



GENERALI

POLIZZA INFORTUNI TESSERATI Unione Italiana Tiro a Segno

DEFINIZIONI

ASSICURAZIONE:	il contratto d'assicurazione.
POLIZZA:	il documento che prova l'assicurazione.
CONTRAENTE:	U.I.T.S. – Unione Italiana Tiro a Segno;
ASSICURATO:	i "Tesserati" alla UITS., come meglio precisato nei disposti dell'art. 1 delle "Norme che regolano l'assicurazione".
BENEFICIARIO:	il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso.
IMPRESA:	Società di assicurazioni con la quale è stipulato il contratto.
PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente all'Impresa.
RISCHIO:	la probabilità che accada il sinistro.
SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
INDENNIZZO:	la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.
FRANCHIGIA:	la parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

L'assicurazione si intende prestata nei confronti di tutti i tesserati "Atleti - Dirigenti e Tecnici", come indicato nel DL 03 Novembre 2010, in regola con la quota associativa, che possano dimostrare con data certa, che il versamento è avvenuto antecedentemente al sinistro, anche se ancora non pervenuto o non registrato dalla Contraente. La copertura assicurativa inizia alle ore 24,00 del giorno del tesseramento, comprovato da data certa del versamento, e cessa alle ore 24,00 del 15° giorno successivo la sua scadenza annuale, che si intende di 365 giorni dalla singola data di versamento della quota.

La Contraente inoltre, è tenuta a comunicare il numero preventivo delle teste assicurate, come di seguito precisato nel presente articolo, con un criterio svincolato dalla disposizioni dell'art 1907 CC, e a fornire a scadenza il numero definitivo degli assicurati, come disposto dall'Art 12 "Calcolo del premio - regolazione del premio definitivo" delle Norme che regolano l'Assicurazione.

L'assicurazione si intende prestata senza limiti di età per i seguenti Tesserati:

Tesserati Atleti, Dirigenti e Tecnici n. 60.000 (sessantamila)

L'assicurazione si intende prestata per i seguenti capitali:

Caso Morte	€ 80.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 80.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 3.000,00 (per i soli Atleti di interesse Nazionale, durante itinere, allenamenti e gare per le sole convocazioni Federali riscontrabili da scritture interne U.I.T.S.)

I capitali sopra elencati si riferiscono per tessera e/o per assicurato. Pertanto, non previsto all'interno di questo contratto alcun cumulo di indennizzo.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non d'origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti, le intossicazioni, le lesioni da ingestione di cibo o da assorbimento di sostanze;
- c) il contatto accidentale con corrosivi;
- d) le infezioni e gli avvelenamenti da punture e morsi d'insetti, rettili ed animali;
- e) l'annegamento, l'affogamento ed il soffocamento;
- f) le influenze termiche ed atmosferiche in genere, le scariche elettriche, la folgorazione;
- g) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti. Sono comprese in garanzia le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:



- nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale non sia operabile secondo parere medico, sarà corrisposta un'indennità a titolo d'invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso d'invalidità permanente assoluta;
- se l'ernia è operabile, sarà corrisposta un'indennità per il caso d'inabilità temporanea sempreché sia prevista in polizza, fino ad un periodo di giorni 100 successivi a quello dell'infortunio;
- qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 18 – Controversie sulla natura delle lesioni – delle Norme che regolano l'Assicurazione;

h) gli infortuni derivanti dalla forza della natura, compresi movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe, slavine, eruzioni vulcaniche.

In via esemplificativa e non limitativa, si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni subiti:

- i) in stato di malore, incoscienza, vertigini;
- j) per imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- k) durante l'uso e la guida di motoveicoli, veicoli in genere e natanti;
- l) in conseguenza di scioperi, sequestri di persona, scippo e/o rapina, aggressioni, tumulti popolari o da atti di terrorismo, azioni di dirottamento o pirateria, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- m) a seguito di rapina,
- n) durante lo svolgimento di allenamenti e gare rientranti negli scopi statutari ed istituzionali della Contraente. I contenuti della presente lettera valgono per tutti gli assicurati.

Art.2 LIMITAZIONE ALLE OCCUPAZIONI SVOLTE NEL PERIODO DI ASSICURAZIONE COMPRESO ITINERE)

L'assicurazione s'intende prestata per gli infortuni che le persone assicurate subiscano durante gli allenamenti e le competizioni legate alle attività statutarie della Contraente.

L'assicurazione si estende alle conseguenze di infortuni che avvengono durante gli allenamenti, anche individuali, purché questi siano previsti, disposti, autorizzati o controllati dall'U.I.T.S. e/o dalle Sezioni del Tiro a Segno Nazionale. In tal caso, ai fini della validità dell'assicurazione è necessario che la denuncia sia accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'U.I.T.S. e/o dal legale rappresentante di una Sezione del Tiro a Segno Nazionale che si assume la responsabilità della dichiarazione resa.

