

**Condizioni Generali di Assicurazione
Polizza Infortuni N.IAH0002989**

IAH0002989

tra

ENDAS

Ente Nazionale Democratico di Azione Sociale

e

Chartis Europe S.A.

Rappresentanza Generale per l'Italia



INDICE

- Capitolo 1 - Definizioni
- Capitolo 2 - Garanzie
- Capitolo 3 - Delimitazione del Rischio
- Capitolo 4 - Liquidazione dei Sinistri
- Capitolo 5 - Condizioni Particolari



Capitolo 1 – Definizioni

ASSICURAZIONE	Il contratto di Assicurazione.
POLIZZA	Il documento che prova l'Assicurazione.
CONTRAENTE	Il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di assicurazione.
SOCIETÀ'	Chartis Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via della Chiusa, 2 – 20123 Milano.
INFORTUNIO	E' considerato infortunio l'evento che sia dovuto a causa fortuita violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente.
ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
BENEFICIARIO	Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. Un Assicurato può cambiare il beneficiario designato in ogni momento, senza il consenso del beneficiario designato, fornendo una richiesta scritta di cambio al Contraente della polizza assicurativa o alla Società. In mancanza di quanto sopra i beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi o testamentari.
PAESE DI PRINCIPALE RESIDENZA	Dove l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale .
ESTERO	Mondo intero. Escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino e il Paese di Residenza Principale.
RISCHIO	La possibilità che si verifichi il sinistro.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale e' prestata l'Assicurazione.
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
FRANCHIGIA	Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.



AEROMOBILE DI LINEA

Veicolo abilitato al trasporto di almeno 20 passeggeri che operi per una compagnia aerea a condizione che: 1 -detta compagnia sia in possesso di un certificato per il trasporto pubblico di passeggeri e che effettui il servizio tra aeroporti stabiliti ad orari regolari e determinati; 2- che il volo venga effettuato regolarmente e con continuità sulle rotte e orari pubblicati nella ABC World Airways Guide.

OSPEDALE-ISTITUTO DI CURA

L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privato, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. Restano esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza e/o Istituti simili.

RICOVERO

La permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura, pubblico o privato, in qualità di paziente, per un periodo di 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento.

Capitolo 2 – Garanzie

2.1 Oggetto dell'Assicurazione

La copertura si intende operante a favore di tutti gli iscritti ENDAS (Ente Nazionale Democratico di Azione Sociale, durante la pratica di attività Sportive, Sociali, Culturali e del tempo libero purché svolte sotto l'egida dell'Associazione stessa. L'assicurazione vale anche durante i trasferimenti collettivi effettuati sotto l'assistenza di appositi accompagnatori (organizzati dalla Contraente sia con mezzi pubblici che privati).

2.2 Estensioni particolari agli infortuni

Sono considerati infortuni ai sensi della presente polizza:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) l'annegamento;
- 3) l'assideramento o il congelamento;
- 4) i colpi di sole o di calore, influenze termiche ed atmosferiche;
- 5) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti;
- 6) le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:
 - a) nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di indennità permanente non superiore al 10% (dieci per cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
 - b) qualora sorga una contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Articolo 5.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione;
 - c) se l'infortunio determina ernia operabile, verrà corrisposta un'indennità per il caso di Inabilità Temporanea, sempreché sia previsto in polizza, fino ad un periodo di giorni 30 successivi a quello dell'infortunio.
- 7) le punture di insetti (escluso la malaria), morsi di rettili e animali;
- 8) il contatto accidentale con corrosivi;

Sono compresi in garanzia anche*

- 9) gli infortuni subiti in stato di maleore o di incoscienza;
- 10) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 11) gli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;

Capitolo 3 – Delimitazione del rischio

3.1 Esclusioni Infortuni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni direttamente derivanti

- a) dallo svolgimento di attività sportive a carattere professionale,
- b) dalla pratica di paracadutismo, volo da diporto o sportivo, sports aerei in genere,
- c) salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta,
- d) dalla guida di mezzi di locomozione aerea e l'uso di mezzi privati di locomozione aerea,
- e) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore solo se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- f) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni,
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici del nucleo dell'atomo, naturali o provocati artificialmente e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.)
- i) da guerre ed insurrezioni,
- l) suicidio od il tentato suicidio
- m) da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.

Sono inoltre escluse le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio, gli infarti miocarditi.

