Polizza Infortuni, Malattia,R.C., Tutela Legale ed Assistenza per gli Enti del Terzo Settore

Documento Informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo

Società: BCC Assicurazioni Prodotto:

Prodotto: "Formula Bene Comune"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura gli Enti del Terzo Settore, i loro volontari, volontari occasionali ed associati per Infortuni, Malattia, Responsabilità civile, Tutela Legale, Assistenza.

Che cosa è assicurato?

La società presta l'assicurazione nei limiti delle somme assicurate / massimali indicati nella scheda di polizza.

Principali coperture prestate:

- ✓ Morte per infortunio: prevede l'indennizzo, in caso di decesso per infortunio, della somma assicurata ai beneficiari o eredi.
- ✓ Invalidità permanente per infortunio: prevede un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale.
- ✓ Ricovero per infortunio: prevede, in caso di ricovero per infortunio in istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza.
- ✓ Diaria da immobilizzo: prevede, in caso di immobilizzo per infortunio, un'indennità giornaliera;
- ✓ Ricovero per malattia: prevede, in caso di ricovero per malattia in istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza.
- ✓ Spese di cura per infortunio: prevede il rimborso della spese di cura sostenute per infortunio fino alla concorrenza della somma assicurata;
- ✓ Responsabilità Civile verso terzi: risarcimento di danni causati a terzi per eventi legati all'attività esercitata dall'Ente e/o per conto dello stesso;
- ✓ Tutela Legale: protezione legale in caso di controversie legate all'attività svolta da e per conto dell'Ente;
- ✓ Assistenza: previsione di determinate prestazioni o servizi erogati in caso di necessità.

Sono inoltre previste Garanzie Aggiuntive a pagamento che estendono le coperture delle sezioni Responsabilità Civile verso Terzi e Tutela Legale.

Che cosa non è assicurato?

Principali rischi esclusi:

- × **Infortuni** – causati da:
  - × Guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- × **Malattie:**
  - × Prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;
  - × Ricoveri per la cura della parodontite e le cure dentarie in genere.
- × **Responsabilità Civile verso Terzi** – non sono considerati Terzi:
  - × Il coniuge, i genitori, i figli nonché qualsiasi altro parente od affine convivente dei singoli volontari.
  - × Le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Organizzazione di Volontariato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio.
  - × Tutti coloro che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Organizzazione di Volontariato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'assicurazione.

  Inoltre, l'Organizzazione di Volontariato, non è considerata terza rispetto ai singoli volontari;
- × Sono presenti rischi esclusi anche per la Responsabilità Patrimoniale degli Amministratori e per le Sezioni Tutela Legale e Assistenza.

Ci sono limiti di copertura ?

Limitazioni di garanzia per le Sezioni:

- ! Per ciascuna Sezione operano specifiche esclusioni di garanzia;
- ! La società presta l'Assicurazione con i limiti di indennizzo / risarcimento, franchigie o scoperti per singole garanzie indicati nella Scheda di Polizza.

Dove sono coperto dall'assicurazione?

- ✓ La garanzia **Infortuni e Malattie** vale per il mondo intero;
- ✓ La garanzia **Responsabilità Civile verso Terzi** è valida in tutti i Paesi Europei. Solo per la partecipazione a convegni, fiere, mostre ed esposizioni, la garanzia è estesa a tutto il mondo **ad esclusione di Stati Uniti e Canada.** La garanzia R.C.O. opera nel mondo intero.
- ✓ La garanzia **Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro** vale per il mondo intero;
- ✓ **La Responsabilità Patrimoniale degli Amministratori** opera per le perdite patrimoniali che si verificano nel Mondo intero per le quali è chiamata a decidere l'Autorità Giudiziaria Italiana.
- ✓ La garanzia **Assistenza** vale per Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, alcune prestazioni nel Mondo;
- ✓ La garanzia **Tutela Legale** vale per Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano; ulteriori precisazioni sono indicate nel Dip Aggiuntivo.

Che obblighi ho?

- Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione. Tuttavia, quelle rese dal Contraente all'atto della stipulazione della polizza, così come la mancata comunicazione di mutamenti aggravanti il rischio, non comporteranno decadenza del diritto di indennizzo o risarcimento né riduzione dello stesso, sempreché tali inesattezze od omissioni non investano le caratteristiche essenziali e durevoli del rischio e l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave.
- Ai fini della validità della garanzia devi tenere quotidianamente aggiornato il registro dei volontari, degli associati e dei volontari occasionali.

Quando e come devo pagare?

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società alle scadenze pattuite.
Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante, presso l'Agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Quando inizia e quando finisce la copertura?

- La durata del contratto viene indicata in polizza.
- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza a condizione che il premio o la prima rata di premio siano stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento effettivo. In particolare la garanzia ha effetto:
  Infortuni: dalle ore 24:00 del giorno di pagamento effettivo.
  Malattie:
  - Dal 30° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto;
  - Dal 60° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte prima della sottoscrizione del contratto.
- Se non paghi i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Come posso disdire il contratto?

Se il contratto è stipulato con tacito rinnovo, hai la facoltà di inoltrare la disdetta, mediante lettera raccomandata A/R, inviata almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale; in mancanza di disdetta inviata da una delle parti, salvo diversa pattuizione, il contratto si intende tacitamente prorogato per la durata di un anno, e così successivamente.

BCC Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari 1 - 20143 Milano (Italia) - tel. +39 02. 466275 - fax +39 02. 21072250 - Pec: bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Codice fiscale/partita IVA e numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano 02652360237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1782224 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00124 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Capitale Sociale Euro 14.448.000 i.v. - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13 settembre 1996 Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19 settembre 1996 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona
www.bccassicurazioni.com

Polizza Infortuni, Malattia, R.C., Tutela Legale ed Assistenza per gli Enti del Terzo Settore

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Società: BCC Assicurazioni

Prodotto: "Formula Bene Comune"

Data di realizzazione: 01/01/2022 – Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

BCC Assicurazioni S.p.A. (gruppo Cattolica Assicurazioni), sede legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano - Telefono: 02/466275; Sito Internet: www.bccassicurazioni.com; e-mail: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione tenuto da IVASS al n. 1.00124 ed autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996., iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 10 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 14 milioni di euro – le perdite portate a nuovo sono pari a 3 milioni);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 8 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 3,7 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 13,5 milioni di euro (b).
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 13,2 milioni di euro

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,68 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: http://www.bccassicurazioni.com/doc2/default.asp?i_archivioID=25345&i_cartellaID=33568&i_menuID=45810

Al contratto si applica la legge Italiana.

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni relative alle diverse coperture. La Società risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente, oltre che di quelle indicate in modo specifico nelle Condizioni di assicurazione e nella scheda di polizza.

Esempio: Garanzia Infortuni – Nel caso di infortunio che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate , l'esborso massimo complessivo a carico dellla Società non potrà essere superiore a 5.000.000,00 euro

Infortuni e malattie

L'assicurazione è prestata per le conseguenze dirette ed esclusive degli infortuni che dovessero subire gli assicurati durante lo svolgimento delle attività assicurate e per le malattie che dovessero contrarre in conseguenza dell'attività svolta a favore dell'Ente del Terzo Settore (da qui in avanti E.T.S.) contraente.

Sono altresì compresi gli infortuni che gli assicurati dovessero subire durante la permanenza nei locali della sede dell'E.T.S o avvenuti durante i lavori attinenti la conduzione e/o la manutenzione della stessa e i rischi in itinere intendendosi come tali gli infortuni che gli assicurati possono subire durante il percorso di andata e ritorno dalla propria

abitazione alla sede dell'E.T.S. contraente e/o presso il luogo dove svolgono la propria attività e viceversa, nel tempo strettamente necessario al raggiungimento delle predetti sedi con esclusione dei trasporti organizzati e gestiti da altri enti.
L'assicurazione è inoltre prestata durante la partecipazione a tutte le attività e manifestazioni previste dallo statuto della Contraente E.T.S..

Morte per infortunio
In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari o, se non sono specificatamente indicati, agli eredi in parti uguali.
Si richiamano i seguenti casi particolari:

- morte presunta - se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, la Società liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla pronuncia della sentenza di dichiarazione di morte presunta come previsto dagli articoli 60 e 62 del Codice Civile; se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata;
- commorienza del coniuge - se lo stesso infortunio causa il decesso dell'Assicurato e quello del coniuge o convivente more uxorio, il capitale verrà corrisposto con una maggiorazione del 50% (con il limite massimo di maggiorazione di 400.000 euro) a favore di uno o più figli minori che risultino fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge (o del convivente more uxorio) deceduti;

Invalidità permanente per infortunio
La Società corrisponde un indennizzo in caso d'invalidità permanente totale o parziale dell'Assicurato per infortunio.

Ricovero per infortunio
La Società corrisponde, in caso di ricovero, di almeno tre giorni consecutivi, per infortunio dell'Assicurato in un istituto di cura, un'indennità giornaliera, il cui importo risulta indicato nella scheda tecnica che forma parte integrate della polizza, per ciascun giorno di degenza.

Diaria da immobilizzazione
In caso di evento traumatico che dia luogo a fratture ossee, lesioni capsulari, rotture legamentose e distorsioni (quest'ultime solo se accertate da ente ospedaliero riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale, o tramite Pronto Soccorso, o da medico ortopedico specialista), se l'infortunio comporta l'immobilizzazione di una o più articolazioni, a titolo curativo,la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera indicata nella scheda di polizza fino alla rimozione del presidio e, comunque, per un periodo massimo di cinquanta giorni per evento e per anno assicurativo.

Rimborso Spese di cura per infortunio
In caso di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma assicurata indicata nella scheda tecnica di polizza e per la parte di spese che non risultino a carico del Servizio Sanitario Nazionale, le seguenti spese effettivamente sostenute nei 360 giorni dalla data in cui è accaduto il sinistro, di seguito elencate:

A) se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale;

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei quarantacinque giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei novanta giorni successivi alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale.
  Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata, con il limite di euro 3.500 per evento e per anno assicurativo;
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, la Società corrisponde una diaria sostitutiva di euro 50,00 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di trenta giorni per anno assicurativo.

B) se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale;

- gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi (con esclusione della massoterapia) effettuati nei giorni successivi all'infortunio.
  Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con l'applicazione dello scoperto pari al 10% sulla spesa documentata e con il minimo di 50 euro per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato, previa presentazione del certificato del presidio ospedaliero di Pronto Soccorso che accerta l'infortunio.

Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata, e, limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata con il limite di euro 2.500 per evento e per anno assicurativo;
Per le seguenti prestazioni la garanzia rimborso spese di cura è operante fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata:

- laserterapia;
- magnetoterapia;
- T.A.C.;
- risonanza magnetica;
- artroscopia.

Il rimborso verrà effettuato solo previa presentazione di prescrizione medico specialistica.

Ricovero per malattia
La Società corrisponde, in caso di ricovero, di almeno tre giorni consecutivi, per malattia dell'Assicurato in un istituto di cura, un'indennità giornaliera pari a Euro 25,00 (cinque/00) per ciascun giorno di degenza.

Sono compresi in garanzia i rischi causati da:

a. asfissia di origine non morbosa;
b. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
c. annegamento;
d. assideramento o congelamento;
e. colpi di sole o di calore;
f. patologie conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
g. infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'Art. 1900 C.C.);
h. infortuni causati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (in deroga all'Art. 1912 C.C.);
i. infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
j. lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie;
k. conseguenze di movimenti tellurici, limitatamente alle sole garanzie Morte e Invalidità Permanente.

Massimo	75.000 euro per ognuna delle due garanzie e per ogni Assicurato
Franchigia assoluta sulla garanzia invalidità permanente	24% se inferiore a quella scelta in polizza come indicata in polizza negli altri casi

ERNIE ADDOMINALI DA SFORZO
Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di invalidità permanente

Ernia addominale non operabile	Indennità non superiore al 10% della somma assicurata con la garanzia "Invalidità permanente per infortunio" (IPI)

CONTAGIO HIV – INFORTUNIO BIOLOGICO E MALATTIE INFETTIVE
Relativamente ai volontari che svolgono l'attività di soccorso, prelievo, trasporto e consegna di persone, con ambulanze o mezzi allo scopo dedicati (comprese le attività di formazione ed aggiornamento professionale, di esercitazione pratica e le attività di dimostrazione al pubblico svolte presso scuole o eventi allo scopo organizzati), descritta all'art. 88 "Condizioni speciali valide per singole attività", condizione speciale CS1) 118 soccorso e trasporto in ambulanza, a parziale deroga di quanto espresso all'Art. 35 "Cessazione della garanzia", l'assicurazione è estesa:

- Agli effetti di contagio da HIV conclamato e clinicamente accertato, contratto durante la validità dell'assicurazione. In caso di contagio da virus H.I.V. contratto in occasione di prestazione di primo soccorso la Società corrisponde un indennizzo con il seguente limite:

Limite	€ 100.000 per sinistro e anno assicurativo

L'indennizzo non verrà riconosciuto per le persone affette da emofilia e tossicodipendenza nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro.
Resta comunque valido il fatto che, con la liquidazione dell'indennizzo, cessa la copertura assicurativa oggetto del presente contratto.
L'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato da H.I.V. deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, darne avviso a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento alla Società o all'Agenzia.
E' fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare per raccomandata con avviso di ricevimento alla Società una relazione dettagliata dell'evento dannoso.
Entro 6 giorni dall'evento denunciato l'Assicurato deve sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V. presso un centro specializzato.
Nel caso l'Assicurato risulti sieropositivo non verrà corrisposto l'indennizzo previsto e l'assicurazione si intende automaticamente cessata nei suoi confronti. Qualora invece i risultati di detti esami risultassero negativi, l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso Centro specializzato ad un successivo test immunologico entro i 180 giorni successivi.
Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima: l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'istituto di analisi prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.
La Società in caso di sieropositività accertata in occasione del secondo test immunologico, liquiderà l'indennizzo previsto. Con la liquidazione dell'indennizzo cessa la copertura assicurativa del presente contratto.

- La Società garantisce gli eventi da cui l'assicurato abbia subito un infortunio biologico e malattia infettiva e diffusiva da contagio occorso durante l'attività di volontariato svolta per conto dell'ETS contraente.
  Per infortunio biologico e malattie infettive e diffusive da contagio si intendono esclusivamente quelle dovute a:
  - Difterite;
  - Rabbia;
  - Tetano;
  - Epatite Virale B;
  - Epatite Virale C;
  - Epatite Virale non specificata;
  - Meningite ed Encefalite acuta virale;
  - Meningite Meningococcica;
  - Salmonellosi non tifoidee;
  - Sifilide;
  - Tubercolosi;
  - Virus Ebola, se contratto sul territorio italiano.

  Nei casi sopra indicati la garanzia opera con i seguenti limiti:

Limite	€ 50.000 per sinistro e anno assicurativo Limite non cumulabile con il massimo esborso previsto per il contagio da HIV

- L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato, come passeggero, durante i voli di linea regolarie i charter entrambi gestiti da Società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è pubblicato su "Flight Guide Worldwide" - OAG), a condizione che non siano gestiti da Società e/o aziende di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclub.
  L'assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo fino al momento in cui ne scende. Sono considerati infortuni anche quelli occorsi per imprudenza o negligenza grave dell'Assicurato in qualità di passeggero.

- A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1912 del Codice Civile, la garanzia è estesa agli infortuni:
  - connessi ad atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare,
  - per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità
  - se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.

Le garanzie infortuni e malattie sono estese ai Volontari con disabilità e precisamente ai soggetti con invalidità sensoriale, intellettiva o relazionale e ai soggetti con invalidità motoria.

Responsabilità Civile verso Terzi
La Società si obbliga a tenere indenni gli assicurati di quanto questi siano tenuti a pagare, quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a Terzi per:

- morte e lesioni personali;
- distruzione o deterioramento di cose,

in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione allo svolgimento delle attività previste dallo Statuto dell'Ente del Terzo Settore che agisce ai sensi del Decreto Legislativo n.117/2017.
L'assicurazione vale anche per

- la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere;
- le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

Rischi Assicurati:
Responsabilità civile personale di volontari, associati, dipendenti, prestatori di lavoro in regime di somministrazione lavoro (D.Lgs. n.276 del 10/09/2003 e successive modifiche e/o interazioni), lavoratori atipici e parasubordinati (Legge 08/08/1995 n.335 e successive modifiche e/o interazioni)
Copre i danni involontariamente cagionati a terzi nello svolgimento delle loro mansioni da:

- I volontari, se assicurati
- Gli associati, se assicurati
- i prestatori di lavoro dipendenti, ivi compresa la responsabilità derivante ai sensi del D. Lgs n. 81 del 09/04 2008, e successive modifiche e/o integrazioni;
- i prestatori di lavoro in regime di somministrazione lavoro ai sensi del D.Lgs. n.276 del 10/9/2003 e successive modifiche e/o interazioni;
- i prestatori di lavoro in rapporto di collaborazione coordinata e continuativa ai sensi della Legge 08/08/1995 n.335;
- i lavoratori parasubordinati.

Animali
Copre i danni connessi alla proprietà e/o l'utilizzo di animali addestrati, utilizzati per lo svolgimento delle attività assicurate.

Proprietà e conduzione dei fabbricati
Copre la proprietà e la conduzione dei fabbricati di proprietà del contraente e la sola conduzione di quelli ad esso locati o in comodato d'uso o in uso gratuito, nei quali si svolge l'attività assicurata in polizza.

Danni da incendio
Copre i danni alle cose di terzi conseguenti a incendio delle cose di proprietà dell'E.T.S. o da esso detenute a qualsiasi titolo con esclusione comunque dei danni subiti dalle cose in possesso, uso o custodia della stessa.

Mezzi di trasporto sotto carico e scarico
Copre i danni a mezzi di trasporto sotto carico o scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione di tali operazioni.

Attività presso Terzi
Copre i danni a cose altrui, derivanti da incendio delle cose di proprietà dell'Organizzazione di Volontariato o da essa detenute a qualsiasi titolo con esclusione dei danni subiti dalle cose in possesso, uso o cutodia della stessa.
Sono inoltre coperti i danni alle cose trovantisi nell'ambito di esecuzione delle attività, che, per volume o peso, non possono essere rimosse.

Danni derivanti da interruzioni o sospensioni di attività
Copre i danni derivanti da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.

RC del committente, per danni provocati da dipendenti in relazione alla guida di veicoli a motore
Copre i danni cagionati a terzi dai dipendenti dell'Organizzazione di Volontariato, compresi eventuali lavoratori parasubordinati, in relazione alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purchè i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Assicurato o allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati. La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate. E' fatto salvo in ogni caso il diritto di surrogazione della Società nei confronti dei responsabili.

Inquinamento accidentale
Copre i danni i danni cagionati a terzi per morte e lesioni personali, distruzione o deterioramento di cose in conseguenza di contaminazione dell'acqua o del suolo, provocati da sostanze di qualunque natura emesse o comunque fuoriuscite a seguito di rottura accidentale di impianti e condutture.

Rischi temporanei

E’ compresa la responsabilità civile dell’E.T.S. e dei singoli volontari e/o dei singoli associati, qualora assicurati per l’organizzazione di esposizioni, fiere, stands espositivi, mostre, mercati, convegni, corsi di aggiornamento e formazione, feste, sagre, eventi conviviali, concerti, tornei sportivi amatoriali di pallavolo, pallacanestro, calcio, calcetto, corsa campestre, purché detti eventi siano finalizzati a raccolte fondi da destinare all’attività istituzionale dell’ETS o comunque strumentali al perseguimento dell’attività di interesse generale perseguita.
Sono compresi i danni cagionati a terzi derivanti dalla proprietà ed impiego delle attrezzature, impianti e materiali necessari per lo svolgimento degli eventi sopra descritti, nonché conseguenti a operazioni di montaggio e smontaggio degli stessi.
La presente garanzia non opera nel caso in cui le suddette operazioni di montaggio e smontaggio siano affidate a ditte esterne o comunque a personale ad uopo retribuito, non appartenente all’ETS Contraente.
Relativamente alla somministrazione di cibi e bevande eseguita dai Volontari dell’ETS assicurato, l’assicurazione comprende l’involontaria somministrazione di cibi guasti e/o avariati, con l’avvertenza che la relativa garanzia è operante in quanto la somministrazione e/o la vendita siano avvenute durante il periodo di validità dell’assicurazione ed il danno si sia manifestato entro 30 giorni dalla somministrazione. Per questo rischio il massimale per sinistro rappresenta il limite di garanzia per ogni periodo assicurativo, restando inteso che gli eventi dannosi la cui manifestazione sia dovuta ad una stessa causa saranno considerati unico sinistro. La presente garanzia è valida a condizione che, per la somministrazione di alimenti, l’Ente Assicurato e i propri Volontari siano in possesso delle relative autorizzazioni rilasciate dalle competenti autorità.

L’assicurazione non è operante:
- per l’ impiego di veicoli e natanti a motore, tornei ciclistici e arrampicata;
- per i danni a terreni, colture ed impianti fissi concessi agli organizzatori nonché al luogo di effettuazione della manifestazione stessa;
- per il rischio relativo alla gestione di parcheggi.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?
Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (R.C.O)

La Società si obbliga a tenere indenne l’ E.T.S. contraente, purché questo sia in regola, al momento del sinistro, con gl obblighi dell'assicurazione di legge, di quanto sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:
A) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e dell'art. 13 del D. Lgs. 23/02/2000 n. 38, per gli infortun sofferti da prestatori di lavoro da lei dipendenti, da lavoratori parasubordinati, addetti alle attività dell'Organizzazione o Associazione assicurata, per le quali è prestata l'assicurazione;
B) ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965, n 1124 e del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, cagionati ai prestatori di lavoro di cui alla precedente lettera A) per morte e pe lesioni personali da infortunio dalle quali sia derivata un'invalidità permanente, calcolata sulla base dei criteri adottat dall'INAIL.
La presente garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa di 1.500,00 Euro.
L'assicurazione R.C.O. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

Sezione separata acquistabile solo se acquistata la sezione Responsabilità Civile
Responsabilità Civile Patrimoniale degli Amministratori

La Società si obbliga a tenere indenni gli Amministratori dell’ente Contraente di quanto questi siano tenuti a pagare, quale civilmente responsabili ai sensi di legge, per danni patrimoniali involontariamente cagionati a terzi, nell’esercizio della propria attività di Amministratori, in conseguenza di violazione colposa di obblighi derivanti dalla legge, dalle legittime delibere di nomina, dall'Atto Costitutivo, dallo Statuto e dalle deliberazioni assembleari.
L’assicurazione comprende i danni patrimoniali direttamente cagionati al Contraente, purché accertati e quantificati dal giudice competente con sentenza passata in giudicato, e sempreché l'azione di responsabilità sia promossa nei modi e nei termini di legge.
L'assicurazione vale anche per le perdite patrimoniali conseguenti a:
- interruzioni e/o sospensioni (totali o parziali), ritardato e/o mancato inizio di attività in genere esercitata da terzi, purché comunque conseguenti a sinistro indennizzabile ai sensi di polizza;
- smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore.

