

ASSOCIAZIONE VALDOSTANA MAESTRI DI SCI

CONVENZIONE INFORTUNI COLLETTIVA

Condizioni di assicurazione



Fondata nel 1828 - Sede Legale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia) – Registro Imprese Torino, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00875360018 - R.E.A. Torino N. 9806 – Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione – Capogruppo del Gruppo Assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi



Definizioni

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 ovvero – dove previsto - una inabilità temporanea o ricovero.

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, clinicamente ed oggettivamente constatabile.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il presente contratto di Assicurazione.

BENEFICIARIO

Il soggetto designato dall'Assicurato a percepire l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. Un Assicurato può cambiare il beneficiario designato in ogni momento, senza il consenso dello stesso beneficiario, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società. In mancanza di designazione i beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.

CONTRAENTE

Il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di assicurazione.

RICOVERO/DEGENZA

La permanenza dell'Assicurato nell'Ospedale/Istituto di Cura, pubblico o privato, in qualità di paziente, per un periodo di 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento, **restando inteso che il giorno di dimissioni dall'Istituto di Cura non è inteso come giorno di ricovero/ degenza.**

STATO DI COMA

Stato di profonda incoscienza spesso prolungata in cui un individuo è incapace di sentire o di rispondere a stimoli esterni od a esigenze interne. Richiede, inoltre, l'uso persistente e continuo di sistemi artificiali di supporto di mantenimento in vita per un periodo di almeno 96 ore e ha come conseguenza diretta un deficit neurologico permanente.

CONVALESCENZA

Periodo di recupero per ordine di un medico a seguito di ricovero superiore ai 5 (cinque) giorni.

OSPEDALE ISTITUTO DI CURA

L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale sia privati, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. **Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali e/o istituti simili.**

VOLO DI LINEA



Fondata nel 1828 - Sede Legale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia) – Registro Imprese Torino, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00875360018 - R.E.A. Torino N. 9806 – Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione – Capogruppo del Gruppo Assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi



DEFINIZIONI

Volo effettuato con un veicolo abilitato al trasporto di almeno 20 passeggeri che operi per una Società aerea a condizione che: 1 - detta Società 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.

ESTERO

Mondo intero. **Escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino e il Paese di Residenza Principale.**

GUERRA

Per guerra si intende ogni attività derivante dalla partecipazione effettiva o tentata nell'uso di forza militare tra nazioni. Rientrano nella definizione di guerra la guerra civile, le rivoluzioni e le invasioni.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

FRANCHIGIA

Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.

POLIZZA

Il documento che prova l'Assicurazione.

RISCHIO

La possibilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

SOCIETÀ

La Società Reale Mutua di Assicurazioni (di seguito Reale Mutua)

VIAGGIO DI LAVORO

Viaggio di lavoro effettuato per conto ed in relazione agli affari della Contraente e da questi espressamente autorizzato. Il Viaggio di Lavoro inizia quando l'Assicurato lascia l'abituale posto di lavoro e/o la sua residenza e termina quando lo stesso fa rientro in uno di tali luoghi.

Gestione della Polizza

2.1 REGOLE AMMINISTRATIVE PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il premio è unico ed è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno; le Parti convengono il frazionamento del premio in rate trimestrali (31 dicembre; 31 marzo; 30 giugno; 30 settembre).

Ai fini della presente Polizza, il premio si intende composto:

- a) di una parte fissa calcolata, in via provvisoria, al momento della stipulazione del contratto ed alla scadenza di ciascun periodo assicurativo in relazione al successivo periodo,
- b) di una parte variabile calcolata al termine del periodo di adesione per ciascun periodo assicurativo (31 gennaio) e corrisposta dal Contraente in 3 rate (31 marzo; 30 giugno; 30 settembre).

Eventuali ulteriori regolazioni del premio, verranno calcolate al termine di ciascun anno assicurativo sulla base delle comunicazioni intercorse tra Contraente e Società in relazione alle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

2.2

MODALITA' DI ADESIONE ED EFFETTO DELLA COPERTURA NEI CONFRONTI DI CIASCUN ASSICURATO

L'assicurazione viene prestata per gli infortuni occorsi ai Maestri di Sci nominativamente indicati, cittadini italiani o di altro stato della Comunità Europea, dell'Associazione Valdostana Maestri di Sci al fine di poter esercitare la professione nell'ambito di una scuola di sci o in forma individuale.

Ciascun Maestro di Sci regolarmente associato alla contraente, può aderire alla presente polizza durante tutto il periodo di copertura di ciascuna annualità assicurativa, mediante compilazione e sottoscrizione del Modulo di Adesione, nel quale l'aderente deve indicare l'opzione di copertura prescelta.