La copertura assicurativa sarà operante anche in carenza delle relative autorizzazioni tecnico amministrative dei poligoni di tiro.

La garanzia comprende anche gli infortuni subiti dagli "Atleti" durante gli spostamenti, con qualsiasi mezzo, per raggiungere la palestra o il centro nel quale si praticano allenamenti, ed il rientro nel posto di lavoro o nella propria abitazione, sempreché in orari e percorsi compatibili con gli allenamenti stessi. L'assicurazione si intende estesa inoltre, sempre per gli "Atleti", anche a tutte le trasferte, effettuate con qualsiasi mezzo, compreso il tempo libero, relative a gare, manifestazioni sportive, meeting, incontri, esibizioni o allenamenti fuori sede, purché sempre in relazione alla pratica sportiva oggetto della presente polizza. L'assicurazione inizia al momento della partenza da casa o dal luogo di lavoro e cessa col rientro al luogo del lavoro o nella propria abitazione.



Per tutti i Soggetti assicurati, "Atleti", "Dirigenti e Tecnici" l'assicurazione è prestata anche in occasione di viaggi, trasferimenti e/o missioni di qualsiasi natura, ed effettuati con qualsiasi mezzo, compreso il tempo libero, sempre in relazione all'attività svolta per conto della Contraente ed in ottemperanza al suo statuto. La copertura decorre dall'inizio del viaggio e termina al rientro presso la sede di lavoro o presso l'abitazione dell'assicurato.

L'Assicurato, in caso di sinistro, è tenuto dietro richiesta della Società, a fornire a quest'ultima tutti gli elementi che evidenzino in modo circostanziato che al momento in cui l'infortunio è accaduto, stava operando nel rispetto di quanto stabilito nello statuto della Contraente.

Art. 3 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida od uso di mezzi di locomozione aerei e subacquee, salvo quanto previsto per il rischio volo di cui all'articolo 9 – Rischio Volo/Concentrazione del rischio – delle Norme che regolano l'Assicurazione;
- b) da stato d'ubriachezza se alla guida di veicoli;
- c) pratica dei seguenti sport: speleologia, sport aerei in genere, paracadutismo;
- d) sotto l'influenza di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- e) assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme e degli ordinamenti Statali e Sportivi;
- f) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- g) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- h) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- i) durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- h) da guerra o insurrezioni. Ciononostante la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per il periodo massimo di 15 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato sia sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero;
- j) sono lo stesso esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpisca l'Assicurato nel territorio italiano, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 4 MORTE /MORTE PRESUNTA

La somma assicurata per il caso di morte è liquidata purché il decesso dell'Assicurato sia conseguente ad infortunio risarcibile secondo la polizza e questa occorra, anche se successiva alla scadenza del contratto, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Se il corpo dell'Assicurato non è trovato entro un anno dopo la scomparsa, l'arenamento, l'affondamento od il naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/o privato, non escluso dall'articolo 9 – Rischio Volo – delle Norme che regolano l'Assicurazione, sarà riconosciuto il risarcimento per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come l'infortunio.

L'impresa in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato e simili eventi, corrisponderà la somma assicurata per il caso di Morte anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona e/o del clima, o d'altre situazioni concomitanti (per esempio: perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.



Nel caso di morte di un soggetto assicurato genitore, il capitale spettante ai figli minorenni conviventi si intende aumentato del 50%. Sono equiparati ai figli minorenni i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente pari o superiore al 50%. L'impresa dà e prende atto che beneficiari delle somme garantite in caso di Morte degli assicurati, s'intendono gli eredi legittimi e/o testamentari, salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dagli Assicurati.

La somma prevista per la presente garanzia, a parziale deroga di quanto disposto dall'art 16 del presente contratto, si intende inoltre liquidabile anche ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto 03 novembre 2013 ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER GLI SPORTIVI.

Art. 5 RIMBORSO DELLE SPESE DI RIENTRO SANITARIO – RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza ed avvenuto all'estero, l'impresa assicura, sino alla concorrenza di € 3.000,00 e per ogni assicurato:

- il rimborso delle spese di trasporto con qualsiasi mezzo sostenute dall'Assicurato in caso d'infortunio che richieda il Suo trasporto in Istituto di cura attrezzato in Italia e/o alla Sua residenza;
- il rimborso delle spese sostenute – in caso di decesso – per il rimpatrio della salma dell'Assicurato sino al luogo di sepoltura in Italia.