L’efficacia della presente assicurazione è subordinata al possesso da parte degli Assicurati dei requisiti previsti dalle norme vigenti per la carica di amministratore.

Tutela Legale

La Società assicura le spese legali, peritali, di giustizia, processuali e di indagine non ripetibili dalla controparte, che servano agli Assicurati per la difesa dei propri interessi:
- compensi dell’avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza;

- compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia solo se, a seguito di questa, la controparte è rinviata a giudizio in sede penale;
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se indicato da D.A.S.;
- spese di soccombenza poste a carico dell'assicurato
- spese di esecuzione forzata fino a due casi per sinistro;
- spese dell'organismo di mediazione, quando la mediazione è obbligatoria;
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri
- compensi dei periti;
- spese di giustizia;
- spese di investigazione difensiva nel procedimento penale;
- Le spese legali sono coperte per l'intervento di un solo avvocato per ogni grado di giudizio.

L'Assicurato è tenuto ad assumere a proprio carico gli oneri fiscali, le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al sinistro, al premio e/o alla polizza.

La Società assicura le spese di cui all'Art. 56 "Oggetto della garanzia Tutela Legale", sostenute dagli Assicurati a seguito di eventi insorti:
- nell'ambito dell'attività svolta indicata in polizza e nel perseguimento delle finalità risultanti dall'atto costitutivo e dallo statuto;
- in relazione a sinistri relativi all'immobile adibito a sede legale;

nei seguenti casi assicurativi:

1. Danni subiti
   Richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti per fatti illeciti di terzi, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

2. Delitti colposi e contravvenzioni
   Difesa in procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni, anche in materia fiscale e amministrativa. Sono comprese anche le spese sostenute per il dissequestro dei beni necessari al proseguimento dell'attività assicurata.
   La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.

3. Delitti dolosi
   Difesa in procedimenti penali per delitti dolosi. Sono comprese anche le spese sostenute per il dissequestro dei beni necessari al proseguimento dell'attività assicurata.
   La garanzia opera solo quando:
   a. l'Assicurato è assolto con decisione passata in giudicato;
   b. il reato è derubricato da doloso a colposo;
   c. il procedimento è archiviato per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come reato.

   La garanzia non opera nei casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa.

D.A.S. rimborserà agli Assicurati le spese sostenute nel momento in cui vi sarà il passaggio in giudicato della sentenza. Se dopo l'archiviazione il giudizio viene riaperto e viene emessa una sentenza diversa da quella di assoluzione o di derubricazione del reato da doloso a colposo l'Assicurato dovrà restituire a D.A.S. tutte le spese sostenute da D.A.S. perla difesa dell'Assicurato in ogni grado di giudizio.
L'assicurato ha l'obbligo di trasmettere a D.A.S. la sentenza nel più breve tempo possibile.

4. Danni causati
   Sono coperte le spese sostenute per resistere alla richiesta di risarcimento di terzi per danni extra contrattuali causati dagli assicurati.

La garanzia opera a secondo rischio, quindi dopo l'esaurimento del massimale dovuto per legge o per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza.
In tutti gli altri casi, ovvero quando il contratto di responsabilità civile non esiste o non opera o per qualunque motivo non fornisce copertura totale o parziale alle spese legali di resistenza, la presente garanzia non opera.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Vertenze contrattuali	La Società assicura le spese sopra indicate esclusivamente a favore dell'Ente Contraente per le controversie contrattuali connesse all'attività associativa nei seguenti casi:

	1. Rapporti di lavoro - vertenze individuali di lavoro con i lavoratori iscritti nel libro unico del lavoro del Contraente. **2.** Fornitori - vertenze contrattuali con i fornitori di bene o servizi, se il valore in lite è pari o superiore a 200 euro. **3.** Vertenze con i clienti in fase stragiudiziale compreso il recupero crediti - Spese sostenute per la sola fase stragiudiziale dal Contraente per le vertenze contrattuali con i propri clienti, compreso il recupero dei crediti. Le spese sono garantite anche nel caso di coesistenza ed operatività di un contratto di responsabilità civile. La fase stragiudiziale è gestita da D.A.S. che si attiva per risolvere la vertenza con l'accordo delle parti e si riserva di demandarne la gestione ad un avvocato di propria scelta. Il recupero crediti opera a condizione che i crediti siano rappresentati da titoli esecutivi o documentati da prova scritta o equiparata.
Vertenze con la Pubblica Amministrazione	La Società assicura le spese sopra indicate che l'Assicurato debba sostenere a seguito di vertenze insorte con la Pubblica Amministrazione nei seguenti casi: **4.** Ricorso avverso la pubblica amministrazione - le spese sostenute per l'impugnazione del provvedimento di cancellazione o della mancata iscrizione del contraente nel registro delle Associazioni. La garanzia è prestata solo a favore dell'Ente Contraente. **5.** Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per provvedimenti instaurati davanti alla Corte dei Conti - sono coperte le spese sostenute dal contraente per la difesa nei procedimenti di responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto instaurati davanti la corte dei conti, comprese le spese sostenute nella fase preliminare del processo; quando le spese sono liquidate in sentenza, D.A.S. rimborsa solo l'importo stabilito dal giudice; D.A.S. non anticiperà alcuna somma nel corso del procedimento e rimborserà le spese di difesa sostenute in caso di archiviazione o quando la sentenza sia passata in giudicato, fermo restando l'obbligo per l'assicurato di denunciare il sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza. **6.** Controversie con il Comune - sono coperte le spese per le controversie con il Comune dove ha sede l'Associazione contraente, per la concessione di contributi, sovvenzioni ed ausili finanziari in favore dell'Associazione stessa. La garanzia è prestata solo a favore dell'Ente Contraente.
Immobili strumentali	La Società assicura le spese sopra elencate, esclusivamente a favore dell'Ente Contraente, per le vertenze derivanti dalla diretta gestione degli immobili strumentali all'esercizio delle attività statutarie. La garanzia opera nei seguenti casi: **1.** Danni subiti - Richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti per fatti illeciti di terzi. **2.** Delitti colposi e contravvenzioni - Difesa in procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni. La garanzia è valida anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato. **3.** Diritto di proprietà e altri diritti reali - Vertenze in materia di locazione, diritto di proprietà e altri diritti reali. In materia di usucapione, l'avvenimento della vertenza coincide con la data della prima contestazione della richiesta di usucapione, se la richiesta è avvenuta durante l'esistenza del contratto.
Pacchetto sicurezza	La Società assicura le spese sopra elencate per le vertenze che insorgano nell'ambito delle seguenti materie: • tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro; • sicurezza alimentare; • tutela dell'ambiente, compresi i fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento ambientale; • protezione dei dati personali, compresi i reclami all'autorità competente. In questa materia sono coperte anche le spese sostenute per resistere alla richiesta di risarcimento di terzi per danni extra contrattuali causati dall'assicurato, a secondo rischio quindi dopo l'esaurimento del massimale dovuto per legge e per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza. • responsabilità amministrativa da reato delle società e degli enti. La presente garanzia opera nei seguenti casi:

	• difesa in procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni • per l'impugnazione di provvedimenti o sanzioni amministrative non pecuniarie e pecuniarie se pari o superiori a 250 euro. La garanzia opera anche per le spese sostenute da soggetti diversi da quelli assicurati dal presente contratto, solo ed esclusivamente per le attività svolte su incarico del Contraente. Le garanzie operano anche per i sinistri avvenuti entro 24 (ventiquattro) mesi dalla cessazione dell'attività presso il contraente.

Assistenza

La Società assicura le prestazioni dei servizi di assistenza di seguito indicate:

- CONSULENZA MEDICA TELEFONICA
- INVIO DI UN MEDICO IN ITALIA
- INVIO DI AUTOAMBULANZA
- RIENTRO ALLA RESIDENZA A SEGUITO DIMISSIONE OSPEDALIERA
- INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO
- RIMPATRIO SANITARIO DALL'ESTERO
- MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO
- VIAGGIO DI UN FAMILIARE
- RECAPITO MESSAGGI URGENTI
- RIENTRO ANTICIPATO
- ASSISTENZA INFERMIERISTICA POST-RICOVERO
- ASSISTENZA FISIOTERAPICA POST-RICOVERO
- CONSEGNA FARMACI PRESSO L'ABITAZIONE
- SPESA A CASA
- CUSTODIA ANIMALI
- INVIO BABY SITTER
- INFORMAZIONI SANITARIE E FARMACEUTICHE

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	**Infortuni e Malattie** L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da: **a)** guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta ma a condizione che l'assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo.; **b)** guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole e operatrici, di natanti a motore per uso non privato. L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività dell'ETS dichiarata nel contratto; **c)** operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza; **d)** azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato; **e)** guida di mezzi di locomozione acquatici, aerei o subacquei adibiti ad uso professionale. <u>Per quanto riguarda le MALATTIE, l'assicurazione non comprende</u>: **f)** i ricoveri conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, stati patologici e difetti fisici (quest'ultimi anche non noti al momento della sottoscrizione del contratto) che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto; h) day hospital con finalità diagnostiche; **k)** le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio; **l)** i ricoveri per la cura della paradontite e le cure dentarie in genere. <u>Per quanto riguarda le garanzie INFORTUNI e MALATTIE, l'assicurazione non comprende</u>: **m)** gli infortuni causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non

terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene;

n) gli infortuni causati da azioni o comportamenti direttamente correlati a: epilessia e le sindromi epilettoidi, le sindromi psico-organiche e/o bipolari, la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoici, A.I.D.S., immunodeficienza acquisita (HIV) ;

o) gli infortuni subiti in stato di intossicazione cronico alcolica, tossicodipendenza;

p) i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;

q) le conseguenze di guerre, alluvioni, esondazioni, inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche e altri fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale, salvo quanto normato all'Art. 15 "Rischi compresi";

r) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

s) gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche;

t) gli infortuni derivanti da attività sportiva (gare e allenamenti) amatoriale, agonistica o professionale;

u) infortuni causati da manovre ed esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Responsabilità Civile verso Terzi

Salvo quanto espressamente disciplinato, la garanzia R.C.T. non comprende la responsabilità per i danni:

a) da proprietà o uso di:

1. veicoli a motore su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate;

2. natanti a vela di lunghezza superiore a metri sei e di unità naviganti a motore;

3. aeromobili;

4. veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti o azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;

b) conseguenti a:

1. inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;

2. interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua;

3. alterazione od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo e sia suscettibile di sfruttamento;

c) alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;

d) alle cose che l'Assicurato detenga o possieda a qualsiasi titolo;

e) alle cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;

f) ai mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione di tali operazioni e alle cose trasportate sui mezzi stessi;

g) alle cose trovantisi nell'ambito di esecuzione dei lavori;

h) a condutture ed impianti sotterranei;

i) a cose dovuti ad assestamento, cedimento, franamento, vibrazioni del terreno;

j) da furto e rapina;

k) a cose di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli artt. 1783 - 1784 - 1785 bis e 1786 del Codice Civile;

l) a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute o possedute;

m) provocati da soggetti diversi dai dipendenti e dai lavoratori parasubordinati dell'Assicurato;

n) cagionati da:

1. prodotti e cose in genere dopo la loro messa in circolazione;

2. opere e installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori; per le opere che richiedano spostamenti successivi dei lavori e comunque ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori ad essa inerenti e comunque dopo 30 giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso o aperta al pubblico;

3. operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera verificatesi dopo l'esecuzione dei lavori;

o) derivanti da proprietà e conduzione di fabbricati diversi da quelli ove si svolge l'attività assicurata;

p) derivanti da:

1. detenzione, possesso o impiego di esplosivi;

2. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici) ovvero da

produzione, detenzione, possesso ed uso di sostanze radioattive;

3. prodotti geneticamente modificati;

q) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, professionali, artigianali, agricole o di servizi;

r) derivanti da:

- estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di asbesto puro e/o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
- uso di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;

s) derivanti da violazione di contratti di lavoro, discriminazione razziale, sessuale o religiosa;

t) provocati da campi elettromagnetici;

u) conseguenti a guerra dichiarata o non, guerra civile, occupazione militare ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra;

v) derivanti dallo svolgimento di attività professionale medica e/o infermieristica;

w) derivanti dall'organizzazione di attività sportiva;

x) Sono esclusi i danni e le spese, diretti e indiretti, propri o a terzi, causati direttamente o indirettamente, in tutto o in parte da:

1. atti dolosi condotti per il tramite di un computer, un sistema informatico, un sistema elettronico di comunicazioni, un virus o un malware, un processo o qualsiasi altro sistema informatico o elettronico;

2. qualsiasi accesso a, o rivelazione di informazioni personali identificabili, o informazioni confidenziali su individui o società, inclusi a titolo esemplificativo e non esaustivo: brevetti, segreti commerciali, metodi di produzione, liste di clienti, informazioni finanziarie, carte di credito e di debito e qualsiasi altro tipo di informazione non pubblica;

sono altresì esclusi i danni:

3. a dati software, in particolare qualsiasi modifica penalizzante di dati, software o programmi per computer a seguito di cancellazione, manipolazione o sconvolgimento della struttura originaria e conseguenti danni da interruzione d'esercizio;

4. causati da o dovuti a malfunzionamento, indisponibilità, impossibilità di usare o accedere a dati, software o programmi per computer ed i conseguenti danni da interruzione d'esercizio.

Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (R.C.O)

La garanzia Responsabilità Civile verso i Prestatori di Lavoro non copre la responsabilità per i dann conseguenti a malattie professionali.

Responsabilità Patrimoniale degli Amministratori

L'assicurazione non comprende le perdite patrimoniali conseguenti a:

a) inquinamento dell'acqua, del suolo e dell'aria;

b) smarrimento, distruzione o deterioramento di denaro, di preziosi, o di titoli al portatore, nonché quelli derivanti da furto, rapina o incendio;

c) mancata stipulazione di assicurazioni sufficienti, tanto obbligatorie che facoltative, nonché ritardi nei pagamenti dei relativi premi;

d) responsabilità volontariamente assunte dagli assicurati e non direttamente derivantegli dalla legge;

e) mancato raggiungimento del fine o all'insuccesso di iniziative a qualunque scopo intraprese;

f) irrogazione di sanzioni in genere nonché omesso o errato versamento di imposte, tasse, contributi, multe, oneri previdenziali o penalità in genere;

g) fatti dolosi o dall'intenzionale violazione degli obblighi derivanti dalla legge, dalle legittime delibere di nomina, dall'atto costitutivo, dallo statuto e dalle delibere assembleari, limitatamente all'Assicurato che abbia commesso la violazione;

h) violazione dei diritti della personalità o di obblighi previdenziali, assistenziali o tributari.

Tutela Legale

Spese esluse:

1. compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;
2. compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;
3. compensi dell'avvocato domiciliatario se non indicato da D.A.S.;
4. spese per l'indennità di trasferta;
5. spese di esecuzione forzata oltre il secondo caso per sinistro;
6. spese dell'organismo di mediazione quando la mediazione non è obbligatoria;
7. imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia;
8. multe, ammende, sanzioni pecuniarie in genere;

	9. spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali; 10. spese non concordate con D.A.S.; 11. in caso di domiciliazione ogni duplicazione di onorari. **Vertenze escluse:** Le garanzie non operano per sinistri relativi a: 12. diritto di famiglia, successioni o donazioni; 13. materia fiscale o amministrativa salvo quanto previsto dalle garanzie aggiuntive all'Art. 59 "Vertenze con la Pubblica Amministrazione" e Art. 61 "Pacchetto Sicurezza", se acquistate; 14. fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive; 15. attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dall'assicurato, ad eccezione delle vertenze conseguenti a trattamenti medici; 16. fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme, salvo che per le associazioni di volontariato che operano nell'ambito della Protezione Civile o del 118 17. diritto di brevetto, marchio, autore, esclusiva o turbativa d'asta, concorrenza sleale o normativa antitrust; 18. proprietà o guida di veicoli a motore, imbarcazioni, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche; 19. fatti dolosi delle persone assicurate; 20. fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente; 21. prestazioni di servizi o forniture di beni effettuati dal contraente nell'esercizio della sua attività, salvo quanto previsto dalla garanzia aggiuntiva di all'Articolo "Vertenze contrattuali", punto 3 "Vertenze con i clienti in fase stragiudiziale compreso il recupero crediti", se acquistata; 22. compravendita o permuta di immobili; 23. interventi di restauro o risanamento conservativo, ristrutturazione o costruzione ex novo di edifici, compresi i connessi contratti di fornitura o posa in opera di materiali o impianti; 24. fabbricazione o commercializzazione di esplosivi o fabbricazione di armi o di equipaggiamento militare; 25. attività svolta da industrie specializzate nel trattamento o smaltimento dei rifiuti; 26. vertenze tra agenzie di somministrazione del lavoro e i lavoratori somministrati occupati presso terzi; 27. esercizio della professione o attività medica o di operatore sanitario, salvo che per le associazioni che operano nell'ambito medico – paramedico – 118; 28. vertenze con la Società o con D.A.S.; 29. adesione ad azioni di classe (class action); 30. difesa penale per abuso di minori.

Ci sono limiti di copertura?

Infortunio
Nel caso di infortunio che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate, l'esborso massimo complessivo a carico di la Società non potrà essere superiore a 5.000.000,00 euro.

Invalidità permanente per Infortunio

Le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio, indicate nella tabella dicui all'art. 24 "Tabella di accertamento dell'invalidità permanente – INAIL" e nei criteri riportati all'art. 25 "Criteri specifici di indennizzabilità" e art. 26 "Criteri particolari di indennizzabilità" sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- nonsifaluogo a indennizzo quando l'invalidità permanente definitiva èdi grado inferiore opari al 3% della totale;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 3% dellatotale viene corrisposto l'indennizzo solo perlaparte eccedente.

Limitatamente agli assicurati con età superiore agli 80 anni e fermo quanto espresso all'art. 13 "Portata della copertura in base all'età dell'assicurato", le prestazioni per invalidità permanente per infortunio, indicate nella tabella e nei criteri sopra riportati, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- nonsifaluogo a indennizzo quando l'invalidità permanente definitiva èdi grado inferiore opari al 5% della totale;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 5% dellatotale viene corrisposto l'indennizzo solo perlaparte eccedente.

Per gli assicurati che superano gli 85 anni d'età, le somme assicurate di tutte le garanzie si

intendono ridotte di un terzo (v. art 13 "Portata della copertura in base all'età dell'Assicurato").

In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 50% della totale, non si applicano le suddette franchigie e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Massimo indennizzo per lesioni plurime
La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Ricovero per Infortunio
In caso di ricovero, di almeno tre giorni consecutivi, in un istituto di cura per infortunio dell'Assicurato l'indennità giornaliera viene riconosciuta per la durata massima di novanta giorni per evento e di centoottanta giorni per anno assicurativo.

Diaria da immobilizzazione
Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.
Non sono considerati mezzi di immobilizzazione i collari a strappo, come i collari di Shantz, di Camp e similari.
Per i mezzi di contenzione immobilizzanti inamovibili, l'Assicurato è tenuto a presentare alla Società il certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che ha provveduto all'applicazione del presidio (indicante anchei giorni di effettiva immobilizzazione).
Qualora l'immobilizzo non derivi da una frattura ossea e preveda l'applicazione di un mezzo di contenzione immobilizzante, l'indennizzo avverrà per un periodo massimo di trenta giorni e la somma assicurata indicata in polizza verrà ridotta del 50%.
I mezzi di contenzione immobilizzanti potranno essere anche amovibili, purché applicati (in assenza di ricovero) da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero o da ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N.: la garanzia, in tal caso verrà prestata con un massimo di venti giorni per sinistro.
La garanzia sarà operante solo per i seguenti tutori amovibili con le limitazioni e condizioni indicate, anche se non applicati, purché prescritti da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero o ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N.

Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere a seguito di infortunio se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale
Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con l'applicazione dello scoperto pari al 10% sulla spesa documentata e con il minimo di 50 euro per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato, previa presentazione del certificato del presidio ospedaliero di Pronto Soccorso che accerta l'infortunio.

Malattia
Ricovero per Malattia
In caso di ricovero, di almeno tre giorni consecutivi, in un istituto di cura per infortunio dell'Assicurato l'indennità giornaliera viene riconosciuta per la durata massima di novanta giorni per evento e di centoottanta giorni per anno assicurativo. Per assicurati di età superiore ai 60 anni, la durata massima del ricovero è di 45 giorni per evento e 90 giorni per anno assicurativo

Responsabilità Civile
Attività presso Terzi
E' estesa ai danni alle cose trovantisi nell'ambito di esecuzione delle attività, che, per volume o peso, non possono essere rimosse, viene prestata con una franchigia assoluta di euro 500,00 per ogni sinistro, nel limite del massimale per danni a cose e comunque con il massimo di euro 100.000,00 per ciascun periodo assicurativo annuo.

Danni derivanti da interruzioni o sospensioni di attività
Prestata con uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo assoluto di euro 2.500,00, nel limite del massimale per danni a cose e comunque con il massimo indennizzo di euro 100.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel corso di ciascun periodo assicurativo annuo.

Animali
Prestata con una franchigia fissa, per soli danni a cose, di €150,00.

Inquinamento accidentale
Prestata con con uno scoperto del 10% con il minimo di € 1.500,00 per sinistro.

Proprietà e conduzione dei fabbricati
Prestata con l'applicazione di una franchigia assoluta di euro 250,00 per danni ds spargimento d'acqua conseguente a rotture accidentali di tubature e/o condutture.

Danni alle cose di terzi conseguenti ad incendio
Prestata con una franchigia fissa di €500,00 per ciascuna cosa danneggiata.

Rischi temporanei (esposizioni, fiere, stands espositivi, ed eventi di analoga portata)
Prestata con una franchigia fissa di € 200,00 per danni a cose per ogni danneggiato.

Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro
Prestata con l'applicazione di una franchigia fissa di 1.500,00 euro.