Nei confronti di Ciascun Assicurato, la copertura decorre dalle ore 24 del giorno di invio – all'Agenzia Reale Mutua che gestisce il contratto o al Broker – del modulo di adesione adeguatamente compilato e sottoscritto unitamente all'attestazione di avvenuto pagamento del relativo premio annuo.

La copertura cessa i propri effetti alle ore 24 del 31/12 di ciascuna annualità assicurativa, salvo conferma di adesione per l'anno successivo, mediante compilazione del Modulo di Adesione e pagamento del relativo premio.

La Contraente si impegna a comunicare alla Società, mediante supporto informatico fornito da quest'ultima, i seguenti dati per ciascun Assicurato per il quale venga richiesto l'inserimento in copertura assicurativa: nome, cognome, codice fiscale, opzione di copertura prescelta e data di ingresso.

2.3 PAGAMENTO DEL PREMIO

La Contraente è tenuta a pagare il premio, stabilito in polizza, alle rispettive scadenze direttamente alla Società ovvero all'Agente/Broker al quale è assegnata la polizza.

Salvo diversi accordi scritti tra le parti, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza se il premio anticipato o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento. Se la Contraente non paga il premio anticipato o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R, la risoluzione del contratto.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Condizioni Generali di Assicurazione

3.1 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il contratto si intende concluso nel momento dell'accettazione da parte della Contraente; salvo diversa previsione contenuta nella polizza e fermo comunque restando quanto contrattualmente stabilito per il pagamento del premio.

3.2 RINNOVO TACITO

La polizza non prevede rinnovo tacito e pertanto scadrà alla data riportata sul frontespizio di polizza senza necessità di preventiva disdetta tra le Parti.

3.3 VARIAZIONI DI RISCHIO

Salvo quanto previsto al capitolo 2 con riferimento alla comunicazione dei dati necessari per il calcolo del premio, la Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare il rischio oggetto di assicurazione, diverso dagli elementi oggetto di comunicazione ai fini della regolazione del premio o dell'inclusione degli Assicurati in copertura. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dalla Contraente, ai sensi dell'Art.1897 Codice Civile, rinunciando al relativo diritto di recesso. Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

3.4 COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia tra le parti della Presente Polizza è competente il foro di residenza o domicilio dell'Assicurato o, a scelta dell'Assicurato, quello del luogo dove è stato concluso il contratto.

3.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

3.6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché il recesso o l'annullamento del contratto, ai sensi degli Artt.1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

3.7 BUONA FEDE

L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni della Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale o involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa assicurazione.

Quanto sopra non è operante per le disposizioni di cui al precedente articolo. Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

3.8 ALTRE ASSICURAZIONI

Permane l'obbligo alla Contraente di comunicare eventuali altre assicurazioni infortuni stipulate per le stesse persone con la Società stessa.

3.9 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice



Fondata nel 1828 - Sede Legale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia) – Registro Imprese Torino, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00875360018 - R.E.A. Torino N. 9806 – Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione – Capogruppo del Gruppo Assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi



Civile verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

3.10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

3.11 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'Assicurazione con effetto nei confronti della Contraente e di tutti gli Assicurati con un preavviso di almeno 30 giorni. In tal caso la Società entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, mette a disposizione la parte di premio netto relativa alla parte di rischio non corso. **La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia della malattia o comunque dopo la comunicazione dell'esercizio della facoltà di recesso o qualunque altro atto dell'Impresa non potranno essere interpretati come rinuncia dell'Impresa stessa a valersi della facoltà di recesso.**

3.12 ONERI FISCALI

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

3.13 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

3.14 BENEFICIARI

La Società dà e prende atto che beneficiari delle somme garantite in caso di Morte degli Assicurati si intendono gli eredi legittimi e/o testamentari, salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dagli Assicurati stessi ed allegata agli atti che formano parte integrante del contratto.

3.15 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni previste dal contratto devono essere fatte per iscritto alla Società o al Broker al quale è assegnata la polizza; nel secondo caso, le comunicazioni ricevute dal Broker si intenderanno fatte alla Società.

Delimitazione del Rischio

4.1 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

4.2 LIMITE DI ETÀ

Ai fini della presente Assicurazione e solo per la garanzia infortuni, salvo il caso di deroga concordato con la Società, al compimento dell'ottantesimo anno di età dell'Assicurato, il capitale assicurato per il caso morte e invalidità permanente s'intende ridotto del 50%, e non potrà in ogni caso eccedere il limite massimo di Euro 100.000,00.

4.3 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**.

4.4 EVENTI CATASTROFALI

In caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più Assicurati ai sensi della presente Polizza, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di **Euro 5.000.000,00**.