L'impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale: a richiesta dell'Assicurato od aventi causa l'Impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Art. 6 INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'impresa liquida per tale titolo l'indennità, calcolandola sulla somma assicurata secondo i criteri di cui alla tabella Lesioni – allegato "A" del Decreto Legge del 3 novembre 2010 "Assicurazione obbligatoria per sportivi dilettanti".

Per gli Assicurati mancini, le percentuali d'invalidità Permanente previste della precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e fosse che questi erano gli unici perfettamente integri, o tali che fossero usati come "destri", si terrà conto di ciò anche nella valutazione del grado d'invalidità permanente, fermo restando il disposto dell'art. 16 – Criteri di Indennizzabilità – delle Norme che regolano l'Assicurazione.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al massimo del 100% (centopercento).

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste nella Tabella Lesioni, sono diminuite tenendo conto del grado d'invalidità preesistente.

L'impresa in occasione d'arenamento, naufragio, atterraggio forzato e simili eventi, corrisponderà la somma assicurata per il caso d'Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona del clima, o d'altre



situazioni concomitanti (per esempio: perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Se è dichiarato, trascorso un anno dall'infortunio, lo stato di "coma irreversibile" sarà liquidato ai beneficiari previsti in polizza il 100% della somma assicurata.

Art. 7 FRANCHIGIA PER L'INVALIDITA' PERMANENTE

La liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente è sottoposto alle seguenti franchigie:

- per tutti i tesserati sotto il 75° anno di età, franchigia del 3% relativa al 10%;
- per gli assicurati che avessero compiuto al momento del sinistro il 75° anno di età, franchigia assoluta del 9%.

Art. 8 SPESE MEDICHE/PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

L'Impresa rimborsa ai soli **Atleti di Interesse Nazionale** per i quali è prestata la prima parte della presente garanzia, in caso d'infortunio risarcibile a termini di polizza e fino alla concorrenza del capitale previsto per tale Categoria le seguenti spese per cure mediche.

Per cure mediche s'intendono:

- a) spese mediche e di cura praticate presso ambulatori, Pronto Soccorso, Istituti di Cura o a domicilio;
- b) onorari a medici, chirurghi e dell'équipe operatoria;
- c) uso della sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- d) rette di degenza;
- e) trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o altro mezzo attrezzato specificatamente;
- f) accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- g) spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso, compreso il trasferimento aereo, all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- h) trattamenti fisioterapici e rieducativi, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante. spese per la prima protesi, escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- i) prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio d'apparecchi protesici o sanitari incluse carrozzelle ortopediche;
- j) azioni di ricerca e/o salvataggio.

L'Impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, ed il pagamento è effettuato a cura ultimata: a richiesta dell'Assicurato o ad aventi causa, l'Impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Le somme liquidate ai sensi della presente garanzia sono soggette ad una franchigia assoluta di € 100,00, ed a uno scoperto del 10%;

in aggiunta a quanto previsto dal presente articolo, e per tutti i tesserati, l'Impresa rimborsa agli Assicurati le seguenti prestazioni:



- k) Per i soggetti che non abbiano compiuto il 14° anno di età alla data dell'infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito. Il limite di indennizzo per la presente lettera si intende fissato in € 3.000,00,
- l) Si intendono inoltre comprese le spese sostenute a seguito di morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino ricovero in istituto. La seguente garanzia si intende prestata senza l'obbligatorietà del minimo dei due giorni di ricovero, ma con un sottolimito per sinistro di € 400,00;
- m) Nel caso di avvelenamento, assorbimento o ingestione di sostanze nocive, assideramento, colpi di sole, di calore o folgorazione sono rimborsate le spese sostenute e confermate dalla diagnosi prodotta dal Presidio o dall'Istituto che ha preso in cura il soggetto infortunato. La seguente garanzia si intende prestata senza l'obbligatorietà del minimo dei due giorni di ricovero, ma con un sottolimito di € 400,00 per sinistro.
- n) Qualora l'infortunio, a causa dell'entità delle lesioni, determini l'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo, che a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporti la perdita dell'anno scolastico, al soggetto è corrisposto un indennizzo incrementato del 20%; L'Impresa, per le suddette "prestazioni aggiuntive" effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, ed il pagamento è effettuato a cura ultimata: a richiesta dell'Assicurato o ad aventi causa, l'Impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Art. 9 RISCHIO VOLO E CONCENTRAZIONE DEL RISCHIO

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

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

Il limite massimo catastrofale per la presente garanzia è fissato in € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per aeromobile. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano detto limite, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra detto limite ed il totale degli indennizzi dovuti.