Tutela Legale
Tutte le prestazioni sono garantite nei limiti delle Somme Assicurate / Massimali indicati in polizza e senza applicazione di Franchigie o Scoperti.
Sono coperti i sinistri avvenuti:

- dalla data di efficacia della copertura Assicurativa per:
  - il danno o presunto danno extra contrattuale;
  - per la violazione o presunta violazione di norme penali o amministrative;
- dopo un periodo di Carenza di 90 giorni in tutte le restanti ipotesi.

Tutte le garanzie sono operanti nei paesi dell'Unione Europea, Regno Unito, Svizzera, Liechtenstein, Principato di Monaco, ad eccezione delle garanzie aggiuntive prestate con maggiorazione del premio "Vertenze contrattuali" punto 3, "Vertenze con la Pubblica Amministrazione", "Immobili strumentali" e "Pacchetto sicurezza" che sono operanti solamente in Italia, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro** **Infortunio e malattie** Entro 5 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa. Alla Società, è consentito di verificare lo stato del rischio assicurato previo accordo con il Contraente e l'Assicurato, in merito al tempo e alle modalità della verifica, potendosi avvalere della collaborazione di fiduciari. In caso di sinistro la Società ha inoltre diritto di prendere visione dei registri, fatture e quanto utile al fine di poter determinare la copertura assicurativa e l'ammontare del danno; il mancato rispetto comporta la decadenza del diritto dell'Assicurato. **La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.** Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni ritenute indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari. **Responsabilità Civile** In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a la Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. Alla Società, è consentito di verificare lo stato del rischio assicurato previo accordo con il Contraente e l'Assicurato, in merito al tempo e alle modalità della verifica, potendosi avvalere della collaborazione di fiduciari. In caso di sinistro la Società ha inoltre diritto di prendere visione dei registri, fatture e quanto utile al fine di poter determinare la copertura assicurativa e l'ammontare del danno; il mancato rispetto comporta la decadenza del diritto dell'Assicurato.

Tutela Legale

1. La denuncia del sinistro deve essere presentata tempestivamente alla Società e/o ad D.A.S. nel momento in cui l'assicurato ne ha conoscenza e comunque nel rispetto del termine di prescrizione previsto dalla legge. La denuncia deve in ogni caso avvenire nel termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione del contratto o di eventuali altri contratti emessi successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio.
2. L'assicurato deve informare la Società e/o D.A.S. in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro, nonché indicare i mezzi di prova, i documenti, l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi e, su richiesta, metterli a disposizione.
3. L'assicurato ha l'onere di fornire le prove e argomentazioni per permettere a D.A.S. di valutare la copertura assicurativa delle spese della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni.

CASI SPECIFICI

4. Nella garanzia aggiuntiva "Vertenze con la Pubblica Amministrazione", punto 2. Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per provvedimenti instaurati davanti alla Corte dei Conti", l'assicurato ha l'obbligo di denunciare il sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza.
5. L'assicurato è obbligato a restituire le spese che sono state anticipate da D.A.S.:
   - quando ha diritto di recuperarle dalla controparte;
   - nei delitti dolosi, se il giudizio si conclude con sentenza definitiva diversa da assoluzione, o senza la derubricazione del reato da doloso a colposo. In tal caso l'assicurato ha l'obbligo di trasmettere tempestivamente ad D.A.S. la copia della sentenza definitiva.

6. In caso di disaccordo tra l'assicurato e D.A.S. in merito alla gestione del sinistro ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.
7. L'assicurato deve comunicare alla Società e/o ad D.A.S. l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e dare avviso dei sinistri a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai fini della ripartizione proporzionale delle spese.
8. Ogni spostamento della sede dell'Associazione va comunicato alla Società.

L'ASSICURATO PUÒ DENUNCIARE I NUOVI SINISTRI UTILIZZANDO:
NUMERO VERDE: 800 572 572
DALL'ESTERO: +39 02 24 12 85 70
Lunedì – venerdì 8.00 – 18.00
oppure
e-mail: sinistri@das.it

Assistenza

E' possibile accedere ai servizi di assistenza contattando la Struttura Organizzativa al numero verde 800.572.572 operativo 24 ore su 24, oppure al +39 02.24.12.85.70 preceduto dal prefisso per l'Italia in caso ci si trovi all'estero.
Se impossibilitati a telefonare, si potrà inviare una email all'indirizzo di posta elettronica: das@imaitalia.it o un fax al numero: 02.24.12.82.45.
In ogni caso l'Assicurato dovrà comunicare:

- il nome ed il cognome;
- il numero di polizza;
- il servizio richiesto e la motivazione per la quale si richiede l'erogazione dello stesso;
- l'indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico al quale la Struttura Organizzativa potrà richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Assistenza diretta/in convenzione: non presente

Gestione da parte di altre imprese*:* non presente

Prescrizione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda.

	Nell'assicurazione della responsabilità civile il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto all'assicurato il risarcimento dei propri danni o ha promosso contro di questo l'azione.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Obblighi dell'impresa	**Infortuni e malattie** Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 45 giorni. Morte presunta La Società liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta. Ricovero per infortunio / malattia L'indennità assicurata verrà corrisposta a partire dal terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. **Altre garanzie** Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvederà al pagamento del sinistro, entro i termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Rimborso	La Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Sospensione	Non prevista

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Risoluzione	Non prevista

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto agli Enti del Terzo Settore (E.T.S.) che desiderino tutelare i propri volontari, volontari occasionali e associati in caso di infortuni o malattia o assistenza, e che desiderino tutelare loro stessi e gli stessi volontari / associati per responsabilità civile verso terzi o tutela legale.

Quali costi devo sostenere?

- **Costi di intermediazione**

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	25,0 %

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia al seguente indirizzo: BCC Assicurazioni S.p.A - Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni – Società Cooperativa Servizio Reclami di Gruppo Lungadige Cangrande n°16 – 37126 Verona (Italia) Fax: 045/8372354 E-mail: reclami@cattolicaassicurazioni.it Indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: **ivass@pec.ivass.it.** Info su: **www.ivass.it**.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (*indicare quando obbligatori*):	
Mediazione	*Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito* ***www.giustizia.it****. (Legge 9/8/2013, n. 98).* **Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale** Il reclamante potrà attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n°28 presentando specifica istanza ai sensi dell'Art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'Art. 16 del citato decreto.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. **Facoltativa**
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	• Eventuali controversie di natura medica sulla determinazione dell'indennizzo possono essere risolte in via arbitrale mediante l'incarico di un collegio di tre medici. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato; • Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

BCC Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari 1 - 20143 Milano (Italia) - tel. +39 02. 466275 - fax +39 02. 21072250 - Pec: bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Codice fiscale/partita IVA e numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano 02652360237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1782224 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00124 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Capitale Sociale Euro 14.448.000 i.v. - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 333 del 13 settembre 1996 Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19 settembre 1996 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona
www.bccassicurazioni.com

Xx\Polizza n°_____

Contraente_____

POLIZZA MULTIRISCHI PER LA PROTEZIONE DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE E DEI LORO VOLONTARI E ASSOCIATI

Formula Bene Comune

Prestazioni assicurate da:

BCC Assicurazioni S.p.A.
Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni

Le presenti Condizioni di Assicurazione
Ed. 01/01/2022, redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018, devono essere consegnate unitamente ai Documenti Informativi Precontrattuali:

- **DIP Danni, Ed. 28/05/2020**
- **DIP aggiuntivo Danni, Ed. 01/01/2022**

Indice

Glossario 1

Termini generali e voci specifiche 1

Condizioni generali di contratto 9

Norme comuni che regolano il contratto di assicurazione 9

Salute 13

Capitolo 1: Cosa è assicurato 13
Capitolo 2: Condizioni di operatività 27
Capitolo 3: Cosa non è assicurato e limiti di copertura 27

Responsabilità civile verso terzi 29

Capitolo 1: Cosa è assicurato 29
Capitolo 2: Garanzie aggiuntive acquistabili con aumento del premio 33
Capitolo 3: Condizioni di operatività 33
Capitolo 4: Cosa non è assicurato e limiti di copertura 34
Capitolo 5: Tabella dei limiti di copertura 36

Responsabilità patrimoniale degli amministratori 37

Capitolo 1: Cosa è assicurato 37
Capitolo 2: Condizioni di operatività 37
Capitolo 3: Cosa non è assicurato e limiti di copertura 38
Capitolo 4: Tabella dei limiti di copertura 38

Tutela Legale 39

Capitolo 1: Cosa è assicurato 39
Capitolo 2: Garanzie aggiuntive acquistabili con aumento del premio 40
Capitolo 3: Condizioni di operatività 43
Capitolo 4: Cosa non è assicurato e limiti di copertura 44
Capitolo 5: Tabella dei limiti di copertura 46

Assistenza 47

Capitolo 1: Cosa è assicurato 47
Capitolo 2: Condizioni di operatività 53
Capitolo 3: Cosa non è assicurato e limiti di copertura 54

Ambito di servizio per tutte le garanzie 55

Condizioni speciali valide per singole attività 55

Cosa fare in caso di sinistro 59

Capitolo 1: Norme valide per la sezione Salute 59
Capitolo 2: Norme valide per le sezioni Responsabilità civile verso terzi e Responsabilità patrimoniale degli amministratori 60
Capitolo 3: Norme valide per la sezione Tutela Legale 61
Capitolo 4: Norme valide per la sezione Assistenza 64

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Amministratore
Qualsiasi persona fisica membro dell'organo collegiale, statutariamente investito delle funzioni di amministrazione e/o delegato allo svolgimento delle stesse incaricato della funzione di controllo. Qualsiasi persona fisica che, individualmente o quale componente dell'organismo collegiale, esercita le funzioni di controllo e vigilanza previste dalla legge o dallo statuto.

Assicurati
Nelle garanzie infortuni e malattie per assicurati si intendono:

- I singoli volontari, dell'Ente del Terzo Settore contraente, iscritti nell' "apposito registro" di cui all'art. 17 comma I del Decreto legislativo 3.7.2017 n. 117 (codice del Terzo Settore);
- I singoli volontari iscritti nel "registro dei volontari occasionali".
- Gli associati dell'Ente del Terzo Settore contraente, ossia coloro che non rivestono la qualifica di volontario ma che, aderendo all'ETS come semplici iscritti, devono essere registrati nel "libro degli associati o aderenti" ai sensi dell'Art.15, comma I, lettera a) del Decreto Legislativo n.117/2017;

Nella garanzia Responsabilità Civile verso Terzi per assicurati si intendono:

- I singoli volontari, dell'Ente del Terzo Settore contraente, iscritti nell' "apposito registro" di cui all'art. 17 comma I del Decreto legislativo 3.7.2017 n. 117 (codice del Terzo Settore);
- I singoli volontari iscritti nel "registro dei volontari occasionali".
- Gli associati dell'Ente del Terzo Settore contraente, ossia coloro che non rivestono la qualifica di volontario ma che, aderendo all'ETS come semplici iscritti, devono essere registrati nel "libro degli associati o aderenti" ai sensi dell'Art.15, comma I, lettera a) del Decreto Legislativo n.117/2017;
- I dipendenti dell'Ente del Terzo Settore contraente;
- I lavoratori parasubordinati e in regime di somministrazione lavoro dell'Ente di Terzo Settore contraente;
- L'Ente del Terzo Settore contraente.

Nella garanzia R.C. Patrimoniale, per assicurati si intendono i soggetti che, durante il periodo di assicurazione, esercitano o eserciteranno le funzioni di Amministratore, membro del Consiglio Direttivo, incaricato della funzione di controllo o Dirigente della Contraente (tra gli altri Dirigenti predisposti alla redazione di documenti contabili dell'Ente, dipendenti / volontari designati quale responsabili della sicurezza ai sensi del D. Lgs 81/2008 e successive modifiche e integrazioni, e della Privacy ai sensi del Decreto 101/2018 – D.P.O.)

Nella garanzia di Tutela Legale per assicurati si intendono:

- l'Ente del Terzo Settore contraente;
- i membri del Consiglio Direttivo;

- i volontari iscritti nell'apposito registro di cui all'art. 17 comma I del Decreto Legislativo 03-07-2017, n° 117 (Codice del terzo Settore);
- i singoli volontari iscritti nel "registro dei volontari occasionali".
- Nel caso di vertenze fra assicurati le garanzie operano unicamente a favore del Contraente.

Nella garanzia di Assistenza per assicurati si intendono:
- I singoli volontari, dell'Ente del Terzo Settore contraente, iscritti nell' "apposito registro" di cui all'art. 17 comma I del Decreto legislativo 3.7.2017 n. 117 (codice del Terzo Settore);
- I singoli volontari iscritti nel "registro dei volontari occasionali".

Assicurazione
Il contratto di assicurazione.

Assistenza
L'aiuto tempestivo, in denaro o in servizi, fornito dalla Società tramite la propria Struttura Organizzativa all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro

Associazione di promozione sociale
Associazione costituita al fine di svolgere attività di utilità sociale in favore dei propri associati, di loro familiari o di terzi, come definita dall'Art.35 del Decreto Legislativo n.117/2017

Associazioni Riconosciute o Non Riconosciute
Enti del Terzo Settore atipici che svolgono un'attività di interesse generale per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, iscritti al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) nella sezione "altri enti del terzo settore".

Carenza
Il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'assicurazione, durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

Contraente
L'Ente del Terzo Settore che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio.

Contratto (assicurativo)
Il documento contrattuale di assicurazione (detto anche Polizza).

Cose
Gli oggetti materiali e, per convenzione, gli animali.

Danni Patrimoniali
Qualsiasi pregiudizio economico per il quale gli Assicurati siano ritenuti responsabili a titolo di risarcimento da una sentenza giudiziale, un giudizio arbitrale o una transazione stipulata con avvallo dell'assicuratore, in seguito ad un sinistro.

Day hospital
La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

D.A.S.
Abbreviazione della denominazione sociale: D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., Via Enrico Fermi 9/B – 37135 VERONA, sito internet: www.das.it

Dirigente
Qualsiasi persona fisica a cui siano delegate da un Amministratore o dalla Contraente funzioni manageriali o di supervisione. Rientra in tale definizione anche il dipendente della Contraente che svolga funzioni manageriali o di supervisione.

Ente di Terzo Settore (abbreviato in E.T.S.)
Le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le reti associative, le società di mutuo soccorso, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento di una o più 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, ed iscritti nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore.

Enti filantropici e Fondazioni
Enti del Terzo settore costituiti in forma di associazione riconosciuta o di fondazione al fine di erogare denaro, beni o servizi, anche di investimento, a sostegno di categorie di persone svantaggiate o di attività di interesse generale, come definita dall'Art.37 del Decreto Legislativo n.117/2017.

Fase giudiziale
La fase della vertenza che si svolge davanti all'autorità giudiziaria.

Fase stragiudiziale
La fase della vertenza finalizzata al raggiungimento di un accordo tra le parti, anche con la mediazione e la negoziazione assistita, senza l'intervento dell'autorità giudiziaria.

Fatto illecito
L'azione o l'omissione contraria all'ordinamento giuridico in quanto violazione di un dovere o di un obbligo imposti da una norma di legge.

Franchigia
La parte di danno indennizzabile a termini di polizza che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

Frattura scheletrica (ossea)
Interruzione traumatica dell'integrità parziale o totale di un osso (tecnicamente, la soluzione di continuo di una struttura ossea per sollecitazioni traumatiche eccedenti il suo limite di resistenza), che sia strumentalmente accertata attraverso idonea indagine radiografica: raggi standard e/o RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e/o TAC (Tomografia Assiale Computerizzata). L'accertamento diagnostico strumentale deve essere, inoltre, corredato da un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di uno specialista ortopedico. **Non sono**

da considerare fratture le lesioni a strutture cartilaginee nonché le infrazioni.

Immobilizzo
Ogni mezzo di contenzione rigido costituito da gesso o altro apparecchio immobilizzante prescritto dal medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi, limitatamente al trattamento di fratture radiologicamente accertate.

Indennizzo
La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio
Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.

Infortunio biologico
Per infortunio di rilevanza biologica si intende qualsiasi contatto accidentale con strumenti contaminati da sangue e/o da altro materiale biologico di persone potenzialmente infette.

Invalidità permanente (per Infortunio)
La perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione svolta.

Istituto di cura
Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. IVASS (ex ISVAP). **Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza finalizzata alla riabilitazione in seguito ad un ricovero e/o intervento, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.**

IVASS (ex ISVAP)
L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore.
L'ente ha lo scopo di vigilare sull'operato delle imprese e dei soggetti, agenti e mediatori, che rientrano nel settore assicurativo privato italiano. Svolge la sua attività di controllo basandosi sulle direttive che il Governo ha disposto in materia di politica assicurativa e che sono riunite nel Codice delle Assicurazioni (DL 7 settembre 2005 n.209).
Istituito con la Legge n° 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del D.L. n° 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42 della Legge n° 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normativeè da intendersi effettuato all'IVASS".

Malattia
Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia improvvisa
Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento della decorrenza dell'Assicurazione e che comunque non sia una manifestazione, seppur

improvvisa, di una malattia preesistente nota all'Assicurato.

Non autosufficiente
La persona invalida che necessita di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'ASL di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (legge 104/92).

Organizzazione di volontariato
Organismo costituito al fine di svolgere attività di volontariato, come definita dall'Art.32 del Decreto Legislativo n.117/2017, che si avvale in modo determinante e prevalente delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti.

Parti
Il Contraente e la Società.

Perito
L'esperto incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio) per svolgere un accertamento tecnico (perizia).

Polizza
Il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio
La prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni
Nella Sezione Assistenza sono i servizi prestati dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

Prescrizione
L'estinzione di un diritto che avviene quando il suo titolare non lo esercita entro il periodo di tempo indicato dalla legge.

Reato
Comportamento cui il legislatore ricollega una sanzione penale, a causa dell'aggressione recata a un bene giuridico meritevole di tutela secondo l'ordinamento giuridico. I reati si distinguono in:

- Delitti (dolosi o colposi), per i quali è prevista la sanzione penale della reclusione e/o della multa,
- Contravvenzioni (reati di minore gravità rispetto ai delitti), per i quali è prevista la sanzione penale dell'arresto e/o dell'ammenda.

Registro/Libro degli Associati o Aderenti
Registro obbligatorio previsto dall'art.15, comma 1, lett.a) del Decreto legislativo 3.7.2017 n. 117, nel quale sono elencati gli Associati o Aderenti all'ETS contraente.

Registro dei Volontari
Registro obbligatorio di cui all'art.17 comma I del Decreto legislativo 3.7.2017 n. 117 (codice del Terzo Settore) nel quale devono essere iscritti i volontari che svolgono la loro attività in modo non occasionale.

Registro dei Volontari occasionali
Registro che contiene l'elenco dei volontari occasionali che, come tali, non rientrano nel "Registro dei Volontari", che l'E.T.S. contraente si impegna a redigere e mantenere aggiornato.

Registro Unico Nazionale del Terzo Settore
Registro pubblico di cui all'art.11 del Decreto legislativo 3.7.2017 n. 117, istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, nel quale sono iscritti gli Enti che, con l'iscrizione, ottengono la qualifica di "Ente del Terzo Settore". In attesa del decreto che lo istituisce, si applica la disciplina prevista dalla Legge 266/91 per le ODV e alla Legge 383/00 per le APS in tema di registri obbligatori.

Responsabilità contrattuale
La responsabilità della parte di un contratto che non adempie o adempie parzialmente alle obbligazioni assunte in favore dell'altra parte contrattuale.

Responsabilità extracontrattuale
La responsabilità in capo al soggetto che, commettendo un fatto illecito, provoca ad altri un danno ingiusto.

Reti Associative
Enti del Terzo settore, come definita dall'Art.41 del Decreto Legislativo n.117/2017 costituiti in forma di associazione che associano un numero non inferiore a 100 enti del Terzo settore, o, in alternativa, almeno 20 fondazioni del Terzo settore, le cui sedi legali o operative siano presenti in almeno cinque regioni o province autonome e che svolgono attività di coordinamento, tutela, rappresentanza, promozione o supporto degli enti del Terzo settore loro associati.

Richiesta di risarcimento per i danni patrimoniali
a) Qualsiasi procedimento giudiziale civile, penale o amministrativo intentato nei confronti dell'Assicurato al fine di ottenere il risarcimento di danni;
b) Qualsiasi circostanza di cui gli Assicurati vengano a conoscenza e che presumono possa dar seguito ad azioni definite al punto a).

Ricovero/degenza
La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.

Rischio
La possibilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto
La parte di danno indennizzabile, espressa in misura percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sforzo
L'evento straordinario e improvviso in cui, per vincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di un'energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'Assicurato.

Sinistro
Il verificarsi dell'evento per cui è prestata l'assicurazione.

Nella garanzia **Responsabilità Civile**, l'insieme di tutti i danni derivanti da una stessa causa e/o da cause tra loro connesse, anche se manifestatisi in tempi diversi viene considerato un unico sinistro (danno in serie) anche nel caso di una pluralità di danneggiati e anche in presenza di un'azione risarcitoria collettiva intentata nei confronti dell'Assicurato.

Nella garanzia **RC Patrimoniale**, il termine sinistro indica:

- il ricevimento da parte dell'Assicurato di una richiesta risarcitoria, di natura giudiziale, arbitrale o stragiudiziale, come conseguenza di un Comportamento Colposo posto in essere da o attribuibile all'Assicurato;
- il ricevimento da parte dell'Assicurato della notizia formale dell'avvio di qualunque procedimento o indagine regolamentare intrapresa da una competente Autorità Pubblica nei confronti dello stesso o dell'ente contraente

Nella garanzia **Assistenza**, il termine sinistro indica l'evento che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Società o Compagnia
BCC Assicurazioni S.p.A., Società del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02652360237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Milano 1782224, iscritta all'Albo Imprese tenuto da IVASS al n. 1.00124. Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia.

Società di Mutuo Soccorso
Enti del terzo settore, come disciplinate dalla legge 15 aprile 1886, n. 381 e successive modifiche che perseguono finalità di interesse generale, attraverso l'esclusivo svolgimento in favore dei soci e dei loro familiari conviventi di una o più delle seguenti attività:

a) erogazione di trattamenti e prestazioni socio-sanitari nei casi di infortunio, malattia ed invalidità al lavoro, nonchè in presenza di inabilità temporanea o permanente;
b) erogazione di sussidi in caso di spese sanitarie sostenute dai soci per la diagnosi e la cura delle malattie e degli infortuni;
c) erogazione di servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti;
d) erogazione di contributi economici e di servizi di assistenza ai soci che si trovino in condizione di gravissimo disagio economico a seguito dell'improvvisa perdita di fonti reddituali personali e familiari e in assenza di provvidenze pubbliche.

Spese di giustizia
Le spese definite dal D.P.R. n. 115/2002.