3.2 Limite di risarcimento

Resta convenuto che, in caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di Euro 5.000.000,00

La somma complessiva che precede si intende unica per tutti i certificati della presente polizza e per tutte le polizze stipulate dal Contraente - o per il suo tramite in qualità di Associato ad una Cassa di Assistenza - con la Società per il rischio infortuni.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

3.3 Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero

3.4 Limite di età

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore ai **85 anni**, mentre per quelle già assicurate cessa alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento dell'ottantacinquesimo anno, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

3.5 Condizioni di salute

Si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio, l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

A maggior precisazione si dà atto che sono assicurabili contro gli infortuni anche le persone affette da diabete e da infermità gravi e permanenti, fermo restando che sono escluse dall'assicurazione le rispettive conseguenze. Pertanto, in caso di infortunio la Società corrisponde l'indennità a sensi dell'Articolo 5.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Capitolo 4 – Liquidazione dei sinistri

4.1 Indennizzo per Morte

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni di giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto. Tale somma viene liquidata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno dopo la scomparsa, l'arenamento, l'affondamento od il naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/privato, non escluso dalle condizioni di polizza, verrà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come l'infortunio. Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

4.2 Indennizzo per Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno dal quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" e successive modifiche.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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

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

Per la singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

4.3 Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinano, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla direzione della Società, o al Broker al quale è assegnata la polizza, entro 15 giorni dall'infortunio e dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

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

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

4.4 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dall'Articolo 4.5.

4.5 Cumulo di indennizzi caso morte e invalidità permanente

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi

dell'assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria.

4.6 Controversie sulla natura e conseguenza delle lesioni

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente le Parti si obbligano a conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalle Parti entro una terna di medici proposta dai due primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. Il Collegio medico risiede, a scelta della Società, presso la sede della Società stessa. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

4.7 Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio

La franchigia si intende operante secondo quanto stabilito nella "Scheda di rischio"

4.8 Indennità privilegiata per Invalidità permanente grave

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 50% e l'Assicurato si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza per l'invalidità permanente, fermo restando, in ogni caso, il disposto dell'art 4.4 – *Criteri di indennizzabilità*.

Capitolo 5 – Condizioni Particolari

Art. 5.1 Rimborso Spese Mediche

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, la Compagnia rimborserà le spese sostenute nel corso del ricovero in Istituto di cura per:

- trasporto dell'Assicurato con ambulanza all'Istituto di cura e viceversa;
- onorari medici (chirurgo, aiuto, assistente, anestesista) e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- farmaci,
- esami di laboratorio;
- rette di degenza;

protesi ed apparecchi ortopedici applicati durante il ricovero.

Non sono soggette a rimborso le spese sostenute per applicazioni di carattere estetico, per cure odontoiatriche e per protesi dentarie.

Il rimborso verrà riconosciuto a ciascun Assicurato fino alla concorrenza massima di Euro 516,00 per anno assicurativo. La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanziate e della cartella clinica.

Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi. Il rimborso delle spese è effettuato con applicazione di una franchigia fissa di Euro 100,00 per sinistro.

5.2 Diaria da gesso

Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia causato una lesione fratturativa radiologicamente accertata, l'Assicurato risulti portatore di apparecchi gessati inamovibili o equivalenti immobilizzanti inamovibili, applicati e da rimuovere presso le strutture Ospedaliere, la Società corrisponderà la diaria giornaliera pattuita per ciascuno dei giorni, fino ad un massimo di novanta dalla data del sinistro.

In ogni caso la Diaria Giornaliera non verrà corrisposta nei casi in cui all'Assicurato, per lesioni fratturative alle dita delle mani, siano stati applicati: Docce/Valve/Stecche gessate, Stecche di Zimmer, Finger Splint, Bendaggi elasto/adesivi o alla colla di zinco e Tutori in genere amovibili.
La presente garanzia non è cumulabile con quella relativa alla Diaria da ricovero Infortuni.

5.3 Diaria da Ricovero Infortuni

In caso di ricovero in ospedale o casa di cura a seguito di evento qualificabile come infortunio a termini di polizza, la Società paga all'Assicurato la somma giornaliera assicurata sino a che dura il ricovero ma con il limite massimo di giorni per ciascun ricovero così come riportato nella "scheda di rischio".

La Società effettuerà il pagamento per gli infortuni indennizzabili a termini di polizza, dietro presentazione di un certificato medico rilasciato dall'ospedale o casa di cura, dal quale risulti la descrizione dell'infortunio, le cause che lo determinarono e la durata del ricovero.

Il pagamento sarà effettuato dall'impresa indipendentemente da ogni altro indennizzo di cui eventualmente fruiscia l'Assicurato.



SCHEDA DI RISCHIO

Assicurati: La copertura si intende operante a favore di tutti gli iscritti ENDAS, durante la pratica di attività Sportive, Sociali, Culturali e del tempo libero purché svolte sotto l'egida dell'Associazione stessa.

Capitali Assicurati:

- ⇒ Morte da infortunio: 80.000 €
- ⇒ Invalidità permanente da infortunio: 80.000 € (franchigia assoluta del 5%, elevata al 7% per attività a rischio)
- ⇒ Diaria da ricovero: 10,33 € (senza franchigia) max 90 gg
- ⇒ Diaria da ingessatura: 10,33 € (senza franchigia) max 90 gg
- ⇒ Rimborso spese mediche da infortunio: 516 € (franchigia 100 €)