTENSIONI PARTICOLARI

a) BENEFICIO SPECIALE IN CASO DI MORTE DEL TESSERATO GENITORE

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, sarà aumentata del 50%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

b) SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE

Se non diversamente indicato nella Scheda di offerta tecnica, la Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti del capitale assicurato, le spese odontotecniche ed odontoiatriche rese necessarie da infortunio nel limite di € 500. La ricostruzione delle parti danneggiate – intervento di conservativa – non è considerata protesi e rientra pertanto a tutti gli effetti, nelle spese per cure odontoiatriche e ortodontiche. L'Assicurato si impegna a presentare alla Società un preventivo dettagliato di tutte le cure da effettuarsi.

c) RIMBORSO PER ACQUISTO LENTI PER DANNO OCULARE – ROTTURA OCCHIALI

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti del capitale assicurato a tale titolo indicato nella Scheda di Offerta Tecnica:

- le spese per l'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto rese necessarie da danno oculare;
- le spese per la riparazione, o la sostituzione se non riparabili, di lenti e montature di occhiali da vista danneggiati in conseguenza di infortunio.

Il rimborso sarà effettuato dalla Società purché la spesa sia stata sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio con una franchigia di 50€.

d) DANNO ESTETICO

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti del capitale indicato nella Scheda di Offerta Tecnica, le spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, se in seguito ad un infortunio l'Assicurato stesso subisse deturpazioni o sfregi di carattere estetico al viso. Il rimborso sarà effettuato entro due anni dall'infortunio.

Al soggetto assicurato che non abbia compiuto il 14° anno di età alla data dell'infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'infortunio con un massimo di € 3.000.

e) PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a causa delle entità delle lesioni, determini l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, comporti la perdita dell'anno scolastico, all'Assicurato verrà corrisposto un indennizzo incrementato del 20%.

f) SPESE PER DANNI ALLE SEDIE A ROTELLE E TUTORI

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca danni a sedie a rotelle, a tutori, per portatori di handicap, la Società rimborsa le spese necessarie per la riparazione e/o la sostituzione di quanto danneggiato, nei limiti di € 100 per sinistro, e comunque per un importo non superiore al valore commerciale o d'uso del bene.

g) MORSI O PUNTURE DI ANIMALI COMPRESI ARACNOIDI E INSETTI

Nel caso che i morsi o le punture di animali, compresi insetti e aracnoidi comportino all'Assicurato ricovero in istituto di cura ed a seguito di relativa diagnosi che accerti detto evento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate con un massimo di € 5.000,00.

h) AVVELENAMENTO

A seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti un ricovero con pernottamento in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate con un massimo di € 5.000,00.

i) ASSIDERAMENTO - CONGELAMENTO – COLPI DI SOLE O DI CALORE

A seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura, con diagnosi di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate con un massimo di € 5.000,00.

NORME RELATIVE AI SINISTRI

Art. 34 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono:

- a) darne avviso scritto al Broker entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile;
- b) corredare la denuncia di sinistro con certificato medico che deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. La veridicità della dichiarazione deve essere attestata, sotto la propria responsabilità, dal legale rappresentante della sezione presso la quale il soggetto è tesserato. Alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.lgs. n.196/03. Qualora non sia presente una Struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso o per infortuni che interessino l'apparato dentario, il certificato potrà essere rilasciato da altro Medico o Specialista, sempreché detta certificazione venga redatta, di norma, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro;
- c) documentare, fornendo ulteriori certificati medici, il decorso delle lesioni. In caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- d) trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento utile alla valutazione del caso;
- e) consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato la persona assicurata.

La corresponsione dell'indennizzo avrà luogo a guarigione avvenuta, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale, debitamente quietanzati (ticket, notule del medico, ricevute del farmacista, conti dell'ospedale e/o clinica, spese di trasporto, ecc.). Per le spese eseguite all'estero il rimborso verrà eseguito in Italia ed in euro al cambio medio desunto dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

Art. 35 – Obblighi informativi della società per i sinistri

La Società è tenuta a fornire al Contraente ed al Broker, con cadenza trimestrale, la statistica certificata inerente l'andamento della polizza dalla quale risulti:

- numero sinistro;
- data di accadimento;
- tipologia di avvenimento;
- importo pagato;
- importo riservato;
- importo franchigia;
- data del pagamento o della chiusura senza seguito.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di attivazione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica. La mancata comunicazione nei termini sopra prescritti sarà considerata ipotesi di grave negligenza nell'esecuzione delle prestazioni ai fini dell'adozione dei provvedimenti di cui all'art. 38 comma 1 lettera f del codice dei contratti pubblici.

Art. 36 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche preesistenti all'infortunio stesso. Pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano 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'indennizzo per invalidità permanente è liquidato 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. Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, la Società corrisponde al Beneficiario dell'Assicurato, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, e questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 37 – Evento con pluralità di infortuni

Se non diversamente indicato nella scheda di offerta tecnica, nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico evento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di €

10.000.000. Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 38 – Controversie ed arbitrato irrituale

Le controversie possono esser demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della 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 di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.