Spese di soccombenza
Le spese che il giudice con la sentenza che chiude il processo pone a carico della parte soccombente per rimborsare le spese processuali alla parte vittoriosa.

Struttura Organizzativa
La struttura di IMA Servizi Scarl costituita da medici, tecnici, operatori in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, e organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Ubriachezza
Si considera in stato di ubriachezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcoolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.

Vertenza
il conflitto di pretese tra assicurato e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

Volontario
Colui che, per sua libera scelta, svolge attività in favore della comunità e del bene comune, anche per il tramite di un ente del Terzo settore, mettendo a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per promuovere risposte ai bisogni delle persone e delle comunità beneficiarie della sua azione, in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro, neanche indiretti, ed esclusivamente per fini di solidarietà. La qualifica di Volontario spetta a chi risulta iscritto nell' "apposito registro" di cui al comma 1. dell'Art.17 del Decreto Legislativo n.117/2017 e/o nel "registro dei volontari occasionali".

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO: NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Pagamento del premio
Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite.

a) Il pagamento del premio può essere eseguito tramite:
b) assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;
c) ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
d) contante, presso l'agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

L'assicurazione resta sospesa:

a) **fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto,** se il Contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto;
b) **dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, se il Contraente non paga i premi successivi, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 C.C.

Art. 2 – Decorrenza della garanzia
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul contratto se il premio o la sua prima rata sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo.

La garanzia ha effetto:

1) per gli infortuni: **dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo**;
2) per le malattie:
    - **dal 30° giorno successivo** a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte **dopo** la sottoscrizione del contratto;
    - **dal 60° giorno successivo** a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte, **e non note**, prima della sottoscrizione del contratto.

Sono escluse in ogni caso le conseguenze di: infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici, quest'ultimi anche se non noti al momento della sottoscrizione del contratto, e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto.

Se il contratto viene emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza con gli stessi Assicurati, i termini sopraindicati decorrono:

- **dalla data di decorrenza della polizza sostituita**, per le prestazioni e i massimali previsti da quest'ultima;
- **dalla data di decorrenza del presente contratto**, limitatamente alle diverse prestazioni e ai massimali previsti da quest'ultima.

La norma vale anche per le variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 3 – Proroga del contratto
Il contratto ha la durata indicata sulla scheda di polizza.

CON TACITO RINNOVO
Su richiesta del Contraente, il contratto può essere rinnovato con clausola di tacito accordo, in tal caso verrà indicato "SI" alla voce "tacito rinnovo" contenuta nella polizza.
Nel caso in cui nessuna delle Parti intenda sciogliere il contratto, comunicandolo all'altra parte con raccomandata A.R. inviata almeno sessanta giorni prima della scadenza, il contratto si intende tacitamente prorogato per un anno.

La Società può modificare le condizioni di premio al momento del rinnovo del contratto.

Le informazioni riguardo il nuovo ammontare del premio vengono fornite dall'Agenzia alla quale è assegnato il contratto almeno trenta giorni prima della sua scadenza.
Se il Contraente, dopo aver preso visione delle nuove condizioni, le accetta entro la scadenza annuale, il contratto si rinnova. In caso contrario, il contratto è considerato disdettato e risolto alla sua scadenza.

Il pagamento del premio, da effettuare entro quindici giorni dalla scadenza annuale del contratto, costituisce dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni di premio.
Nel caso in cui il pagamento sia eseguito dopo quindici giorni dalla scadenza contrattuale, la garanzia resterà sospesa dalle ore 24 del 15° giorno fino alle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

SENZA TACITO RINNOVO
Il contratto si considera estinto alla sua naturale scadenza, senza obbligo di disdetta, se nella polizza alla voce "Tacito Rinnovo" viene riportato il testo "NO".

Art. 4 – Recesso in caso di sinistro
Poiché il Contraente non è considerato consumatore ai sensi dell'Art. 3 del D.Lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del consumo), dopo ogni denuncia di sinistro la Società può recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.
Il recesso è comunicato al Contraente con lettera raccomandata A.R. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

La Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 5 – Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 6 – Foro competente
Foro competente è quello del luogo in cui il Contraente ha la sede oppure la residenza o il domicilio elettivo.

Art. 7 – Modifiche delle informazioni contenute nel Set Informativo
Gli aggiornamenti riguardo le informazioni contenute nel Set Informativo, esclusi quelli derivanti da innovazioni normative, sono pubblicati sul sito internet www.bccassicurazioni.com. La nuova pubblicazione dovrà essere comunicata dalla Società al Contraente e/o Assicurato.

Art. 8 – Dichiarazioni rese in buona fede
CHI NON PERDE IL DIRITTO DI INDENNIZZO
Si conviene che le dichiarazioni inesatte o incomplete rese dal Contraente all'atto della stipulazione della polizza, così come la mancata comunicazione di mutamenti aggravanti il rischio, non comporteranno decadenza del diritto di indennizzo o risarcimento, né riduzione dello stesso, a patto che:

a) tali inesattezze od omissioni non investano le caratteristiche essenziali e durevoli del rischio;
b) l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave.

La Società ha comunque il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio, a decorrere dal momento in cui la circostanza (il mutamento/aggravamento) si è verificata.

Art. 9 – Esonero denuncia di altre assicurazioni da parte dei singoli assicurati
L'eventuale coesistenza di altre polizze stipulate personalmente dai singoli assicurati con altre Compagnie per la copertura degli stessi rischi, anche nel caso in cui gli interessati non ne abbiano dato notizia alla Società, non pregiudica la garanzia prestata con la presente polizza e, pertanto, il pagamento della relativa indennità verrà effettuato in ogni caso nella misura dovuta.

Art. 10 – Identificazione dei volontari e/o associati assicurati
Il Contraente, al fine di consentire alla Compagnia di ottemperare alle disposizioni del Regolamento ISVAP n. 27 del 14 ottobre 2008 ed eventuali successive modifiche, **si impegna a fornire in sede di emissione del Contratto i seguenti dati per ciascun assicurato:**

- nome;
- cognome;
- codice fiscale.

Si conviene che le variazioni del numero e delle generalità delle persone assicurate, verificatesi nel corso del periodo di validità della polizza devono essere comunicate per iscritto ed a mezzo raccomandata a.r. all'Agenzia cui è assegnato il contratto. Le variazioni avranno efficacia a decorrere dalla data del ricevimento della raccomandata da parte della Società, sempreché gli eventuali nuovi soggetti a cui è estesa la copertura assicurativa siano assicurabili a norma di polizza.

A fronte della ricezione della comunicazione della variazione sopra indicata l'Agenzia emetterà formale appendice, fermo l'obbligo del Contraente di corrispondere l'eventuale maggior premio entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione della variazione con l'applicazione, in difetto, dell'art. 1901 del Codice Civile.

In caso di incongruenza fra i dati degli iscritti nel registro di cui agli articoli:
- 17, comma I del **Decreto legislativo n. 117/2017**, relativamente ai volontari;
- 15 comma I lettera a) del **Decreto legislativo n. 117/2017**, relativamente agli associati;

e i dati, o il numero, degli assicurati identificati in polizza sarà considerato quanto dichiarato in fase di emissione del contratto, e successive variazioni sul numero e generalità degli assicurati facenti parte integrate del contratto.

Qualora, il contraente ritenga di non potere fornire al momento della stipula del contratto, i dati anagrafici (nome, cognome e codice fiscale) degli aventi diritto alla copertura assicurativa, all'atto del sinistro, lo stesso si impegna a **fornire la dichiarazione comprovante la presenza dell'Assicurato e la sua inclusione negli appositi registri tenuti dall'ente contraente stesso**, esonerando la Compagnia da ogni responsabilità nella mancata raccolta delle teste ai fini del Regolamento ISVAP n. 27 del 14 ottobre 2008 ed eventuali successive modifiche

In tal caso, ai fini dell'identificazione
- dei volontari si farà riferimento all'apposito registro di cui all'art.17 comma I del Decreto legislativo 3.7.2017 n. 117, e, o
- degli associati si farà riferimento all'apposito "registro/libro degli associati o aderenti" di cui all'art.15 comma I del Decreto legislativo 3.7.2017 n. 117

si precisa che **è condizione essenziale, ai fini della validità della garanzia, che il Contraente tenga quotidianamente aggiornato tali registri**.
La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

In entrambe le modalità di identificazione degli assicurati, se nel corso del periodo assicurativo annuo viene superato il numero di volontari e/o di associati rispetto alla fascia di riferimento,

dichiarato nella Scheda Tecnica di polizza, la Società rinuncerà ad applicare il disposto dell'ultimo comma dell'art. 1898 Codice Civile sempreché il numero dei volontari e/o degli associati non superi al massimo le cinque unità rispetto:

- al numero riportato nella scheda tecnica di polizza, per quanto riguarda i volontari;
- alla fascia riportata nella scheda tecnica di polizza, per quanto riguarda gli associati.

Qualora il numero dei volontari in eccedenza superi le cinque unità, oppure l'eccedenza di associati, rispetto alla fascia di riferimento, superi le cinque unità, l'Ente del Terzo Settore dovrà comunicare alla Società (a mezzo lettera raccomandata a.r. o fax o e-mail, entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno lavorativo successivo all'avvenuta variazione) il numero complessivo dei volontari e/o degli associati in eccedenza, integrando il premio per tutti i volontari e/o associati in eccedenza rispetto al numero riportato nella scheda tecnica di polizza, entro quindici giorni dall'avvenuta variazione, pena l'applicazione del disposto dell'ultimo comma dell'art. 1898 Codice Civile.

Art. 11 – Identificazione dei volontari occasionali assicurati

Ai fini dell'identificazione dei volontari occasionali si farà riferimento al registro dei volontari occasionali che l'Ente del Terzo Settore contraente si impegna a redigere e mantenere aggiornato ai fini della copertura assicurativa.

Se nel corso del periodo assicurativo annuo viene superata la fascia di volontari occasionali dichiarata nella Scheda Tecnica di polizza, **l'Ente del Terzo Settore dovrà comunicare alla Società (a mezzo lettera raccomandata a.r. o fax o e-mail entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno lavorativo successivo all'avvenuta variazione) il numero complessivo e adeguare la polizza alla fascia di volontari occasionali corretta entro quindici giorni dall'avvenuta variazione, pena l'applicazione del disposto dell'ultimo comma dell'art. 1898 Codice Civile.**

Si precisa che **è condizione essenziale, ai fini della validità della garanzia, che l'Ente del Terzo Settore tenga quotidianamente aggiornato tale registro**.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

SEZIONE SALUTE

CAPITOLO 1 – COSA E' ASSICURATO

Art. 12 – Oggetto della garanzia Salute

L'assicurazione è prestata per le conseguenze dirette ed esclusive degli infortuni che dovessero subire gli assicurati durante lo svolgimento delle attività assicurate e per le malattie, che dovessero contrarre in conseguenza dell'attività svolta a favore dell'E.T.S. contraente.
Sono altresì compresi gli infortuni che gli assicurati dovessero subire durante la permanenza nei locali della sede dell'E.T.S. o avvenuti durante i lavori attinenti la conduzione e/o la manutenzione della stessa e i rischi in itinere intendendosi come tali gli infortuni che gli assicurati possono subire durante il normale percorso di andata e ritorno dalla propria abitazione alla sede dell'E.T.S. contraente e/o presso il luogo dove svolgono la propria attività e viceversa, nel tempo strettamente necessario al raggiungimento delle predetti sedi, con esclusione dei trasporti organizzati e gestiti da altri enti.
L'assicurazione è inoltre prestata durante la partecipazione a tutte le attività e manifestazioni previste dallo statuto dell'E.T.S. contraente.

Le garanzie prestate possono essere:

INFORTUNI

- morte per infortunio;
- invalidità permanente per infortunio;
- diaria da ricovero per infortunio;
- diaria da immobilizzazione;
- rimborso spese di cura per infortunio.

MALATTIA

- diaria da ricovero per malattia

Art. 13 – Portata della copertura in base all'età dell'assicurato

Per quanto riguarda la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio, relativamente alle persone di età superiore a 80 anni, opererà una franchigia assoluta del 5%.

Per gli assicurati che superano gli 85 anni d'età, le somme assicurate di tutte le garanzie si intendono ridotte di un terzo.

Art. 14 – Criteri generali di indennizzabilità

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato dagli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili riconosciuti come conseguenza dell'infortunio e indipendenti da patologie preesistenti.
Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.
Per gli Assicurati con disabilità si farà comunque riferimento a quanto indicato all' art.16 "Persone con disabilità".

Art. 15 – Rischi compresi

Sono compresi i rischi causati da:

- **a)** asfissia di origine non morbosa;
- **b)** avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- **c)** annegamento;
- **d)** assideramento o congelamento;
- **e)** colpi di sole o di calore;

f) patologie conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, **esclusa la malaria**;
g) infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'Art. 1900 C.C.);
h) infortuni causati da tumulti popolari **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva** (in deroga all'Art. 1912 C.C.);
i) infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, **non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene**;
j) lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie;
k) conseguenze di movimenti tellurici, limitatamente alle sole garanzie Morte e Invalidità Permanente.

Massimo	75.000 euro per ognuna delle due garanzie e per ogni Assicurato
Franchigia assoluta sulla garanzia invalidità permanente	24% se inferiore a quella scelta in polizza come indicata in polizza negli altri casi

ERNIE ADDOMINALI DA SFORZO
Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di invalidità permanente.

Ernia addominale non operabile	Indennità non superiore al 10% della somma assicurata con la garanzia "Invalidità permanente per infortunio" (IPI)

CONTAGIO HIV – INFORTUNIO BIOLOGICO E MALATTIE INFETTIVE
Relativamente ai volontari che svolgono l'attività di soccorso, prelievo, trasporto e consegna di persone, con ambulanze o mezzi allo scopo dedicati (comprese le attività di formazione ed aggiornamento professionale, di esercitazione pratica e le attività di dimostrazione al pubblico svolte presso scuole o eventi allo scopo organizzati), descritta all'Art. 88 "Condizioni speciali valide per singole attività", condizione speciale CS1) 118 soccorso e trasporto in ambulanza, a parziale deroga di quanto espresso all'Art. 35 "Cessazione della garanzia", l'assicurazione è estesa:

Agli effetti di contagio da HIV conclamato e clinicamente accertato, contratto durante la validità dell'assicurazione.
In caso di contagio da virus H.I.V. contratto in occasione di prestazione di primo soccorso la Società corrisponde un indennizzo con il seguente limite:

Limite	100.000 euro per sinistro e anno assicurativo

L'indennizzo non verrà riconosciuto per le persone affette da emofilia e tossicodipendenza nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro.
Resta comunque valido il fatto che, con la liquidazione dell'indennizzo, cessa la copertura assicurativa oggetto del presente contratto.
L'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato da H.I.V. deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, darne avviso a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento alla Società o all'Agenzia.
È fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare per raccomandata con avviso di ricevimento alla Società una relazione dettagliata dell'evento dannoso.
Entro 6 giorni dall'evento denunciato l'Assicurato deve sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V. presso un centro specializzato.
Nel caso l'Assicurato risulti sieropositivo non verrà corrisposto l'indennizzo previsto e l'assicurazione si intende automaticamente cessata nei suoi confronti. Qualora invece

i risultati di detti esami risultassero negativi, l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso Centro specializzato ad un successivo test immunologico entro i 180 giorni successivi.
Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima: l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'istituto di analisi prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.
La Società in caso di sieropositività accertata in occasione del secondo test immunologico, liquiderà l'indennizzo previsto. Con la liquidazione dell'indennizzo cessa la copertura assicurativa del presente contratto.

La Società garantisce gli eventi da cui l'assicurato abbia subito un infortunio biologico e malattia infettiva e diffusiva da contagio occorso durante l'attività di volontariato svolta per conto dell'ETS contraente.
Per infortunio biologico e malattie infettive e diffusive da contagio si intendono esclusivamente quelle dovute a:

- Difterite;
- Rabbia;
- Tetano;
- Epatite Virale B;
- Epatite Virale C;
- Epatite Virale non specificata;
- Meningite ed Encefalite acuta virale;
- Meningite Meningococcica;
- Salmonellosi non tifoidee;
- Sifilide;
- Tubercolosi;
- Virus Ebola, se contratto sul territorio italiano.

Nei casi sopra indicati la garanzia opera con i seguenti limiti:

Limite	50.000 euro per sinistro e anno assicurativo Limite non cumulabile con il massimo esborso previsto per il contagio da HIV

Art. 16 – Persone con disabilità
Le garanzie sono estese ai Volontari con disabilità e precisamente:

- **ai soggetti con invalidità sensoriale, intellettiva o relazionale**
- **ai soggetti con invalidità motoria.**

A parziale modifica delle norme che regolano l'assicurazione, si intende abrogato la lettera a) dell'Art. 26 "Criteri particolari di indennizzabilità".
La Società pertanto corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali da riconoscere in base al contratto, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.
Qualora l'evento indennizzabile a termini di polizza comporti il ricovero in un Istituto di Cura e/o l'utilizzo delle prestazioni previste nella garanzia "rimborso spese mediche", anche se l'assicurato è portatore di disabilità con invalidità preesistente del 100%, verrà riconosciuto l'indennizzo senza alcuna esclusione o limitazione. Lo stesso principio verrà applicato anche per il caso morte.
Per quanto concerne l'Invalidità Permanente da Infortunio, la Società corrisponde l'indennizzo nelle seguenti modalità:

- **Per le persone con disabilità che mantengono una funzionalità parziale degli arti e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo tenendo presente**

che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste contrattualmente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

- **Per tutti gli altri organi non menomati, le percentuali verranno applicate nella loro interezza.**

Ai fini della validità della garanzia invalidità permanente da infortunio, deve essere presentato in occasione di sinistro la certificazione medica legale rilasciata dalla Commissione Sanitaria di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (L. 104/92) redatta dalle strutture sanitarie (ASL o ULSS) con allegata tabella attestante tutte le invalidità preesistenti.
Resta inteso che tutti gli indennizzi verranno decurtati della franchigia prevista in polizza.

Art. 17 – Rischio volo
L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato, come passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi gestiti da Società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è pubblicato su "Flight Guide Worldwide" - OAG), **a condizione che non siano gestitida Società e/o aziende di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da trasporto pubblicodi passeggeri e/o da aeroclub**.

L'assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo fino al momento in cui ne scende. Sono considerati infortuni anche quelli occorsi per imprudenza o negligenza grave dell'Assicurato in qualità di passeggero.

Art. 18 – Rischio guerra
A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1912 del Codice Civile, la garanzia è estesa agli infortuni:

- **connessi ad atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità**
- **se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.**

Art. 19 – Morte per infortunio
In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio la Società corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari o, se non sono specificamente indicati, agli eredi in parti uguali.

Art. 20 – Morte presunta
Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, **la Società liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla pronuncia della sentenza di dichiarazione di morte presunta, come previsto dagli Artt. 60 e 62 C.C.**

Se dopo il pagamento dell'indennizzo risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

Art. 21 – Cumulo dell'indennità
L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio.

Se però dopo il pagamento dell'indennizzo per Invalidità permanente, e in conseguenza dell'infortunio, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo già pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Art. 22 – Commorienza del coniuge
Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'Assicurato e quello del coniuge o convivente more uxorio, il capitale verrà corrisposto a favore di uno o più figli minori che risultino fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge (o del convivente more uxorio) deceduti;

Indennizzo	Capitale con maggiorazione del 50%
Limite massimo maggiorazione	400.000 euro

Nel caso in cui la stessa maggiorazione sia prevista da un contratto infortuni della Società in cui risulti Assicurato anche il coniuge (o il convivente more uxorio), il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti non potrà comunque superare l'importo di **400.000 euro.**

Art. 23 – Invalidità Permanente da Infortunio
La Società corrisponde un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale.

Art. 24 – Tabella di accertamento dell'invalidità permanente - INAIL

COME SI CALCOLA L'INDENNIZZO: TABELLA INAIL
L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente, **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, con questi criteri:

a) **se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale**, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
b) **se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale**, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento alla "Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente - Tabella INAIL" di seguito riportata, convenzionalmente chiamata Tabella INAIL.

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE - TABELLA INAIL
(Allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 escluse successive modifiche ed integrazioni)

Perdita totale anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	

Altre menomazioni della facoltà visiva:			
Visus perduto	**Visus residuo**	**Percentuale per occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)**	**Percentuale per occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)**
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%

7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0/10	35%	65%

TABELLA INAIL: NOTE

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva come risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%.
5. In caso di afachia monolaterale:

visus corretto	valutazione	visus corretto	valutazione
10/10, 9/10, 8/10	15%;	5/10	24%;
7/10	18%;	4/10	28%;
6/10	21%;	inferiore a 3/10	35%;

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e quindi tollerata, si applica la percentuale riportata nella tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo (cioè la capacità del cristallino di modificareil potere di rifrazione nella visione da vicino e da lontano).

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
con possibilità di applicazione di protesi efficace	11 %	
senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Perdita di un testicolo	0%	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	

Perdita della falange ungueale del mignolo	5%		
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%	
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%		
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%		
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%		
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:			
a. in semipronazione:	30%	25%	
b. in pronazione	35%	30%	
c. in supinazione	45%	40%	
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a. in semipronazione	40%	35%	
b. in pronazione	45%	40%	
c. in supinazione	55%	50%	
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%	
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%	
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a. in semipronazione	22%		1
b. in pronazione	25%		2
c. in supinazione	35%		3
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%		
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%		
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%		
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%		
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%		
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%		
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%		
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%		
Perdita totale del solo alluce	7%		
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto é valutato il	3%		
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%		
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%		
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%		

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa.

ROTTURE SOTTOCUTANEE

L'assicurazione infortuni comprende inoltre gli esiti conseguenti di traumi diretti di rottura sottocutanea, di seguito indicati:

- tendine di Achille;
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;
- cuffia dei rotatori.

Indennità corrisposta se acquistata la garanzia “Invalidità permanente da infortunio”	5% forfettario della somma assicurata senza applicazione della franchigia prevista in polizza. Importo massimo: 15.000 euro per sinistro e per anno assicurativo

Per queste lesioni non verranno corrisposti altri indennizzi per le altre garanzie eventualmente previste in polizza, con esclusione della garanzia "Assistenza".
Nel corso del contratto, considerando anche eventuali contratti sostituiti, non potrà essere indennizzato,
per ogni arto, più di un sinistro relativo a ciascuna delle lesioni sopra indicate.