4.5 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) stato di guerra (dichiarata e non) salvo se diversamente concordato;
- b) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- c) rischio volo salvo se su voli di linea o voli charter in qualità di passeggero;
- d) dalla guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- e) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione. Nel caso il documento comprovante l'abilitazione sia scaduto da meno di tre mesi alla data dell'infortunio e sia stato rinnovato entro 30 giorni da tale data la presente esclusione si intende non operante;
- f) un tasso di alcol nel sangue dell'Assicurato uguale o superiore a quello fissato dalle leggi del luogo che regolano l'uso di autoveicolo. L'esclusione opera solo quando alla guida di un autoveicolo;
- g) da uso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- h) malattie e/o invalidità preesistenti alla stipulazione della polizza;
- i) da paracadutismo e sport aerei in genere salvo se diversamente concordato;
- j) dalla pratica di qualsiasi sport a titolo professionale o semiprofessionale per il quale l'Assicurato percepisca una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.
- k) Attività di guida alpina, sommozzatore, minatore.
- l) **Si esclude la pratica dello sci estremo: non è previsto indennizzo per l'infortunio occorso a seguito di discesa classificata con valutazione S5, S6 o S7 della Scala Traynard.**

Gestione dei Sinistri

5.1 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 hanno determinato, corredata di certificato medico, **deve essere fatta per iscritto alla direzione della Società, all'Agenzia o al Broker al quale è assegnata la polizza, entro 30 giorni dall'infortunio e dal momento in cui la Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano ragionevolmente 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 l'erede, deve 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.

5.2 CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZA DELLE LESIONI

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato a un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno 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 dalla Società e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. **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 rifiuti di firmare il relativo verbale.

5.3 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**, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. 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.

5.4 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

DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria.

5.5 FRANCHIGIA

Per ciascuna opzione di copertura si intendono operanti le franchigie espressamente indicate nella relativa sezione.

Operatività delle Coperture

Per ciascuna opzione di copertura, nella relativa sezione, viene riportato l'ambito di operatività del contratto

6.1 ESTENSIONE DELLA NOZIONE DI INFORTUNIO

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 al Capitolo 5 – Gestione dei Sinistri;
 - 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 derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo terrestre o natante a motore **a condizione che l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato in conformità alle disposizioni di legge in vigore**. Nel caso il documento comprovante l'abilitazione sia scaduto da meno di tre mesi alla data dell'infortunio e sia stato rinnovato entro 30 giorni da tale data la copertura si intende comunque operante. L'estensione è inoltre valida solo se l'Assicurato quando alla guida del veicolo non presenti un tasso alcolemico uguale o superiore a quello previsto a termini di legge, ovvero non si trovi in uno stato di abuso di psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 10) gli infortuni subiti in stato di improvviso malore o di incoscienza, **purché non conseguenti a malattie croniche accertate che abbiano comportato infermità gravi e/o permanenti e le conseguenze del diabete**;
- 11) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 12) gli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- 13) gli infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile ai sensi di polizza.

OPERATIVITA' DELLE COPERTURE

Ad integrazione e a maggior precisazione delle condizioni di polizza, si prende atto tra le parti che sono comprese in polizza le attività di **ESCURSIONISMO, ALPINISMO, FERRATE, con le seguenti limitazioni in base alle rispettive scale di difficoltà.**

ESCURSIONISMO attività esclusa:

EEA=Escursionisti-Esperti-con-Attrezzatura-alpinistica

Itinerari che richiedono l'uso di attrezzatura da ferrata (cordini, imbracatura, dissipatore, casco, etc.). Possono essere sentieri attrezzati o vere e proprie vie ferrate. Si rende necessario saper utilizzare in sicurezza l'equipaggiamento tecnico e avere una certa abitudine all'esposizione e ai terreni alpinistici.

EEAG=Escursionisti-Esperti-Attrezzati-Ghiaccio

Caratteristiche simili all'EEA ma con utilizzo di attrezzature da ghiaccio (ramponi, piccozza, corda, etc.) oltre alla conoscenza delle relative manovre di assicurazione.

ALPINISMO attività esclusa:

AD=Abbastanza-Difficile

La struttura rocciosa, già più ripida o addirittura verticale, offre appigli e appoggi più rari e può già richiedere l'uso della forza. Di solito i passaggi non si risolvono ancora in maniera obbligata.

D=Difficile

Appigli e appoggi divengono ancora più rari e/o esigui. Richiede una buona tecnica di arrampicata applicata alle varie strutture rocciose (camini, fessure, spigoli ecc.), come pure un certo grado di allenamento specifico.

TD=Molto-Difficile

Appigli e appoggi sono decisamente rari ed esigui. L'arrampicata diviene delicata (placche ecc.) o faticosa (per l'opposizione o incastro in fessure e camini). Richiede normalmente l'esame preventivo del passaggio.