La garanzia inizia dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Relativamente ai soli infortuni sofferti a seguito di atti di terrorismo, ivi compreso il rischio volo, qualora un unico sinistro colpisca più assicurati, il limite massimo catastrofale per la concentrazione del rischio si intende fissato in € 2.000.000,00 (duemilioni/00)

Art. 10 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero



Art. 11 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – BUONA FEDE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come qualsiasi errore e/od omissione involontaria e non intenzionale della stessa, e/o delle persone di cui debba rispondere a norma di legge, nonché dei suoi Amministratori, non pregiudicheranno questa polizza.

Art. 12 CALCOLO DEL PREMIO – REGOLAZIONE DEL PREMIO DEFINITIVO

Affinché l'Impresa possa procedere alla regolazione del premio definitivo, entro 90 giorni dalla fine del periodo di assicurazione fissato al 31 dicembre di ogni annualità, la Contraente è tenuta a comunicare all'Impresa stessa l'ammontare complessivo dei soggetti tesserati "Atleti" e "Dirigenti e Tecnici".

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate/rimborsate nei 60 giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Impresa può agire giudizialmente nei suoi confronti addebitando anche le maggiori spese sostenute e dichiarate.

Se il Contraente non adempie ai suddetti obblighi nei tempi sopra indicati, l'Impresa, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata comunicazione o il mancato pagamento.

Art. 13 PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione non è valida:

per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoici; l'assicurazione cessa con manifestarsi di una delle predette condizioni.

Art. 14 INTEGRATIVITA' DELL'ASSICURAZIONE

Agli effetti d'eventuali presenti e futuri obblighi d'assicurazione a sensi di Legge, la presente polizza ha carattere del tutto indipendente.

Art. 15 DENUNCIA D'INFORTUNIO – OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto all'Impresa entro 30 giorni lavorativi dall'infortunio e dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente, l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso all'Impresa.

L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'Impresa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.



Art. 16 CRITERI D'INDENNIZZABILITA'

L'impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti; il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'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. Fermo restando quanto disposto dall'articolo 13 – Persone non assicurabili – delle Norme che regolano l'Assicurazione, si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso d'infortunio, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio.

Art. 17 CUMULO INDENNIZZI

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'impresa corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 18 CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado d'invalidità permanente le Parti possono conferire mandato ad un Collegio di tre medici (uno per parte più un terzo designato dai primi due di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico.) i quali tenendo presenti le condizioni di polizza e le norme di Legge, prenderanno decisioni inappellabili e vincolanti per le Parti.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, ma entro due anni, nel qual caso il Collegio può concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione finale.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato; ciascuna Parte sosterrà le proprie spese e concorrerà nella misura del 50% (cinquanta per cento) al pagamento del terzo medico. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale, purché ciò risulti dagli atti.

Art. 19 ESONERO DALLA COMUNICAZIONE PREVENTIVA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denuncia di eventuali altre assicurazioni che i singoli Assicurati avessero stipulato od in corso di stipula, per lo stesso rischio.



Art. 20 CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker WE BROKERS SRL e di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker il quale tratterà con l'Impresa Assicuratrice.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker, anche per il tramite dei suoi Collaboratori del cui operato espressamente risponde, si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2005.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto avrà durata di anni 2 , con effetto ore 24,00 del 31.12.2017.

La polizza cesserà, senza tacito rinnovo alle ore 24,00 del 31.12.2019.

Art. 2 PREMIO ANTICIPATO E FRAZIONAMENTO

Il premio finito anticipato è quello risultante dal frontespizio di polizza, con frazionamento annuale.

Art. 3 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati. Se l'Assicurato non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

Art. 4 VARIAZIONI DI RISCHIO

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta all'Impresa di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, l'impresa provvederà a ridurre in proporzione il premio dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente.

Se la variazione implica aggravamento del rischio, l'impresa ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.



Art. 5 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE – COMUNICAZIONI

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.
Tutte le comunicazioni previste dal contratto, devono essere effettuate per iscritto.

Art. 6 DIRITTO DI RIVALSA

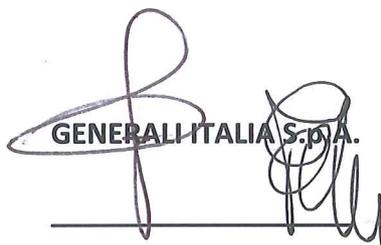
L'impresa rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa di cui all'articolo 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 7 FORO COMPETENTE

Per tutte le controversie relative alla presente Assicurazione, a scelta della parte attrice, è competente il tribunale o il giudice del luogo di domicilio e/o di residenza del Contraente e/o dell'assicurato infortunato.

Art. 8 TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

In ottemperanza all'articolo 3 della legge numero 136 del 13 agosto 2010, l'Ente, la Società e l'Intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto. In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie sono eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane Spa, il presente contratto s'intende risolto di diritto.


GENERALI ITALIA S.p.A.