Art. 25 – Criteri specifici di indennizzabilità
In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 26 – Criteri particolari di indennizzabilità
COME SI CALCOLA L'INDENNIZZO: CASI NON PREVISTI DALLA TABELLA INAIL (All. 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 escluse successive modifiche ed integrazioni)

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista nella tabella scelta, si fa riferimento a questi criteri:

a) **se la lesione comporta una minorazione**, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
b) **se l'infortunio determina menomazioni** di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
c) **nei casi di invalidità permanente non specificati** nella tabella e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
d) **per la valutazione delle menomazioni visive e uditive**, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

Art. 27 – Franchigia sull'invalidità permanente
Le prestazioni previste per l'invalidità permanente per infortunio, indicate nella tabella e nei criteri sopra riportati, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:
- **non si fa luogo a indennizzo quando l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale;**
- **se l'invalidità permanente definitiva supera il 3% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.**

Limitatamente agli assicurati con età superiore agli 80 anni e fermo quanto espresso all'Art. 13 "Portata della copertura in base all'età dell'assicurato", le prestazioni per invalidità permanente per infortunio, indicate nella tabella e nei criteri sopra riportati, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:
- **non si fa luogo a indennizzo quando l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale;**
- **se l'invalidità permanente definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.**

Per gli assicurati che superano gli 85 anni d'età, le somme assicurate di tutte le garanzie si intendono ridotte di un terzo (v. art 13 "Portata della copertura in base all'età dell'Assicurato").

In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 50% della totale, non si applicano le suddette franchigie e l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 28 – Massimo indennizzo per lesioni plurime

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità:

- pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione,
- fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 29 – Cumulo dell'indennità

Se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e **in conseguenza** della stessa l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, nel caso questa sia superiore, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

Art. 30 – Decesso indipendente da infortunio

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni **subite prima** che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, la Società corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima del decesso.

Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/ aventi causa possono dimostrare il diritto all'indennizzo consegnando la documentazione idonea.

Art. 31 – Pronta liquidazione

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato potrà richiedere un sistema rapido di indennizzo in luogo dell'accertamento del postumo indennizzabile secondo i normali criteri di liquidazione previsti dalla polizza (Art.23 Invalidità Permanente da infortunio - Art. 24 Tabella di accertamento dell'invalidità Permanente – INAIL).

La **"Pronta Liquidazione"**, consiste nella determinazione dell'indennizzo, per i casi e nella misura indicata nella tabella di seguito riportata, senza attendere l'intervenuta stabilizzazione dei postumi e l'accertamento medico legale.

La franchigia applicata sull'invalidità permanente da infortunio non verrà applicata.

A deroga delle norme sulla DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO, l'Assicurato ha il diritto di chiedere la Pronta Liquidazione tramite richiesta scritta raccomandata o fax, purché esercitata entro 30 giorni dall'infortunio e corredata da:

- presentazione di un referto medico di pronto soccorso ospedaliero in originale;
- l'accertamento diagnostico strumentale in originale ed eseguito in struttura pubblica, corredato della documentazione in originale rilasciata dalla stessa struttura pubblica che certifichi la lesione subita.

Se viene scelto il sistema ordinario di liquidazione, l'Assicurato non potrà, per lo stesso sinistro, richiedere successivamente la pronta liquidazione.

TABELLA "PRONTA LIQUIDAZIONE"

Esempio di calcolo pronta liquidazione: la somma assicurata viene divisa per mille e moltiplicata per gli importi indicati nella seconda colonna della tabella in seguito allegata.

Ad esempio per frattura delle ossa nasali senza stenosi per una somma assicurata di 100.000 euro, verrà corrisposto con la pronta liquidazione l'importo di 450 euro (100.000 / 1.000 * 4,50).

LESIONE	INDENNIZZO PER OGNI 1.000 euro DI SOMMA ASSICURATA (importi in euro)	ESEMPI DI INDENNIZZI PER ALCUNE SOMME ASSICURATE (importi in euro)	
		Somma assicurata 100.000 euro	Somma assicurata 150.000 euro
CAPO			
Frattura delle ossa nasali senza stenosi	4,50	450	675
ARTO SUPERIORE			
Frattura:			
diafisaria di omero	18	1.800	2.700
diafisaria di radio e ulna			
diafisaria di biossea di avambraccio			
Frattura a legno verde	4,50	450	675
MANO			
Perdita anatomica:			
del medio	41	4.100	6.150
dell'anulare	40	4.000	6.000
del mignolo	75	7.500	11.250
falange ungueale dell'indice	17	1.700	2.550
falange ungueale del medio	4,50	450	675
falange ungueale dell'anulare	4,50	450	675
falange ungueale del mignolo	9	900	1.350
ultime due falangi dell'indice	55	5.500	8.250
ultime due falangi del medio	17	1.700	2.550
ultime due falangi dell'anulare	18	1.800	2.700
ultime due falangi del mignolo	40	4.000	6.000
Frattura:			
del primo osso metacarpale	4,50	450	675
di ogni altro metacarpo	4,50	450	675
di una falange del pollice	9	900	1.350
di una falange di ogni altro dito	4,50	450	675
ARTO INFERIORE			
Frattura:			
branca ileo-pubica o ischio pubica di bacino	4,50	450	675
diafisaria isolata di tibia	9	900	1.350
diafisaria isolata di perone	4,50	450	675
diafisaria biossea di gamba	18	1.800	2.700
frattura a legno verde	4,50	450	675
PIEDE			
Perdita anatomica:			
dell'alluce del piede	17	1.700	2.550
di ogni altro dito del piede	4,50	450	675
Frattura:			
del I o del V metatarso	4,50	4,50	675
del II o III o del IV metatarso			
di una falange del primo dito			

di una falange di ogni altro dito			
TORACE			
Frattura:			
della scapola	4,50	4,50	675
della clavicola			
dello sterno			
di una sola costola			

Art. 32 – Diaria da ricovero per infortunio
In caso di ricovero di almeno tre giorni consecutivi dell'Assicurato per infortunio, la Società corrisponde un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (il giorno di ingresso e di dimissione vengono conteggiati come un unico giorno). Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.
La durata massima dei giorni indennizzabili è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.
La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro quarantacinque giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

DAY HOSPITAL
In caso di day hospital **per un periodo non inferiore a tre giorni**, la garanzia è operante per una **indennità pari al 50%** dell'indennità prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il Day hospital sia avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

Indennizzo per ricovero	50% dell'indennizzo previsto in polizza

Art. 33 – Diaria da ricovero per malattia
In caso di ricovero di almeno tre giorni consecutivi dell'Assicurato per malattia, la Società corrisponde un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (il giorno di ingresso e di dimissione vengono conteggiati come un unico giorno). Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.
La durata massima dei giorni indennizzabili è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.
Per assicurati di età superiore ai 60 anni, la durata massima del ricovero è di 45 giorni per evento e 90 giorni per anno assicurativo.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro quarantacinque giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

DAY HOSPITAL

In caso di day hospital per **un periodo non inferiore a tre giorni**, la garanzia è operante per **una indennità pari al 50%** dell'indennità prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il Day hospital sia avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

Indennizzo per ricovero	50% dell'indennizzo previsto in polizza

Art. 34 – Diaria da immobilizzo
In caso di evento traumatico che abbia provocato fratture ossee, lesioni capsulari, rotture legamentose e distorsioni (quest'ultime solo se accertate da ente ospedaliero riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale o tramite Pronto Soccorso), se l'infortunio comporta l'immobilizzazione, di una o più articolazioni, a titolo curativo, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera indicata nella scheda di polizza fino alla rimozione del presidio e, comunque, per un periodo massimo di cinquanta giorni per evento e per anno assicurativo.
Per le seguenti fratture, purché radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, resta inteso che verrà corrisposto un indennizzo forfettario considerando:
- quaranta giorni per la frattura del bacino;
- quaranta giorni per la frattura del femore;
- quaranta giorni per la frattura della colonna vertebrale;
- quindici giorni per la frattura completa della costola;
- cinque giorni per la frattura nasali;
- trentacinque giorni per applicazione di mezzi di osteosintesi interni o esterni (ad esempio fissatore esterno assiale, placche, viti).

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

Non sono considerati mezzi di immobilizzazione i collari a strappo, come i collari di Shantz, di Camp e similari.
Per i mezzi di contenzione immobilizzanti inamovibili, l'Assicurato è tenuto a presentare alla Società il certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che ha provveduto all'applicazione del presidio (indicante anche i giorni di effettiva immobilizzazione).
Qualora l'immobilizzo non derivi da una frattura ossea e preveda l'applicazione di un mezzo di contenzione immobilizzante, l'indennizzo avverrà per un periodo massimo di trenta giorni e la somma assicurata indicata in polizza verrà ridotta del 50%.

LIMITAZIONI
I mezzi di contenzione immobilizzanti potranno essere anche amovibili, purché applicati (in assenza di ricovero) da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero o da ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N.: la garanzia, in tal caso verrà prestata con un massimo di venti giorni per sinistro.
La garanzia sarà operante solo per i seguenti tutori amovibili con le limitazioni e condizioni indicate, anche se non applicati, purché prescritti da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero o ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N.

Ginocchiera Donjoy
Limitatamente ad un periodo massimo di quindici giorni documentato da idonea certificazione medica, solo se viene diagnosticata radiologicamente una frattura o una rottura completa di legamento del ginocchio.

Stecca di Zimmer
Limitatamente ad un periodo massimo di quindici giorni documentato da idonea certificazione medica, solo se viene diagnosticata radiologicamente una frattura.

La garanzia è altresì operante in relazione ai seguenti apparecchi solo se applicati in seguito a frattura radiologicamente accertata, per un periodo massimo di quindici giorni e previa idonea certificazione medica rilasciata da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero, ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N.:
- bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
- apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili;

- bendaggi elastici adesivi (Tensoplast, etc.).

Infine, in qualsiasi caso sia prescritto che la rimozione del presidio debba essere effettuata da personale medico specializzato, l'Assicurato è tenuto a presentare il certificato di rimozione dello stesso.

Art. 35 – Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere a seguito di infortunio

In caso di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma assicurata indicata nella scheda tecnica di polizza e per la parte di spese che non risultino a carico del Servizio Sanitario Nazionale, le seguenti spese effettivamente sostenute nei 360 giorni dalla data in cui è accaduto il sinistro, di seguito elencate:

A) se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale;

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) **effettuati nei quarantacinque giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei novanta giorni successivi alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale.**
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, **la Società corrisponde una diaria sostitutiva.**

Diaria sostitutiva	50 euro al giorno
Massimo	30 giorni per anno assicurativo

Limiti per trattamenti fisioterapici, rieducativi e cure termali:

Rimborso massimo	30% della somma assicurata
Limite massimo	3.500 euro per evento e per anno assicuativo

B) se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale;

- gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi (con esclusione della massoterapia) **effettuati nei giorni successivi all'infortunio**.

Scoperto massimo	10% della spesa documentata
Limite minimo	50 euro per ognisinistro relativo ad ogni assicurato (previa presentazione del certificato del presidio ospedaliero di Pronto Soccorso che accerta l'infortunio).
Rimborso massimo	50% della somma assicurata

Limiti per trattamenti fisioterapici e rieducativi:

Rimborso massimo	30% della somma assicurata
Limite massimo	2.500 euro per evento e per anno assicuativo

Per le seguenti prestazioni la garanzia rimborso spese di cura è operante fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata:

- **laserterapia;**
- **magnetoterapia;**
- **T.A.C.;**
- **risonanza magnetica;**
- **artroscopia.**

Il rimborso verrà effettuato solo previa presentazione di prescrizione medico specialistica.

Rimborso massimo	30% della somma assicurata (previa presentazione di prescrizione medico specialistica)

MODALITA' DI RIMBORSO

1) La Società provvederà al rimborso una volta accertata la guarigione clinica sulla base della documentazione presentata (fattura o ricevuta del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).
2) La domanda di rimborso deve essere presentata entro trenta giorni dal termine della cura medico/degenza.
3) Sono sempre escluse dal rimborso tutte le spese per visite medico legali non richieste dalla Società per definire la liquidazione del sinistro.

I documenti originali saranno riconsegnati con l'**apposizione della data di liquidazione e del suo importo.**
Se l'assicurato ha consegnato a terzi documenti come notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società rimborserà quanto dovuto, secondo il presente contratto, **dietro dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.**

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in euro, applicando il tasso ufficiale di cambio B.C.E. rilevato nel giorno dell'ultimo pagamento sostenuto.

CAPITOLO 2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITA'

Art. 36 – Cessazione della garanzia
La sopravvenienza in corso di contratto di una delle seguenti affezioni: intossicazione cronico alcolica, tossicodipendenza, A.I.D.S., immunodeficienza acquisita (HIV), Parkinson e Alzheimer determina la immediata ed automatica cessazione dell'operatività delle prestazioni oggetto delle garanzie infortuni e malattie per l'assicurato interessato.

L'operatività delle garanzie rimane inalterata per gli altri soggetti così come il premio pattuito.

Art. 37 – Estensione territoriale
L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 38 – Limite massimo di esborso per evento che colpisca più persone
Nel caso di infortunio che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a 5.000.000,00 euro.
Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto eccedessero complessivamente tale importo, le stesse verranno ridotte proporzionalmente.

Art. 39 – Esonero dall'obbligo di denuncia di mutilazioni o difetti preesistenti
L'Organizzazione di Volontariato o Associazione di promozione sociale è esonerata dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti da cui i volontari assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

CAPITOLO 3 – COSA NON E' ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

Art. 40 – Esclusioni e limitazioni

ESCLUSIONI
Principali rischi esclusi:

- **a) Infortuni – causati da:**
  - **Guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;**
- **b) Malattie:**
  - **Prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;**
  - **Ricoveri per la cura della parodontite e le cure dentarie in genere.**

LIMITAZIONI
L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

a) **guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta ma a condizione che l'assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo.;**
b) **guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole e operatrici, di natanti a motore per uso non privato.**

L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività dell'ETS dichiarata nel contratto;

c) **operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;**
d) **azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;**
e) **guida di mezzi di locomozione acquatici, aerei o subacquei adibiti ad uso professionale.**

Per quanto riguarda le MALATTIE, l'assicurazione non comprende:

f) **i ricoveri conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, stati patologici e difetti fisici (quest'ultimi anche non noti al momento della sottoscrizione del contratto) che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;**
h) **day hospital con finalità diagnostiche;**
k) **le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;**
l) **i ricoveri per la cura della parodontite e le cure dentarie in genere.**

Per quanto riguarda le garanzie INFORTUNI e MALATTIE, l'assicurazione non comprende:

m) **gli infortuni causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene;**
n) **gli infortuni causati da azioni o comportamenti direttamente correlati a: epilessia e le sindromi epilettoidi, le sindromi psico-organiche e/o bipolari, la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoici, A.I.D.S., immunodeficienza acquisita (HIV);**
o) **gli infortuni subiti in stato di intossicazione cronico alcolica, tossicodipendenza;**
p) **i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;**
q) **le conseguenze di guerre, alluvioni, esondazioni, inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche e altri fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale, salvo quanto normato all'Art. 15 "Rischi compresi";**
r) **le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.**
s) **gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche;**
t) **gli infortuni derivanti da attività sportiva (gare e allenamenti) amatoriale, agonistica o professionale;**
u) **infortuni causati da manovre ed esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.**

SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

CAPITOLO 1 – COSA E' ASSICURATO

Art. 41 – Oggetto della garanzia responsabilità civile verso terzi

La Società, sino alla concorrenza dei massimali indicati in polizza, si obbliga a tenere indenni gli assicurati di quanto questi siano tenuti a pagare, quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a Terzi per:

- morte e lesioni personali;
- distruzione o deterioramento di cose.

in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione allo svolgimento delle attività previste dallo Statuto dell'Ente del Terzo Settore che agisce ai sensi del Decreto Legislativo n.117/2017.

L'assicurazione R.C.T. vale anche per:

a) la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere;
b) le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

Art. 42 – Qualifica di terzi

a) I singoli volontari e associati sono considerati terzi:
   - tra loro per il caso di morte o lesioni personali;
   - rispetto all'ETS di appartenenza;

b) l'Ente del Terzo Settore di appartenenza assicurato non è considerato terzo rispetto ai singoli volontari e associati;

c) salvo quanto espressamente previsto, non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione R.C.T.:
   - **il coniuge, i genitori, i figli nonché qualsiasi altro parente od affine convivente dei soggetti di cui alle lettere a) e b);**
   - **le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Ente del Terzo Settore di appartenenza assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio;**
   - **tutti coloro che (volontari e associati esclusi), indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'assicurazione.**

Art. 43 – Rischi assicurati

1) Responsabilità civile personale di volontari, associati, dipendenti, prestatori di lavoro in regime di somministrazione lavoro (D.Lgs. n.276 del 10/09/2003 e successive modifiche e/o integrazioni), lavoratori atipici e parasubordinati (Legge 08/08/1995 n.335 e successive modifiche e/o integrazioni).

La Società si obbliga a tenere indenni, per danni involontariamente cagionati a terzi, nello svolgimento delle loro mansioni:

- I volontari, se assicurati
- Gli associati, se assicurati
- i prestatori di lavoro dipendenti, ivi compresa la responsabilità derivante ai sensi del D. Lgs n. 81 del 09/04 2008, e successive modifiche e/o integrazioni;
- i prestatori di lavoro in regime di somministrazione lavoro ai sensi del D.Lgs. n.276 del 10/9/2003 e successive modifiche e/o integrazioni;
- i prestatori di lavoro in rapporto di collaborazione coordinata e continuativa ai sensi della Legge 08/08/1995 n.335 e successive modifiche e/o integrazioni;

- I lavoratori parasubordinati.

Nei loro confronti la Società rinuncia pertanto ad esercitare il diritto di rivalsa.

2) Animali

L'assicurazione RCT comprende la proprietà utilizzo e custodia di animali utilizzati per lo svolgimento delle attività assicurate quali a titolo esemplificativo:

- PET THERAPY
- SOCCORSO ALPINO
- UNITÀ CINOFILA
- AUSILIO IPOVEDENTI.

Copertura	nei limiti del massimale indicato in polizza di Responsabilità Civile
Franchigia	250 euro per danni a cose

3) Proprietà e conduzione dei fabbricati

A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 47 "Esclusioni e limitazioni", lettera o), l'assicurazione di Responsabilità Civile comprende la proprietà e la conduzione dei fabbricati di proprietà del contraente e la sola conduzione di quelli ad esso locati o in comodato d'uso o in uso gratuito, nei quali si svolge l'attività assicurata in polizza.

L'assicurazione non comprende la responsabilità per i danni derivanti da:

- **lavori di straordinaria manutenzione, ampliamenti, sopraelevazione o demolizione,**
- **spargimento di acqua derivante da rotture non accidentali di tubature e/o condutture;**
- **umidità, stillicidio ed in genere insalubrità dei locali;**
- **rigurgiti di fogne;**
- **proprietà di parchi ed attrezzature sportive e per giochi.**

Copertura	nei limiti del massimale indicato in polizza di Responsabilità Civile
Franchigia	250 euro per danni da spargimento d'acqua conseguente a rotture accidentali di tubature e/o condutture

4) Danni da incendio.

A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 47 "Esclusioni e limitazioni", lettera l), la garanzia è operante anche per i danni alle cose di terzi conseguenti a incendio delle cose di proprietà dell'E.T.S. o da esso detenute a qualsiasi titolo con esclusione comunque dei danni subiti dalle cose in possesso, uso o custodia della stessa

Copertura	250.000 euro per anno assicurativo
Franchigia	500 euro per ciascuna cosa danneggiata

5) Mezzi di trasporto sotto carico e scarico

A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 47 "Esclusioni e limitazioni", lettere f) - g), l'assicurazione di responsabilità civile la garanzia comprende i danni a mezzi di trasporto sotto carico o scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni. **ferma restando l'esclusione dei danni alle cose trasportate sui mezzi stessi. Sono esclusi i danni da furto e da incendio, nonché quelli conseguenti al mancato uso.**

6) Attività presso Terzi

A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 47 "Esclusioni e limitazioni", lettera g) - l), delle norme che regolano l'assicurazione di responsabilità civile, l'assicurazione è estesa ai danni:

a) a cose altrui, derivanti da incendio delle cose di proprietà dell'Organizzazione o Associazione assicurata o da essa detenute a qualsiasi titolo con **esclusione comunque dei danni subiti dalle cose in possesso, uso o custodia della stessa.**

Copertura	100.000 euro per anno assicurativo

b) alle cose trovantisi nell'ambito di esecuzione delle attività, che, per volume o peso, non possono essere rimosse.

Copertura	100.000 euro per anno assicurativo
Franchigia	500 euro per sinistro

7) Danni derivanti da interruzioni o sospensioni di attività

A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 47 "Esclusioni e limitazioni", lettera q), l'assicurazione comprende i danni derivanti da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi**.**

Copertura	100.000 euro per anno assicurativo
Scoperto	10% con il minimo di 2.500 euro per sinistro

8) R.C. del committente, per danni provocati da dipendenti in relazione alla guida di veicoli a motore.

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante all'Organizzazione o Associazione assicurata, ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti compresi eventuali lavoratori parasubordinati, in relazione alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, **purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Assicurato o allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati.** La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate. È fatto salvo in ogni caso il diritto di surrogazione della Società nei confronti dei responsabili.

9) Inquinamento accidentale

A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 47 "Esclusioni e limitazioni", lettera b), punto 1., l'assicurazione di Responsabilità Civile, la garanzia RCT comprende i danni

cagionati a terzi per morte e lesioni personali, distruzione o deterioramento di cose in conseguenza di contaminazione dell'acqua o del suolo, provocati da sostanze di qualunque natura emesse o comunque fuoriuscite a seguito di rottura accidentale di impianti e condutture.

Copertura	150.000 euro per anno assicurativo
Scoperto	10% con il minimo di 1.500 euro per sinistro

10) Rischi temporanei

E' compresa la responsabilità civile dell'E.T.S. e dei singoli volontari e/o dei singoli associati, qualora assicurati per l'organizzazione di esposizioni, fiere, stand espositivi, mostre, mercati, convegni, corsi di aggiornamento e formazione, feste, sagre, eventi conviviali, concerti, tornei sportivi amatoriali di pallavolo, pallacanestro, calcio, calcetto, corsa campestre, purché detti eventi siano finalizzati a raccolte fondi da destinare all'attività istituzionale dell'ETS o comunque strumentali al perseguimento dell'attività di interesse generale perseguita.

Sono compresi i danni cagionati a terzi derivanti dalla proprietà ed impiego delle attrezzature, impianti e materiali necessari per lo svolgimento degli eventi sopra descritti, nonché conseguenti a operazioni di montaggio e smontaggio degli stessi.

La presente garanzia non opera nel caso in cui le suddette operazioni di montaggio e smontaggio siano affidate a ditte esterne o comunque a personale ad uopo retribuito, non appartenente all'ETS Contraente.

Relativamente alla somministrazione di cibi e bevande eseguita dai Volontari dell'ETS assicurato, l'assicurazione comprende l'involontaria somministrazione di cibi guasti e/o avariati, con l'avvertenza che la relativa garanzia è operante in quanto la somministrazione e/o la vendita siano avvenute durante il periodo di validità dell'assicurazione ed il danno si sia manifestato entro 30 giorni dalla somministrazione. Per questo rischio il massimale per sinistro rappresenta il limite di garanzia per ogni periodo assicurativo, restando inteso che gli eventi dannosi la cui manifestazione sia dovuta ad una stessa causa saranno considerati unico sinistro. La presente garanzia è valida a condizione che, per la somministrazione di alimenti, l'Ente Assicurato e i propri Volontari siano in possesso delle relative autorizzazioni rilasciate dalle competenti autorità.

L'assicurazione non è operante:

- **per l'impiego di veicoli e natanti a motore, tornei ciclistici e arrampicata;**
- **per i danni a terreni, colture ed impianti fissi concessi agli organizzatori nonché al luogo di effettuazione della manifestazione stessa;**
- **per il rischio relativo alla gestione di parcheggi.**

Copertura	nei limiti del massimale indicato in polizza di Responsabilità Civile
Franchigia	200 euro per danni a cose per ogni danneggiato

CAPITOLO 2 – GARANZIA AGGIUNTIVA ACQUISTABILE CON AUMENTO DEL PREMIO

Art. 44 – Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'E.T.S. contraente, purché questo sia in regola, al momento del sinistro, con gli obblighi dell'assicurazione di legge, di quanto sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

A) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e dell'art. 13 del D. Lgs. 23/02/2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lei dipendenti, da
B) lavoratori parasubordinati, addetti alle attività dell'Organizzazione o Associazione assicurata, per le quali è prestata l'assicurazione;
C) ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, cagionati ai prestatori di lavoro di cui alla precedente lettera A) per morte e per lesioni personali da infortunio dalle quali sia derivata un'invalidità permanente, calcolata sulla base dei criteri adottati dall'INAIL.

La presente garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa di 1.500,00 euro.

L'assicurazione R.C.O. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

Franchigia	1.500,00 euro

ESCLUSIONI SPECIFICHE

La garanzia Responsabilità Civile verso i Prestatori di Lavoro non copre la responsabilità per i danni conseguenti a malattie professionali.

CAPITOLO 3 – CONDIZIONI DI OPERATIVITA'

Norme valide e applicabili a tutte le garanzie della presente sezione.

Art. 45 – Ambito di validità territoriale

La garanzia R.C.T. vale per i sinistri che avvengano nel territorio di tutti i Paesi Europei.
Limitatamente alla partecipazione a convegni, fiere, mostre ed esposizioni, l'assicurazione RCT è estesa a tutto il mondo **ad esclusione di Stati Uniti e Canada.**
La Garanzia aggiuntiva R.C.O vale per il mondo intero.

Art. 46 – Pluralità di assicurati – Massimo risarcimento

Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati tra loro.
Nel caso in cui un unico sinistro interessi contemporaneamente l'assicurazione R.C.T. e l'assicurazione R.C.O. il massimale R.C.T. per ogni sinistro rappresenta la massima esposizione da parte della Società.

CAPITOLO 4 – COSA NON E' ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

Quanto di seguito illustrato si intende applicabile a tutte le garanzie della presente Sezione di Responsabilità Civile.

Art. 47 – Esclusioni e limitazioni

ESCLUSIONI

Principali rischi esclusi:

Non sono considerati Terzi:

a) **Il coniuge, i genitori, i figli nonché qualsiasi altro parente od affine convivente dei singoli volontari.**
b) **Le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Organizzazione di Volontariato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio.**
c) **Tutti coloro che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Organizzazione di Volontariato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'assicurazione.**

Inoltre, l'Organizzazione di Volontariato non è considerata terza rispetto ai singoli volontari.

LIMITAZIONI

Salvo quanto espressamente disciplinato, la garanzia R.C.T. non comprende la responsabilità per i danni:

a) **da proprietà o uso di:**
   1. **veicoli a motore su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate;**
   2. **natanti a vela di lunghezza superiore a metri sei e di unità naviganti a motore;**
   3. **aeromobili;**
   4. **veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti o azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;**
b) **conseguenti a:**
   1. **inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;**
   2. **interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua;**
   3. **alterazione od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo e sia suscettibile di sfruttamento;**
c) **alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;**
d) **alle cose che l'Assicurato detenga o possieda a qualsiasi titolo;**
e) **alle cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;**
f) **ai mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione di tali operazioni e alle cose trasportate sui mezzi stessi;**
g) **alle cose trovantisi nell'ambito di esecuzione dei lavori;**
h) **a condutture ed impianti sotterranei;**
i) **a cose dovuti ad assestamento, cedimento, franamento, vibrazioni del terreno;**
j) **da furto e rapina;**
k) **a cose di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli artt. 1783 - 1784 - 1785 bis e 1786 del Codice Civile;**
l) **a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute o possedute;**
m) **provocati da soggetti diversi dai dipendenti e dai lavoratori parasubordinati dell'Assicurato;**
n) **cagionati da:**
   1. **prodotti e cose in genere dopo la loro messa in circolazione;**
   2. **opere e installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori; per le opere che richiedano spostamenti successivi dei lavori e comunque ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte,**

ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori ad essa inerenti e comunque dopo 30 giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso o aperta al pubblico;

3. **operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera verificatesi dopo l'esecuzione dei lavori;**

o) **derivanti da proprietà e conduzione di fabbricati diversi da quelli ove si svolge l'attività assicurata;**

p) **derivanti da:**

1. **detenzione, possesso o impiego di esplosivi;**
2. **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici) ovvero da produzione, detenzione, possesso ed uso di sostanze radioattive;**
3. **prodotti geneticamente modificati;**

q) **derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, professionali, artigianali, agricole o di servizi;**

r) **derivanti da:**

1. **estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di asbesto puro e/o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;**
2. **uso di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;**

s) **derivanti da violazione di contratti di lavoro, discriminazione razziale, sessuale o religiosa;**

t) **provocati da campi elettromagnetici;**

u) **conseguenti a guerra dichiarata o non, guerra civile, occupazione militare ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra;**

v) **derivanti dallo svolgimento di attività professionale medica e/o infermieristica;**

w) **derivanti dall'organizzazione di attività sportiva;**

x) **Sono esclusi i danni e le spese, diretti e indiretti, propri o a terzi, causati direttamente o indirettamente, in tutto o in parte da:**

1. **atti dolosi condotti per il tramite di un computer, un sistema informatico, un sistema elettronico di comunicazioni, un virus o un malware, un processo o qualsiasi altro sistema informatico o elettronico;**
2. **qualsiasi accesso a, o rivelazione di informazioni personali identificabili, o informazioni confidenziali su individui o società, inclusi a titolo esemplificativo e non esaustivo: brevetti, segreti commerciali, metodi di produzione, liste di clienti, informazioni finanziarie, carte di credito e di debito e qualsiasi altro tipo di informazione non pubblica;**

sono altresì esclusi i danni:

3. **a dati software, in particolare qualsiasi modifica penalizzante di dati, software o programmi per computer a seguito di cancellazione, manipolazione o sconvolgimento della struttura originaria e conseguenti danni da interruzione d'esercizio;**
4. **causati da o dovuti a malfunzionamento, indisponibilità, impossibilità di usare o accedere a dati, software o programmi per computer ed i conseguenti danni da interruzione d'esercizio.**

CAPITOLO 4 – TABELLA LIMITI DI COPERTURA

Art. 48 – Tabella riepilogativa di franchigie, scoperti e limiti di indennizzo della responsabilità civile verso terzi

GARANZIA DI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (RCT)		
GARANZIA	**LIMITI DI INDENNIZZO**	**FRANCHIGIA O SCOPERTO**
ART.43 RISCHI ASSICURATI		
1. Responsabilità Civile Personale di volontari, associati, dipendenti, prestatori di lavoro somministrato, lavoratori atipici e parasubordinati.	Massimale di Rspossabilità Civice verso terzi (RCT) indicato in polizza.	Nessuna
2. Proprietà e/o utilizzo di animali	Massimale di Rspossabilità Civice verso terzi (RCT) indicato in polizza.	Nessuna Danni a cose: franchigia 250 euro
3. Proprietà e conduzione di fabbricati	Massimale di Rspossabilità Civice verso terzi (RCT) indicato in polizza.	Nessuna Danni da spargimento d'acqua da rottura accidentale di tubature e/o condutture: franchigia 250 euro
4. Danni da Incendio	250.000 euro per anno assicurativo	500 euro per ciascuna cosa daneggiata
5. Mezzi di trasporto sotto carico e scarico	Massimale di Rspossabilità Civice verso terzi (RCT) indicato in polizza.	Nessuna
6.a) Attività presso terzi – danni a cose altrui derivanti da incendio	100.000 euro per anno assicurativo	Nessuna
6.b) Attività presso terzi – danni a cose trovatesi nell'ambito di esecuzione delle attività	100.000 euro per anno assicurativo	Franchigia 500 euro
7.Danni da interruzzioni o sospensioni di attività	100.000 euro per anno assicurativo	Scoperto 10% con il minimo di 2.500 euro
8. RC del Comittente per danni provocati dai dipendenti alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, non di proprietà o in uso al Contraente o ad esso intestati o locati.	Massimale di Rspossabilità Civice verso terzi (RCT) indicato in polizza.	Nessuna
9. Inquinamento accidentale	150.000 euro per anno assicurativo	Scoperto 10% con il minimo di 1.500 euro
10. Rischi temporanei	Massimale di Rspossabilità Civice verso terzi (RCT) indicato in polizza.	Nessuna Danni a cose: franchigia 200 euro per bene danneggiato
ART. 44 GARANZIA AGGIUNTIVA – RESPONSABILITA' CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO (RCO)		
Responsabilità Civile verso prestatori di di Lavoro	Massimale di Resposabilità Civice prestatori d'Opera (RCO) indicato in polizza.	Franchigia 1.500 euro
MASSIMA ESPOSIZIONE		
Massimo esposizione per la Compagnia in caso di sinistro che interessi contestualmente le garanzie RCT e RCO	Massimale indicato in polizza.	--

SEZIONE RESPONSABILITA' PATRIMONIALE DEGLI AMMINISTRATORI

CAPITOLO 1 – COSA E' ASSICURATO

Art. 49 – Oggetto della garanzia responsabilità patrimoniale degli amministratori

La Società si obbliga a tenere indenni gli Amministratori dell'ente Contraente di quanto questi siano tenuti a pagare, quale civilmente responsabili ai sensi di legge, per danni patrimoniali involontariamente cagionati a terzi, nell'esercizio della propria attività di Amministratori, in conseguenza di violazione colposa di obblighi derivanti dalla legge, dalle legittime delibere di nomina, dall'Atto Costitutivo, dallo Statuto e dalle deliberazioni assembleari.
L'assicurazione comprende i danni patrimoniali direttamente cagionati al Contraente, purché accertati e quantificati dal giudice competente con sentenza passata in giudicato, e sempreché l'azione di responsabilità sia promossa nei modi e nei termini di legge.
L'assicurazione vale anche per le perdite patrimoniali conseguenti a:

- interruzioni e/o sospensioni (totali o parziali), ritardato e/o mancato inizio di attività in genere esercitata da terzi, purché comunque conseguenti a sinistro indennizzabile ai sensi di polizza;
- smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore.

L'efficacia della presente assicurazione è subordinata al possesso da parte degli Assicurati dei requisiti previsti dalle norme vigenti per la carica di amministratore.

CAPITOLO 2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITA'

Art. 50 – Validità temporale

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere nello stesso periodo.

Qualora il sinistro sia stato determinato da comportamenti colposi protrattisi attraverso più atti successivi, esso si considererà avvenuto nel momento in cui è stata posta in essere la prima azione colposa.
Nell'eventualità che la presente polizza ne sostituisca, senza soluzione di continuità, altra in corso con la Società per lo stesso rischio, la garanzia è operante, qualora il fatto che ha dato luogo alla richiesta di risarcimento si sia verificato durante il periodo di efficacia della polizza sostituita, alle condizioni tutte da quest'ultima previste.

Art. 51 – Ambito di validità territoriale

La garanzia è prestata per le perdite patrimoniali verificatesi nel mondo intero **per le quali sia chiamata a decidere l'Autorità giudiziaria italiana.**

Art. 52 – Pluralità di assicurati – Massimo risarcimento

L'assicurazione è prestata, per uno o più sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, entro il limite del massimale indicato in polizza, il quale resta, per ogni effetto, unico anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati fra loro.

CAPITOLO 3 – COSA NON E' ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

Art. 53 – Persone non considerate terzi
Non sono considerati terzi gli Assicurati e chi si trova con loro nel rapporto di coniuge, genitore, figlio, nonché ogni altro parente od affine, se con lui convivente.

Art. 54 – Esclusioni e limitazioni

ESCLUSIONI
Principali rischi esclusi:

a) non sono considerati Terzi:
gli Assicurati, il coniuge, i genitori, i figli nonché qualsiasi altro parente od affine convivente con l'Assicurato.

LIMITAZIONI
L'assicurazione non comprende le perdite patrimoniali conseguenti a:

a) **inquinamento dell'acqua, del suolo e dell'aria;**
b) **smarrimento, distruzione o deterioramento di denaro, di preziosi, o di titoli al portatore, nonché quelli derivanti da furto, rapina o incendio;**
c) **mancata stipulazione di assicurazioni sufficienti, tanto obbligatorie che facoltative, nonché ritardi nei pagamenti dei relativi premi;**
d) **responsabilità volontariamente assunte dagli assicurati e non direttamente derivante dalla legge;**
e) **mancato raggiungimento del fine o all'insuccesso di iniziative a qualunque scopo intraprese;**
f) **irrogazione di sanzioni in genere nonché omesso o errato versamento di imposte, tasse, contributi, multe, oneri previdenziali o penalità in genere;**
g) **fatti dolosi o dall'intenzionale violazione degli obblighi derivanti dalla legge, dalle legittime delibere di nomina, dall'atto costitutivo, dallo statuto e dalle delibere assembleari, limitatamente all'Assicurato che abbia commesso la violazione;**
h) **violazione dei diritti della personalità o di obblighi previdenziali, assistenziali o tributari.**

CAPITOLO 4 – TABELLA DEI LIMITI DI COPERTURA

Art. 55 – Tabelle riepilogativa di franchigie, scoperti e limiti di indennizzo della responsabilità patrimoniale degli amministratori

GARANZIA DI RESPONSABILITÀ CIVILE PATRIMONIALE DEGLI AMMINISTRATORI		
GARANZIA	**LIMITI DI INDENNIZZO**	**FRANCHIGIA O SCOPERTO**
ART. 48 OGGETTO DELLA GARANZIA RESPONSABILITÀ PATRIMONIALE DEGLI AMMINISTRATORI		
1. Responsabilità Civile Personale di volontari, associati, dipendenti, prestatori di lavoro somministrato, lavoratori atipici e parasubordinati.	Massimale di Responsabilità Civile Patrimoniale degli Amministratori indicato in polizza per anno assicurativo e corresponsabilità di più assicurati	Nessuna

SEZIONE TUTELA LEGALE

CAPITOLO 1 – COSA E' ASSICURATO

Art. 56 – Oggetto della garanzia Tutela Legale

PREMESSA
La presente garanzia è affidata dalla Società:

D.A.S.
Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.
Via Enrico Fermi 9/B – 37135 VERONA
sito internet: www.das.it

in questa documentazione **denominata D.A.S**., alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.
La Società si riserva la facoltà, ad ogni scadenza annuale, di affidare ad altra Impresa la gestione dei sinistri dandone tempestiva comunicazione al Contraente.

La Società assicura le spese legali, peritali, di giustizia, processuali e di indagine non ripetibili dalla controparte, che servano agli Assicurati per la difesa dei propri interessi, nei casi indicati al successivo Art. 56 "Casi assicurati".

SI GARANTISCONO:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza;
- compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia solo **se, a seguito di questa, la controparte è rinviata a giudizio in sede penale;**
- compensi dell'avvocato domiciliatario, **se indicato da D.A.S.;**
- spese di soccombenza poste a carico dell'assicurato
- spese di esecuzione forzata **fino a due casi per sinistro;**
- spese dell'organismo di mediazione, **quando la mediazione è obbligatoria;**
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri
- compensi dei periti;
- spese di giustizia;
- spese di investigazione difensiva nel procedimento penale;
- Le spese legali sono coperte per l'intervento **di un solo avvocato per ogni grado di giudizio.**

L'Assicurato è tenuto ad assumere a proprio carico gli oneri fiscali, le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al sinistro, al premio e/o alla polizza.

Copertura	nei limiti del massimale indicato in polizza (salvo quanto di seguito diversamente previsto)
Limiti	nessun limite per anno assicurativo

Art. 57 – Casi assicurati

La Società assicura le spese di cui all'Art. 56 "Oggetto della garanzia Tutela Legale", sostenute dagli Assicurati a seguito di eventi insorti:

- **nell'ambito dell'attività svolta indicata in polizza e nel perseguimento delle finalità risultanti dall'atto costitutivo e dallo statuto;**
- **in relazione a sinistri relativi all'immobile adibito a sede legale;**

nei seguenti casi assicurativi:

1. **Danni subiti**
   Richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti per fatti illeciti di terzi, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.
2. **Delitti colposi e contravvenzioni**
   Difesa in procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni, anche in materia fiscale e amministrativa. Sono comprese anche le spese sostenute per il dissequestro dei beni necessari al proseguimento dell'attività assicurata.
   La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.

3. **Delitti dolosi**
   Difesa in procedimenti penali per delitti dolosi. Sono comprese anche le spese sostenute per il dissequestro dei beni necessari al proseguimento dell'attività assicurata.
   La garanzia opera solo quando:
   a. **l'Assicurato è assolto con decisione passata in giudicato;**
   b. **il reato è derubricato da doloso a colposo;**
   c. **il procedimento è archiviato per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come reato.**

   La garanzia non opera nei casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa. D.A.S. rimborserà agli Assicurati le spese sostenute nel momento in cui vi sarà il passaggio in giudicato della sentenza. Se dopo l'archiviazione il giudizio viene riaperto e viene emessa una sentenza diversa da quella di assoluzione o di derubricazione del reato da doloso a colposo l'Assicurato dovrà restituire ad D.A.S. tutte le spese sostenute da D.A.S. per la difesa dell'Assicurato in ogni grado di giudizio. L'assicurato ha l'obbligo di trasmettere ad D.A.S. la sentenza nel più breve tempo possibile.

4. **Danni causati**
   Sono coperte le spese sostenute per resistere alla richiesta di risarcimento di terzi per danni extra contrattuali causati dagli assicurati.

   La garanzia opera a secondo rischio, quindi dopo l'esaurimento del massimale dovuto per legge o per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza.
   In tutti gli altri casi, ovvero quando il contratto di responsabilità civile non esiste o non opera o per qualunque motivo non fornisce copertura totale o parziale alle spese legali di resistenza, la presente garanzia non opera.

CAPITOLO 2 – GARANZIE AGGIUNTIVE ACQUISTABILI CON AUMENTO DEL PREMIO

Il Contraente può scegliere, corrispondendo un premio maggiore, una o più delle seguenti garanzie aggiuntive. Per ciascuna garanzia acquistata sarà indicata in polizza la sua operatività.

Art. 58 – Vertenze contrattuali

La Società assicura le spese di cui all'Art. 56 "Oggetto della garanzia tutela Legale" **esclusivamente a favore dell'Ente Contraente** per le controversie contrattuali connesse all'attività associativa nei seguenti casi:

1. **Rapporti di lavoro**
   Vertenze individuali di lavoro con i lavoratori iscritti nel libro unico del lavoro del Contraente.

2. **Fornitori**

- **Vertenze contrattuali con i fornitori di bene o servizi, se il valore in lite è pari**
- **superiore a 200 euro.**

3. **Vertenze con i clienti in fase stragiudiziale compreso il recupero crediti**

Spese sostenute per la sola fase stragiudiziale dal Contraente per le vertenze contrattuali con i propri clienti, compreso il recupero dei crediti. Le spese sono garantite anche nel caso di coesistenza ed operatività di un contratto di responsabilità civile.
La fase stragiudiziale è gestita da D.A.S. che si attiva per risolvere la vertenza con l'accordo delle parti e si riserva di demandarne la gestione ad un avvocato di propria scelta.

Il recupero opera a condizione che i crediti siano rappresentati da titoli esecutivi o documentati da prova scritta o equiparata.

In caso di esito negativo del tentativo stragiudiziale o di componimento bonario, l'ulteriore fase giudiziale non è oggetto di tale garanzia.

La garanzia opera con le seguenti limitazioni:

Limite	Massimo 2 sinistri stragiudiziali per anno assicurativo
Carenza	90 giorni

Art. 59 – Vertenze con la Pubblica Amministrazione

La Società assicura le spese di cui all'Art. 56 "Oggetto della garanzia Tutela Legale" che l'Assicurato debba sostenere a seguito vertenze insorte con la Pubblica Amministrazione nei seguenti casi:

1. **Ricorso avverso la pubblica amministrazione**

Le spese sostenute per l'impugnazione del provvedimento di cancellazione o della mancata iscrizione del contraente nel registro delle Associazioni.
La garanzia è prestata solo a favore dell'Ente Contraente.

2. **Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per provvedimenti instaurati davanti alla Corte dei Conti**

Sono coperte le spese sostenute dal contraente per la difesa nei procedimenti di responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto instaurati davanti la corte dei conti, comprese le spese sostenute nella fase preliminare del processo.
Quando le spese sono liquidate in sentenza, D.A.S. rimborsa solo l'importo stabilito dal giudice.

D.A.S. non anticiperà alcuna somma nel corso del procedimento e rimborserà le spese di difesa sostenute in caso di archiviazione o quando la sentenza sia passata in giudicato, fermo restando l'obbligo per l'assicurato di denunciare il sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza.

3. **Controversie con il Comune**

Sono coperte le spese per le controversie con il Comune dove ha sede l'Associazione contraente, per la concessione di contributi, sovvenzioni ed ausili finanziari in favore dell'Associazione stessa.
La garanzia è prestata solo a favore dell'Ente Contraente.

La presente garanzia è prestata con la seguente limitazione:

Limite	Massimo 2 sinistri stragiudiziali per anno assicurativo

Art. 60 – Immobili strumentali
La Società assicura le spese di cui all'Art. 56 "Oggetto della garanzia Tutela Legale", **esclusivamente a favore dell'Ente Contraente,** per le vertenze derivanti **dalla diretta gestione degli immobili strumentali all'esercizio delle attività statutarie.** La garanzia opera nei seguenti casi:

1. **Danni subiti**

Richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti per fatti illeciti di terzi.

2. **Delitti colposi e contravvenzioni**

Difesa in procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni. La garanzia è valida anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.

3. **Diritto di proprietà e altri diritti reali**

Vertenze in materia di locazione, diritto di proprietà e altri diritti reali.
In materia di usucapione, l'avvenimento della vertenza coincide con la data della prima contestazione della richiesta di usucapione, se la richiesta è avvenuta durante l'esistenza del contratto.

Art. 61 – Pacchetto sicurezza
La Società assicura le spese di cui all'Art. 56 "Oggetto della garanzia Tutela Legale", per le vertenze che insorgano nell'ambito delle seguenti materie:
- tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- sicurezza alimentare;
- tutela dell'ambiente, compresi i fatti accidentali che abbiano causato inquinamento ambientale;
- protezione dei dati personali, compresi i reclami all'autorità competente. In questa materia sono coperte anche le spese sostenute per resistere alla richiesta di risarcimento di terzi per danni extra contrattuali causati dall'assicurato, **a secondo rischio quindi dopo l'esaurimento del massimale dovuto per legge e per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza.**
- responsabilità amministrativa da reato delle società e degli enti.

La presente garanzia opera nei seguenti casi:
1) **difesa in procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni**
2) **per l'impugnazione di provvedimenti o sanzioni amministrative non pecuniarie e pecuniarie se pari o superiori a 250 euro.**

La garanzia opera anche per le spese sostenute da soggetti diversi da quelli assicurati dal presente contratto, **solo ed esclusivamente per le attività svolte su incarico del Contraente.**
Le garanzie operano anche per i sinistri avvenuti entro 24 (ventiquattro) mesi dalla cessazione dell'attività presso il contraente.

CAPITOLO 3 – CONDIZIONI DI OPERATIVITA'

Valide e applicabili a tutte le garanzie della presente sezione, comprese quelle aggiuntive prestabili con maggiorazione di premio.

Art. 62 – Quando sono coperti i sinistri

Sono coperti i sinistri, ossia gli eventi descritti nel successivo Art. 63 "Quando avviene il sinistro", avvenuti:

- **dalla data di efficacia della copertura Assicurativa per:**
  - il danno o presunto danno extra contrattuale;
  - per la violazione o presunta violazione di norme penali o amministrative;
- **dopo un periodo di Carenza di 90 giorni in tutte le restanti ipotesi.**

Se il contratto è emesso senza interruzione della copertura per lo stesso rischio, dopo un precedente contratto, il periodo di Carenza, se previsto, opera soltanto per le garanzie non presenti nel precedente contratto.

Art. 63 – Quando avviene il sinistro

La data di avvenimento del sinistro è quella in cui si verifica l'evento a seguito del quale insorge la vertenza.

La data dell'evento, in base alla natura della vertenza, **è intesa:**

- per il danno o presunto danno extracontrattuale subìto o causato dall'assicurato, quella nella quale si è verificato il primo fatto che ha originato il diritto al risarcimento;
- per tutte le restanti ipotesi, quella in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo ha o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.

Casi specifici:

Con riguardo ai casi assicurati:

- "Diritto di proprietà e altri diritti reali" della garanzia aggiuntiva dell'Art. 60 "Immobili strumentali", punto 3, se acquistata, se la materia riguarda l'usucapione**, la data dell'evento coincide con il giorno della prima contestazione della richiesta di usucapione,** purché questa sia avvenuta durante l'esistenza della di contratto.
- "Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per provvedimenti instaurati davanti alla Corte dei Conti", della garanzia aggiuntiva di cui all'Art. 59 "Vertenze con la Pubblica Amministrazione", se acquista, **la data dell'evento coincide con quella dell'l'inizio di una condotta, o della prima violazione, anche presunta, del contratto o della norma di legge che ha originato il danno erariale;**

- "Impugnazione di provvedimenti o sanzioni amministrative" della garanzia aggiuntiva di cui all'Art. 61 "Pacchetto Sicurezza", punto 2, se acquistata, **la data dell'evento coincide con la data del primo atto di accertamento ispettivo o di indagine.**

PLURALITA' DI EVENTI

In presenza di più violazioni o eventi dannosi della stessa natura, per determinare il momento dell'evento si fa riferimento alla data della prima violazione o alla data in cui si verifica il primo evento dannoso. Una o più violazioni o eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili allo stesso contesto, anche quando coinvolgono più soggetti:

- sono trattati e considerati come un unico sinistro;
- la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.

PLURALITA' DI ASSICURATI

Se più Assicurati sono coinvolti nello stesso sinistro, la garanzia opera con un unico massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli Assicurati a prescindere dalle somme da ciascuno pagate.
Se al momento della definizione del sinistro il massimale non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli Assicurati che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese sostenute.

Art. 64 – Ambito di validità territoriale

Le garanzie operano a seconda dei casi assicurati e dei paesi nei quali avviene il sinistro e in cui si trova l'ufficio giudiziario di competenza, sulla base di quanto sotto indicato.

a. Tutte le garanzie (comprese quelle aggiuntive prestate con maggiorazione di premio) sono operanti in Italia, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino.
b. I soli casi assicurati di cui:
   - all'Art. 56 "Casi assicurati", punti 1., 2., 3., 4.,
   - alla garanzia aggiuntiva all'Art. 58 "Vertenze contrattuali", punti 1., 2., se acquistata,

   sono operanti anche nei paesi dell'Unione Europea, Regno Unito, Svizzera, Liechtenstein, Principato di Monaco.

CAPITOLO 4 – COSA NON E' ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

Quanto di seguito illustrato si intende applicabile a tutte le garanzie della presente Sezione di Tutela Legale.

Art. 65 – Esclusioni e limitazioni

SPESE ESCLUSE:

1. **compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;**
2. **compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;**
3. **compensi dell'avvocato domiciliatario se non indicato da D.A.S.;**
4. **spese per l'indennità di trasferta;**
5. **spese di esecuzione forzata oltre il secondo caso per sinistro;**
6. **spese dell'organismo di mediazione quando la mediazione non è obbligatoria;**
7. **imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia;**
8. **multe, ammende, sanzioni pecuniarie in genere;**
9. **spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali;**
10. **spese non concordate con D.A.S.;**
11. **in caso di domiciliazione ogni duplicazione di onorari.**

VERTENZE ESCLUSE:

Le garanzie non operano per sinistri relativi a:

12. **diritto di famiglia, successioni o donazioni;**
13. **materia fiscale o amministrativa salvo quanto previsto dalle garanzie aggiuntive all'Art. 59 "Vertenze con la Pubblica Amministrazione" e Art. 61 "Pacchetto Sicurezza", se acquistate;**
14. **fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive;**

15. **attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dall'assicurato, ad eccezione delle vertenze conseguenti a trattamenti medici;**
16. **fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme, salvo che per gli Enti Del Terzo Settore che operano nell'ambito della Protezione Civile**
17. **diritto di brevetto, marchio, autore, esclusiva o turbativa d'asta, concorrenza sleale o normativa antitrust;**
18. **proprietà o guida di veicoli a motore, imbarcazioni, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche;**
19. **fatti dolosi delle persone assicurate;**
20. **fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;**
21. **prestazioni di servizi o forniture di beni effettuati dal contraente nell'esercizio della sua attività, salvo quanto previsto dalla garanzia aggiuntiva di all'Art. 58 "Vertenze contrattuali", punto 3 "Vertenze con i clienti in fase stragiudiziale compreso il recupero crediti", se acquistata;**
22. **compravendita o permuta di immobili;**
23. **interventi di restauro o risanamento conservativo, ristrutturazione o costruzione ex novo di edifici, compresi i connessi contratti di fornitura o posa in opera di materiali o impianti;**
24. **fabbricazione o commercializzazione di esplosivi o fabbricazione di armi o di equipaggiamento militare;**
25. **attività svolta da industrie specializzate nel trattamento o smaltimento dei rifiuti;**
26. **vertenze tra agenzie di somministrazione del lavoro e i lavoratori somministrati occupati presso terzi;**
27. **esercizio della professione o attività medica o di operatore sanitario;**
28. **vertenze con la Società o con D.A.S.;**
29. **adesione ad azioni di classe (class action);**
30. **difesa penale per abuso di minori.**

CAPITOLO 5 – TABELLA DEI LIMITI DI COPERTURA

Art. 66 – Tabella riepilogativa di franchigie, scoperti e limiti di indennizzo della sezione di tutela legale

GARANZIA	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA O SCOPERTO
ART. 57 CASI ASSICURATI		
Danni subiti Delitti colposi e contravvenzioni Delitti Dolosi Danni Causati	Nei limiti della Somma Assicurata indicata in Polizza	Nessuna
ART. 58 GARANZIA AGGIUNTIVA – VERTENZE CONTRATTUALI		
Rapporti di Lavoro Fornitori Vertenze con i clienti in fase stragiudiziale compreso il recupero crediti.	Nei limiti della Somma Assicurata indicata in Polizza	Nessuna
ART. 59 GARANZIA AGGIUNTIVA – VERTENZE CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE		
Ricorsi avverso la Pubblica Amministrazione Responsabilità Amministrativa, contabile e giudizi di conto per provvedimenti instaurati davanti alla Corte dei conti Controversie con il Comune	Nei limiti della Somma Assicurata indicata in Polizza	Nessuna
ART. 60 GARANZIA AGGIUNTIVA – IMMOBILI STRUMENTALI		
Danni subiti Delitti colposi e contravvenzioni Locazione, diritto di proprietà e altri diritti reali	Nei limiti della Somma Assicurata indicata in Polizza	Nessuna
ART. 61 GARANZIA AGGIUNTIVA – PACCHETTO SICUREZZA		
Delitti colposi e contravvenzioni Impugnazione di provvedimenti o sanzioni pecuniarie e non	Nei limiti della Somma Assicurata indicata in Polizza	Nessuna

SEZIONE ASSISTENZA

CAPITOLO 1 – COSA E' ASSICURATO

Art. 67 – Oggetto della garanzia Assistenza

Le prestazioni di Assistenza di seguito elencate sono erogate dalla Struttura Organizzativa, previo contatto con la stessa, a favore dei volontari e volontari occasionali dell'E.T.S. contraente durante:

- lo svolgimento di tutte le attività assicurate previste dallo statuto e la partecipazione a manifestazioni;
- l'itinere intendendosi come tali gli infortuni che gli assicurati possono subire durante il normale percorso di andata e ritorno dalla propria abitazione alla sede dell'E.T.S. contraente e/o presso il luogo dove svolgono la propria attività e viceversa, nel tempo strettamente necessario al raggiungimento delle predette sedi.

Art. 68 – Cosa fare in caso di sinistro

Per poter usufruire delle prestazioni, l'assicurato deve preventivamente contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, che interviene direttamente o ne deve autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA
ATTIVA 24 ORE SU 24

DALL'ITALIA:
800 572 572 (NUMERO VERDE)

DALL'ESTERO:
+39 02 24 128 570

DALL'ITALIA O DALL'ESTERO FAX:
+39 02 24 128 245

Le richieste di rimborso delle spese sostenute, a condizione che siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa, devono essere inoltrate, insieme ai giustificativi in originale a:

IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)

oppure tramite posta elettronica all'indirizzo:

controllo.operativo@imaitalia.it

Art. 69 – Consulenza medica telefonica

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'assicurato che ha necessità di una consulenza medica, provvede ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici.
Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

Operatività	La prestazione è erogata 24 h su 24 365 giorni all'anno

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

Art. 70 – Invio di un medico in Italia
È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'assicurato colpito da infortunio o malattia, accertatane la necessità tramite una consulenza medica telefonica come indicato al precedente Art. 69 "Consulenza medica telefonica", invia uno dei medici convenzionati.

Se uno dei medici convenzionati è impossibilitato a intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza, in via sostitutiva, il trasferimento in autoambulanza verso il centro medico idoneo più vicino.
La Società terrà a proprio carico le spese per l'invio del medico o per il trasferimento in autoambulanza.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

Art. 71 – Invio di un'autoambulanza
È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'assicurato colpito da infortunio o malattia, accertatane la necessità tramite una consulenza medica telefonica come indicato al precedente Art. 69 "Consulenza medica telefonica", reperisce un'autoambulanza per il trasferimento dell'assicurato dal suo domicilio sino al centro medico idoneo più vicino.
La Struttura Organizzativa tiene a proprio carico il costo del trasporto.

Massimale	250 euro IVA inclusa per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operativa in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

Art. 72 – Rientro dalla residenza a seguito di dimissione ospedaliera
È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'assicurato che non sia in grado di tornare al proprio domicilio autonomamente con il mezzo inizialmente utilizzato, a seguito di un intervento chirurgico avvenuto per infortunio o malattia improvvisa, con conseguente ricovero di durata superiore a 5 giorni in un Istituto di Cura in Italia, tramite i propri medici e d'intesa con i medici curanti, definirà le modalità del rientro, tenendo a proprio carico la relativa spesa e provvederà ad organizzare il trasferimento del convalescente alla sua residenza con il mezzo più idoneo:

- ambulanza;
- treno in prima classe e qualora ce ne sia la necessità in vagone letto;
- aereo di linea in classe economica eventualmente in barella.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è erogata in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

Art. 73 – Invio medicinali all'estero

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, provvede a reperire ed inviare con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto, medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia.
In alternativa la Struttura Organizzativa può fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale. La Società tiene a proprio carico i costi di trasporto mentre rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto acquistato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operativa in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

Art. 74 – Rimpatrio sanitario dall'estero

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, qualora ritenuto necessario e d'intesa tra il medico curante ed i medici della Struttura Organizzativa, predispone il trasferimento dell'assicurato in viaggio all'estero colpito da infortunio o malattia improvvisa presso un centro ospedaliero:

- idoneo a garantirgli le cure specifiche del caso, oppure
- più vicino alla sua abitazione;

utilizzando il mezzo di trasporto idoneo più idoneo:

- aereo sanitario appositamente equipaggiato (servizio operato in Europa);
- aereo di linea eventualmente in barella;
- ambulanza;
- treno

Il trasferimento potrà avvenire, qualora ritenuto necessario dalla Struttura Organizzativa con l'eventuale accompagnamento di personale medico e infermieristico.
La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico il costo del trasferimento del paziente, incluse le spese del medico e/o infermiere che accompagnino il paziente stesso.

ESCLUSIONI

Il trasferimento non è previsto per:

- **malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie;**
- **infortuni e malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.**
- **se l'assicurato o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'assicurato è ricoverato.**

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operativa in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

Art. 75 – Monitoraggio del ricovero ospedaliero

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale i medici della Struttura Organizzativa prendono contatto con i medici curanti della struttura locale in cui è ricoverato l'Assicurato a

seguito di infortunio o malattia per seguirne l'evoluzione clinica della patologia ed informare i familiari sul decorso.

La prestazione è fornita previo consenso esplicito dell'Assicurato al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (protezione dei dati) e alla relativa normativa interna di adeguamento.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operativa in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

Art. 76 – Viaggio di un familiare
È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in ospedale a seguito di infortunio o malattia, ed in assenza di un congiunto sul posto, mette a disposizione ad un familiare un biglietto di viaggio andata e ritorno:
- in treno in prima classe;
- in aereo in classe economica se il viaggio dovesse superare le sei ore;

per raggiungerlo.
La Società tiene a proprio carico il costo dei biglietti.

ESCLUSIONI
Sono escluse le spese di vitto e alloggio e tutte le altre spese non indicate nell'elenco.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operativa in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

Art. 77 – Recapito messaggi urgenti
È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, oggettivamente impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a familiari residenti in Italia a seguito di infortunio o malattia, provvederà all'inoltro di tali messaggi.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operativa in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

Art. 78 – Rientro anticipato
È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio che debba improvvisamente rientrare alla propria residenza a seguito del decesso di:
- coniuge / convivente more uxorio;
- figlio/a;
- fratello / sorella;
- genitore;
- suocero/a;
- genero / nuora;

gli fornisce un biglietto:
- ferroviario di prima classe;

- aereo in classe economica (qualora il viaggio in treno superi le sei ore);

per raggiungere il luogo in Italia dove è deceduto o dove viene sepolto il familiare.
Resta salva ed impregiudicata la facoltà della Struttura Organizzativa di richiedere all'Assicurato la documentazione comprovante il sinistro che ha dato luogo alla prestazione.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operativa in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

Art. 79 – Assistenza infermieristica post-ricovero

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato

- che necessita di assistenza infermieristica
- per la continuazione delle terapie domiciliari
- dopo le dimissioni dall'istituto di cura che abbiano comportato un ricovero per più di 5 giorni
- a seguito di infortunio o malattia

e dopo averne accertata l'assoluta necessità attraverso il parere del medico della Struttura Organizzativa, organizza il servizio di assistenza infermieristica a domicilio.
La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Massimale	55 euro IVA inclusa a giorno massimo 5 giorni nelle 2 settimane successive dalla dimissione dal ricovero
Erogabilità	2 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operativa in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno La richiesta della prestazione deve essere comunicata 2 giorni prima dalle dimissioni e seguita dall'invio del relativo certificato

Art. 80 – Assistenza fisioterapica post-ricovero

In alternativa alla prestazione del precedente Art. 79 "Assistenza infermieristica post-ricovero", è attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato:

- che necessita di assistenza fisioterapica
- per la continuazione delle terapie domiciliari
- dopo le dimissioni dall'istituto di cura che abbiano comportato un ricovero per più di 5 giorni
- a seguito di infortunio o malattia

e dopo averne accertata l'assoluta necessità attraverso il parere del medico della Struttura Organizzativa, organizza il servizio di assistenza fisioterapica a domicilio.
La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione.

Massimale	massimo • 5 giorni nelle 2 settimane successive dalla dimissione dal ricovero • 260 euro IVA inclusa per sinistro
Erogabilità	2 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operativa in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

	La richiesta della prestazione deve essere comunicata 2 giorni prima dalle dimissioni e seguita dall'invio del relativo certificato

Art. 81 – Consegna farmaci presso l'abitazione

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, ricerca e consegna farmaci per le cure del caso:

- secondo prescrizione medica;
- commercializzati in Italia.

Sono a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è erogata in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

Art. 82 – Spesa a casa

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato impossibilitato ad uscire autonomamente da casa a seguito di infortunio o malattia certificati dal medico curante, consegna presso la sua abitazione generi alimentari o di prima necessità.

Sono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto acquistato.

Massimale	Una volta a settimana Massimo 2 buste per richiesta
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa 4 volte per sinistro
Estensione territoriale	La prestazione è operativa in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. 83 – Custodia animali

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, a seguito di infortunio o malattia dell'assicurato che hanno dato luogo a ricovero o gessatura e lo stesso si trovi impossibilitato ad affidare il suo animale domestico (cane o gatto di proprietà documentata dell'assicurato), ne predispone la custodia in un'idonea struttura di accoglienza.

La società tiene a proprio carico il costo del pensionamento.

Massimale	300 euro IVA inclusa a sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operativa in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

Art. 84 – Invio Baby Sitter

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, qualora l'assicurato sia stato ricoverato per più di 5 giorni in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia e non abbia la possibilità di occuparsi dei propri figli di età inferiore di anni 12, invia, salvo disponibilità, una baby sitter per accudirli.

La Società tiene a proprio carico l'onorario.

Massimale	300 euro IVA compresa per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operativa in ITALIA

Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno

Art. 85 – Informazioni sanitarie e farmaceutiche
È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'assicurato, provvederà a fornire informazioni in merito a:

TEMATICHE SANITARIE:
- indirizzi di ospedali, cliniche, centri specializzati del capoluogo/regione di residenza dell'assicurato;
- indirizzi degli uffici competenti per l'espletamento di pratiche e richieste di documenti;
- informazioni per l'assistenza sanitaria all'estero, paesi UE ed extra UE.

MEDICINALI COMMERCIALIZZATI IN ITALIA:
- loro composizione;
- equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio;
- posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;
- eventuali controindicazioni.

Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

CAPITOLO 2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITA'
Applicabili a tutte le garanzie della sezione.

Art. 86 – Effetti giuridici
1. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.
2. La Struttura Organizzativa non si assume responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.
3. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di 2 anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 C.C.
4. In presenza di altre assicurazioni con altra o altre Società di assicurazione o di servizi che prevedono prestazioni analoghe, e nel caso in cui l'altra o le altre Società si siano già attivate, le prestazioni qui garantite, fermi i limiti previsti, si intendono operanti per gli eventuali maggiori costi sostenuti dall'Assicurato e non corrisposti dall'altra Società.
5. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
6. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.
7. La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

CAPITOLO 3 – COSA NON E' ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA
Applicabili a tutte le garanzie della Sezione.

Art. 87 – Esclusioni e limitazioni

Sono esclusi dalle prestazioni i sinistri causati o dipendenti dai casi sotto indicati:

1. **dolo dell'Assicurato**;
2. **corto circuito provocato da negligenza grave, dolo, imperizia dell'Assicurato**;
3. malattie e infortuni conseguenti e derivanti da **abuso di alcolici o psicofarmaci**, nonché dall'**uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni**;
4. **malattie nervose e mentali**, le **malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana** di gestazione e dal puerperio;
5. **suicidio o tentato suicidio**;
6. **infortuni avvenuti anteriormente** la data di decorrenza della copertura;
7. **infortuni** derivanti dallo svolgimento delle **seguenti attività**: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
8. **espianto e/o trapianto di organi;**
9. **ricerca o soccorso in mare, montagna, deserto;**
10. **guerra, terremoti, fenomeni atmosferici** aventi caratteristiche di **calamità naturale**, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
11. **scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari**, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
12. nei paesi in cui sia in vigore lo **stato di guerra, dichiarata o di fatto.**

AMBITO DI SERVIZIO PER TUTTE LE GARANZIE

Art. 88 – Condizioni speciali valide per singole attività
Le garanzie della presente polizza, se acquistate, si intendono integrate dalla seguente "Condizione speciale di operatività" / "Settore di attività" indicata nella scheda tecnica di polizza. Quanto in essa riportato deve comunque intendersi a titolo esplicativo e non esaustivo.

CS1) 118 soccorso e trasporto in ambulanza
Sono assicurate le operazioni di soccorso, prelievo, trasporto e consegna di persone, eseguiti con ambulanze o mezzi allo scopo dedicati.
L'assicurazione garantisce l'E.T.S. in qualità di committente per l'attività di soccorritore, infermiere o medico svolta dai suoi volontari ai sensi della Legge n. 24 dell'8 Marzo 2017 (*Gelli–Bianco*) per conto dell'E.T.S. assicurato. **Resta comunque sempre esclusa la Responsabilità Civile Professionale personale di tipo sanitario degli assicurati, anche qualora gli eventi siano riconducibili all'attività svolta per conto dell'E.T.S. Contraente.**

Ai fini dell'operatività delle garanzie di Responsabilità Civile, le persone trasportate sono considerate terze per i danni subiti a seguito di operazioni di prelievo, carico sui mezzi di trasporto e scarico dagli stessi, purché non siano conseguenti a circolazione stradale.

Sono comprese le attività di formazione ed aggiornamento professionale, di esercitazione pratica e le attività di dimostrazione al pubblico svolte presso scuole o eventi allo scopo organizzati.

CS2) Cooperazione allo sviluppo e attività commerciali
Agricoltura Sociale
L'assicurazione comprende lo svolgimento di attività agricole aventi scopo sociale, come definite dalla Legge 18 agosto 2015, n. 141, "Disposizioni in materia di agricoltura sociale", finalizzate:
- all'inserimento socio-lavorativo di lavoratori con disabilità, di soggetti svantaggiati e di minori in età lavorativa inseriti in progetti di riabilitazione e sostegno sociale;
- alla promozione, accompagnamento e realizzazione di azioni volte allo sviluppo di abilità e capacità, di inclusione sociale e lavorativa, di ricreazione e di servizi utili per la vita quotidiana a favore delle comunità locali mediante l'utilizzazione delle risorse materiali e immateriali dell'agricoltura;
- all'affiancamento e supporto a terapie mediche, psicologiche e riabilitative finalizzate a migliorare le condizioni di salute e le funzioni sociali, emotive e cognitive dei soggetti interessati anche attraverso l'ausilio di animali allevati e la coltivazione delle piante;
- alla realizzazione di progetti finalizzati all'educazione ambientale e alimentare, alla salvaguardia della biodiversità nonché alla diffusione della conoscenza del territorio attraverso l'organizzazione di fattorie sociali e didattiche riconosciute a livello regionale, quali iniziative di accoglienza e soggiorno di bambini in età prescolare e di persone in difficoltà sociale, fisica e psichica.

È compreso l'utilizzo di macchine e strumenti agricoli, anche a motore, nel rispetto delle necessarie abilitazioni all'uso previste dalla legge, esclusi i danni da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate.
È compresa la vendita dei beni agricoli prodotti, presso mercati o proprie rivendite. La garanzia vale per la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni cagionati a terzi, compreso l'acquirente, durante il periodo di validità dell'assicurazione, dai prodotti agricoli di propria produzione venduti. Sono compresi i danni da vizio originario del prodotto.
È escluso l'esercizio dell'attività svolto in forma di impresa sociale.

Adozione
L'assicurazione comprende l'attività di istruzione e gestione di pratiche di adozione.

Commercio equo e solidale
L'assicurazione comprende la gestione di punti vendita al dettaglio per la commercializzazione di beni prodotti dal commercio equo e solidale, così come regolamentato dalle rispettive leggi regionali. Sono comprese:
a. iniziative volte a sensibilizzare e divulgare la realtà del commercio equo e solidale ed accrescere nei consumatori la consapevolezza degli effetti delle proprie scelte di consumo;
b. specifiche azioni educative nelle scuole;
c. iniziative di formazione per gli operatori ed i volontari delle organizzazioni del commercio equo e solidale;
d. partecipazione o organizzazione di giornate del commercio equo e solidale.
Ai fini dell'operatività delle garanzie di Responsabilità Civile sono compresi i danni cagionati a terzi, compreso l'acquirente, e, comunque, durante il periodo di validità dell'assicurazione, dalle cose vendute o somministrate dall'Ente assicurato, esclusi quelli dovuti a vizio originario del prodotto. La validità della garanzia è subordinata al possesso da parte del titolare e delle persone addette dei requisiti richiesti dalla legge per l'esercizio dell'attività da loro svolta. L'Assicurazione riguarda i danni verificatisi entro un anno dalla consegna e, comunque, non oltre la data di scadenza della polizza, da cose vendute o consegnate durante il periodo di validità della garanzia.

Attività di consulenza e assistenza
L'assicurazione vale per attività di consulenza e assistenza su:
a. Questioni fiscali e tributarie;
b. Coperture assicurative;
c. Formazione e qualificazione professionale;
d. bandi e opportunità di finanziamento;
e. adempimenti di legge in ordine all'iscrizione al Registro Unico Nazionale del terzo Settore;
f. promozione della cultura del volontariato.

CS3) Cultura e tutela del patrimonio
Rientrano in copertura l'organizzazione, gestione e realizzazione di:
- corsi tematici inerenti le attività statutarie dell'ETS
- spettacoli teatrali, comprese le operazioni di montaggio e smontaggio di stands, impianti ed attrezzature eseguite dai volontari appartenenti all'ETS assicurato.
- Trasmissioni radiofoniche.
- Visite guidate a musei, siti storici, città d'arte, luoghi di culto.

CS4) Filantropia e beneficenza
Rientrano in garanzia l'organizzazione, gestione e realizzazione di:
- Attività di informazione, sensibilizzazione su tematiche specifiche anche mediante convegni, incontri, partecipazione a eventi pubblici, distribuzione di materiale informativo.
- Raccolta fondi economici con finalità di beneficenza.
- Raccolta, stoccaggio e distribuzione di generi alimentari, farmaci, vestiario, mobilio con finalità di beneficenza.

CS5) Interventi e salvaguardia ambiente
L'assicurazione vale per interventi di pulizia, bonifica, salvaguardia e recupero di terreni, corsi d'acqua, bacini idrici, riqualificazione di parchi, riserve o aree degradate ed inquinate,

salvaguardia della fauna, interventi di protezione di habitat naturali, organizzazione di corsi e convegni di educazione ambientale e iniziative di sensibilizzazione alla tutela dell'ambiente. È compreso l'utilizzo di decespugliatori, trattorini, motoseghe e macchinari adibiti a potatura ed abbattimento alberi, compresa la guida e l'utilizzo di macchine operatrici a motore, inclusi scale e cestelli. Sono comunque esclusi i danni da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate.

CS6) Interventi e Servizi Sociali

Si intendono comprese le seguenti attività:

- Gestione di servizi di accoglienza di minori, immigrati, tossicodipendenti, senza tetto o altri soggetti svantaggiati, presso proprie strutture o presso abitazioni di proprietà o in comodato d'uso. Nel caso di affidamento di minori di cui l'Assicurato sia stato nominato tutore (nella persona del rappresentante legale o di persona da questi delegata), la copertura vale per la responsabilità di cui l'assicurato debba rispondere ai sensi dell'art.2048 del codice civile.
- Inserimento sociale di soggetti in situazioni di disagio e persone con disabilità, mediante attività manuali, ludiche, ricreative, motorie.
- Accompagnamento, assistenza domiciliare e supporto alle attività della vita quotidiana a favore di persone anziane, bisognose, anche mediante trasporto su mezzi propri.
- Organizzazione e gestione di case per ferie, colonie estive e montane, grest qualora l'attività sia prevista dallo statuto sociale tra le attività istituzionali dell'ETS.
- È da intendersi compreso l'esercizio di mensa e servizio di refezione per bisognosi, se gestiti direttamente dall'Assicurato. Relativamente alla somministrazione di cibi e bevande, l'assicurazione comprende i danni corporali cagionati durante il periodo di validità dell'assicurazione dai prodotti somministrati o venduti, esclusi quelli dovuti a difetto originario dei prodotti stessi.
- Servizi ludico-ricreativi rivolti all'infanzia, svolti presso proprie strutture o presso il domicilio di ciascun Volontario.

CS7) Istruzione e ricerca

L'assicurazione opera per l'organizzazione e la gestione di corsi di formazione, istruzione per adulti e bambini in età pre-scolare, corsi finalizzati all'inserimento sociale di soggetti in condizione di disagio, supporto all'attività scolastica, sia presso proprie strutture che presso terzi.
È compresa la responsabilità civile derivante dalla proprietà/utilizzo del materiale e attrezzatura didattica quali, a titolo esemplificativo, lavagne luminose, proiettori, computers.
I fruitori dei servizi sono considerati terzi nei confronti dell'ETS assicurato e dei volontari che ne fanno parte.

CS8) Protezione Civile - solo supporto logistico e radiocomunicazioni

L'assicurazione opera per l'organizzazione e la gestione delle attività di allestimento di campi di accoglienza o operativi, comprese le attività di montaggio e smontaggio di tendoni, gazebi, strutture pressostatiche e relativi servizi.

Sono compresi i danni derivanti dall'installazione di impiantistica elettrica e meccanica a supporto delle attività di un campo operativo e dall'utilizzo di attrezzature quali motopompe, generatori. Sono garantite le operazioni di approvvigionamento, stoccaggio e distribuzione di vestiario e generi alimentari.
Relativamente alla somministrazione di generi alimentari, la garanzia di Responsabilità Civile comprende l'involontaria somministrazione di cibi guasti e/o avariati, con l'avvertenza che la relativa garanzia è operante in quanto la somministrazione sia avvenuta durante il periodo di validità dell'assicurazione ed il danno si sia manifestato entro 30 giorni. **Per questo rischio il**

massimale di Responsabilità Civile per sinistro rappresenta il limite di garanzia per ogni periodo assicurativo, restando inteso che gli eventi dannosi la cui manifestazione sia dovuta ad una stessa causa saranno considerati unico sinistro. **Qualora la gestione sia affidata in appalto a terzi, l'assicurazione sarà operante esclusivamente per la responsabilità civile derivante all'assicurato nella sua qualità di committente**.
La copertura assicurativa è estesa alle esercitazioni di gruppo, agli allenamenti, preparazioni, simulazioni, alla partecipazione a manifestazioni dimostrative.
Relativamente ai nuclei di radiocomunicazione la garanzia opera per l'installazione di stazioni radio fisse o mobili, nonché per i corsi di formazione per operatori radio organizzati dall'ETS assicurato.

CS9) Protezione Civile - antincendio, soccorso
Si assicurano gli interventi di speleologia, soccorso speleologico, soccorso alpino, interventi che comportino immersioni subacquee, anche con uso di sistemi di respirazione artificiale. Sono comprese le operazioni di recupero e trasporto degli infortunati o delle persone in stato di pericolo, anche con unità cinofile.
Sono inoltre compresi in garanzia i danni cagionati a terzi e gli infortuni subiti dai volontari in occasione di attività di prevenzione antincendio (selvicoltura, manutenzione, pulizia boschiva e campagne di informazione e sensibilizzazione alla popolazione) e di spegnimento eseguito con mezzi da terra o con flotte aeree della Regione o dello Stato.
La copertura assicurativa è estesa alle esercitazioni di gruppo, agli allenamenti, preparazioni, simulazioni, alla partecipazione a manifestazioni dimostrative.
Relativamente ai nuclei di radiocomunicazione la garanzia ~~RCT~~ opera per l'installazione di stazioni radio fisse o mobili, nonché per i corsi di formazione per operatori radio organizzati dall'ETS assicurato.

CS10) Servizi Sociali, prestazioni socio-sanitarie
Rientrano in questa categoria gli interventi disciplinati dall'art.3 commi 1 e 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001, in base a quale sono da considerare:
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite.
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

  L'assicurazione di RCT opera per le attività di:
- terapia psicologica;
- musicoterapia;
- clownterapia;
- assistenza a soggetti ospedalizzati e domiciliare;
- contrasto alla povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- sostegno e aiuto domestico familiare finalizzato a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- sostegno atto a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologie psicofisiche e da dipendenza.

Si intende esclusa ogni responsabilità di natura professionale medico-infermieristica

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

CAPITOLO 1 – NORME VALIDE PER LA SEZIONE SALUTE

Art. 89 – Obblighi in caso di sinistro

Entro 5 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa.

Alla Società, è consentito di verificare lo stato del rischio assicurato previo accordo con il Contraente e l'Assicurato, in merito al tempo e alle modalità della verifica, potendosi avvalere della collaborazione di fiduciari.

In caso di sinistro la Società ha inoltre diritto di prendere visione dei registri, fatture e quanto utile al fine di poter determinare la copertura assicurativa e l'ammontare del danno; il mancato rispetto comporta la decadenza del diritto dell'Assicurato.

Art. 90 – Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni ritenute indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza.

L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 91 – Termine per il pagamento del sinistro

Dalla data di ricevimento della denuncia di sinistro la Società si impegna a esaminare la pratica entro il termine di 60 giorni per verificarne la completezza o la necessità di eventuali supplementi istruttori. Dal ricevimento di tutta la documentazione completa, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società si impegna a procedere alla liquidazione o alla comunicazione della reiezione entro il termine di 45 giorni, sempreché non sia stata fatta opposizione ai sensi dell'articolo 2742 c.c. e sia verificata la titolarità dell'interesse assicurato.

Art. 92 – Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Se tra la Società e l'Assicurato insorgono eventuali controversie di natura medica, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se lo ritiene opportuno, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso. Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta, anche solo a maggioranza, dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte il cui perito, anche dissenziente, non l'abbia sottoscritta.
Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.
Resta fermo il diritto dell'assicurato di rivolgersi all'autorità giudiziaria per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo senza sottoporre le stesse ad alcun arbitrato.

Art. 93 – Verifica dell'indennizzabilità e liquidazione del capitale
La Società verifica l'indennizzabilità entro 30 giorni dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva.
In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato e il termine di 30 giorni decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.

In caso di decesso dell'Assicurato il capitale verrà liquidato ai suoi eredi.

La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'Assicurato, o effettuare ulteriori indagini.

Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 45 giorni.
Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 45 giorni dall'accertamento.

Art. 94 – Rinuncia al diritto di surrogazione
La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'articolo 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CAPITOLO 2 – NORME VALIDE PER LA SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

Art. 95 – Obblighi in caso di sinistro
In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a la Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.
Alla Società è consentito di verificare lo stato del rischio assicurato previo accordo con il Contraente e l'Assicurato, in merito al tempo e alle modalità della verifica, potendosi avvalere della collaborazione di fiduciari.
In caso di sinistro la Società ha inoltre diritto di prendere visione dei registri, fatture e quanto utile al fine di poter determinare la copertura assicurativa e l'ammontare del danno; il mancato rispetto comporta la decadenza del diritto dell'Assicurato.

Art. 96 – Gestione delle vertenze di danno – Spese di resistenza
La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze sia in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale a nome dell'Assicurato, designando, ove

occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda. La Società ha il diritto di rivalersi sull'assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi. Sono a carico della Società 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.
Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra la Società ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.
La Società non rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 97 – Regime transitorio
Fino all'operatività del Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, continua ad applicarsi quanto previsto dalla Legge 266/91 per le Organizzazioni di Volontariato e dalla Legge 383/2000 per le Associazioni di Promozione Sociale per quanto riguarda l'iscrizione nei rispettivi registri.

CAPITOLO 3 – NORME VALIDE PER LA SEZIONE TUTELA LEGALE

Art. 98 – Promessa di affidamento dei sinistri
La gestione dei sinistri Tutela Legale è stata affidata dalla Società a:

D.A.S.
Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.
Via Enrico Fermi 9/B – 37135 VERONA
sito internet: www.das.it

in questa documentazione denominata D.A.S., alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

La società si riserva la facoltà, a ogni scadenza annuale, di affidare ad altra impresa la gestione dei sinistri, dandone tempestiva comunicazione al Contraente.

Art. 99 – Quali obblighi ha l'assicurato

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO
1. **La denuncia del sinistro deve essere presentata tempestivamente alla Società e/o ad D.A.S. nel momento in cui l'assicurato ne ha conoscenza e comunque nel rispetto del termine di prescrizione previsto dalla legge. La denuncia deve in ogni caso avvenire nel termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione del contratto o di eventuali altri contratti emessi successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio.**
2. **L'assicurato deve informare la Società e/o D.A.S. in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro, nonché indicare i mezzi di prova, i documenti, l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi e, su richiesta, metterli a disposizione.**
3. **L'assicurato ha l'onere di fornire le prove e argomentazioni per permettere a D.A.S.di valutare la copertura assicurativa delle spese della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni.**

CASI SPECIFICI

4. **Nella garanzia aggiuntiva "Vertenze con la Pubblica Amministrazione", punto 2. Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per provvedimenti instaurati davanti alla Corte dei Conti", l'assicurato ha l'obbligo di denunciare il sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza.**

5. L'assicurato è obbligato a restituire le spese che sono state anticipate da D.A.S.:

- **quando ha diritto di recuperarle dalla controparte;**
- **nei delitti dolosi, se il giudizio si conclude con sentenza definitiva diversa da assoluzione, o senza la derubricazione del reato da doloso a colposo. In tal caso l'assicurato ha l'obbligo di trasmettere tempestivamente a D.A.S. la copia della sentenza definitiva.**

6. In caso di disaccordo tra l'assicurato e D.A.S. in merito alla gestione del sinistro ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

7. L'assicurato deve comunicare alla Società e/o a D.A.S. l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e dare avviso dei sinistri a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai fini della ripartizione proporzionale delle spese.

8. Ogni spostamento della sede dell'Associazione va comunicato alla Società.

Art. 100 – Come denunciare un sinistro

La denuncia del sinistro deve essere presentata:

- tempestivamente alla Società e/o a D.A.S.
- **nel momento in cui l'Assicurato ne ha conoscenza**
- comunque **nel rispetto del termine massimo di 24 mesi** dalla data di cessazione del contratto o di eventuali altri contratti emessi successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio.

L'ASSICURATO PUÒ DENUNCIARE I NUOVI SINISTRI UTILIZZANDO:

NUMERO VERDE: 800 572 572
DALL'ESTERO: +39 02 24 12 85 70
Lunedì – venerdì 8.00 – 18.00

e-mail: sinistri@das.it

L'Assicurato deve informare la Società e/o D.A.S. in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro, nonché indicare i mezzi di prova, i documenti, l'eventuale esistenza di altri contrattiassicurativi e, su richiesta, metterli a disposizione.
In mancanza, D.A.S. non può essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del sinistro, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

Art. 101 – Libera scelta del legale per la fase giudiziale

L'Assicurato, limitatamente alla fase giudiziale e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, ha il diritto di scegliere liberamente l'Avvocato cui affidare la tutela dei propri interessi, purché iscritto all'Albo degli Avvocati dell'Ufficio Giudiziario competente per la vertenza oppure del proprio luogo di residenza o della sede legale del Contraente / Assicurato. In quest'ultimo caso, se necessario, D.A.S. indica il nominativo del domiciliatario.

L'Assicurato deve in ogni caso conferire regolare mandato per la gestione della vertenza o per la difesa penale all'Avvocato così individuato.
La Società e/o D.A.S. non sono responsabili dell'operato degli Avvovcati.

Art. 102 – Gestione del sinistro
Ricevuta la denuncia, previa valutazione della copertura assicurativa e delle possibilità di far valere con successo le ragioni dell'Assicurato, D.A.S. gestisce la vertenza al fine di realizzarne il bonario componimento, demandando ad Avvocati di propria scelta la trattazione stragiudiziale, anche in sede di mediazione.
Ove il tentativo di definizione stragiudiziale o la mediazione non riescano, l'Assicurato comunica alla Società e/o D.A.S. gli elementi probatori e/o le argomentazioni su cui fondare l'azione o la resistenza in giudizio al fine di permettere alla Società e/o D.A.S. di valutare le possibilità di successo. Qualora tale valutazione abbia esito positivo, la gestione della vertenza viene affidata all'Avvocato scelto nei termini dell'Art. 92 "Libera scelta del legale per la fase giudiziale".

Qualora l'Assicurato nomini l'Avvocato scelto da D.A.S. nella fase stragiudiziale anche nella fase giudiziale, le spese legali sostenute per la fase giudiziale sono liquidate con aumento del massimale indicato in polizza del 30% (trenta per cento).

In sede penale la difesa viene affidata direttamente all'Avvocato scelto nei termini dell'Art. 92 "Libera scelta del legale per la fase giudiziale".
La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado successivo di procedimento qualora l'impugnazione presenti possibilità di successo.
In ogni caso la copertura delle spese legali per la transazione della vertenza, per l'instaurazione o la costituzione in giudizio e per la copertura delle spese per il Consulente Tecnico di Parte devono essere preventivamente confermate da D.A.S..
La Società e/o D.A.S. non sono responsabili dell'operato dei Consulenti Tecnici.

D.A.S. può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di assicurazione e senza che D.A.S. assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista.
Se l'assicurato paga direttamente il professionista, D.A.S. rimborsa quanto anticipato dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento.
Il pagamento delle spese garantite avviene entro il termine di 30 (trenta) giorni previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto.

Art. 103 – Disaccordo con D.A.S. per la gestione del sinistro e conflitti di interessi
In caso di disaccordo tra l'Assicurato e D.A.S. in merito alla gestione del sinistro, la decisione può essere affidata a un arbitro che decide secondo equità, scelto di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal presidente del tribunale competente a norma del codice di procedura civile.

Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

In via alternativa è possibile adire l'autorità giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione.
L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere il proprio Avvocato nel caso di conflitto di interessi con D.A.S..

CAPITOLO 4 – NORME VALIDE PER LA SEZIONE ASSISTENZA

Art. 104 – Struttura organizzativa

Per poter usufruire delle prestazioni, l'assicurato deve preventivamente contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, che interviene direttamente o ne deve autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA
ATTIVA 24 ORE SU 24

DALL'ITALIA:
800 572 572 (NUMERO VERDE)

DALL'ESTERO:
+39 02 24 128 570

DALL'ITALIA O DALL'ESTERO
FAX:
+39 02 24 128 245

Le richieste di rimborso delle spese sostenute, a condizione che siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa, devono essere inoltrate, insieme ai giustificativi in originale a:

IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)

oppure tramite posta elettronica all'indirizzo:

controllo.operativo@imaitalia.it

INFORMAZIONI DA FORNIRE:

- il nome e il cognome;
- il numero di polizza;
- il servizio richiesto e la motivazione per la quale lo si richiede;
- l'indirizzo del luogo in cui l'assicurato stesso si trova;
- il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamare l'Assicurato nel corso dell'assistenza.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'Assistenza.

In ogni caso, è necessario inviare gli originali dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Salvo casi di comprovata e oggettiva forza maggiore, il diritto all'assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro e abbia provveduto in autonomia ad attivare le prestazioni senza previa autorizzazione da parte della Struttura Organizzativa.
Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa non saranno rimborsate.