ED=Estremamente-Difficile

Appigli e/o appoggi sono esigui e disposti in modo da richiedere una combinazione particolare di movimenti ben studiati. La struttura rocciosa può costringere a un'arrampicata delicatissima, oppure decisamente faticosa dov'è strapiombante. Necessita un allenamento speciale e forza notevole nelle braccia e nelle mani.

EX=Eccezionalmente-Difficile

Sono presenti appigli e/o appoggi minimi e molto distanziati. Richiede un allenamento sofisticato con particolare sviluppo della forza delle dita, delle doti di equilibrio e delle tecniche di aderenza.

FERRATE attività esclusa:

TD=Molto-Difficile

Ferrata con passaggi molto acrobatici, tecnici, che richiede forza nelle braccia ed assoluta mancanza di vertigini.

ED=Estremamente-Difficile

A volte riferito ad un solo passaggio volutamente creato ad arte per impegnare sopra ogni immaginazione il frequentatore. In questo caso vi è un segnale di pericolo prima di intraprendere il passaggio e comunque vi è sempre la possibilità di un passaggio alternativo.

Garanzie

7.1 INDENNIZZO PER MORTE DA INFORTUNIO

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 dal 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 dalla 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 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.

7.2 SPESE FUNERARIE

Si conviene che in caso di infortunio che comporti come conseguenza il decesso dell'Assicurato, la Società rimborsa ai beneficiari le spese regolarmente documentate sostenute per il funerale o la cremazione, entro il limite massimo di **Euro 5.000,00**.

7.3 LIFESAVER

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato necessiti dell'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di polizia e/o soccorso locali, la Società rimborserà fino a **Euro 25.000,00** i costi eventualmente addebitati all'Assicurato dai soccorritori.

7.4 INDENNIZZO PER INVALIDITA' 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", dedotta la percentuale di franchigia prevista da ciascuna opzione di copertura. 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

GARANZIE

sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

7.5 DIARIA DA INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNI

Se un infortunio indennizzabile ai sensi di polizza ha per conseguenza un periodo di inabilità temporanea, durante il quale l'Assicurato sia impedito a svolgere le sue normali occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata secondo i seguenti criteri:

- a) 2/3 dei giorni di inabilità temporanea vengono indennizzati al 100%
- b) 1/3 dei giorni di inabilità temporanea vengono liquidati al 50%

Il limite massimo di risarcimento 162 gg per sinistro.

La liquidazione dell'indennizzo avverrà applicando le seguenti franchigie:

- 7 giorni sull'intero capitale previsto dall'opzione di copertura prescelta, qualora l'infortunio abbia comportato un ricorso al Pronto Soccorso Ospedaliero;
- 10 giorni sull'intero capitale previsto dall'opzione di copertura prescelta per i restanti casi

La franchigia decorre dal giorno successivo a quello del sinistro, restando inteso che l'indennità per inabilità temporanea sarà corrisposta a partire dal giorno seguente al compimento della franchigia; resteranno esclusi dal pagamento i casi guariti entro il periodo stesso.

Se l'inabilità temporanea si verifica quando l'Assicurato si trovi in territorio extraeuropeo, l'indennizzo spetta soltanto per il periodo di degenza documentata in Istituto di Cura; permanendo lo stato di inabilità al rientro in Europa, questo deve essere comunicato alla Società entro tre giorni, pena la decadenza del diritto all'indennizzo corrispondente.

L'indennizzo viene ridotto al 50% nel caso di infortunio verificatosi durante lo svolgimento delle seguenti attività professionali: lavoro su impalcature, ponti, tetti, pozzi e gallerie.

7.6 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

In caso di infortunio risarcibile a termini di Polizza, la Società rimborsa agli Assicurati, per ciascun periodo assicurativo, il costo delle cure mediche sostenute **fino alla concorrenza dell'importo stabilito nel frontespizio di polizza.**

Per cure mediche si intendono:

- a) spese ospedaliere o cliniche;
- b) onorari a medici e a chirurghi;
- c) spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi di trasporto speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- d) spese fisioterapeutiche in genere, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante;
- e) spese per le prime protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per le operazioni di chirurgia estetica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Opzioni di copertura

Le garanzie sono operanti per gli infortuni durante lo svolgimento delle attività rientranti negli scopi della Legge Regionale 31 dicembre 1999 n. 44 così come modificata dalla Legge 7 marzo 2005 n. 6 ed eventuali successive modifiche.

A maggior chiarimento e a puro titolo esemplificativo e non limitativo l'assicurazione vale anche per: pratica, insegnamento e accompagnamento relativo a tutte le attività dello sci in ogni sua manifestazione, anche svolte individualmente, di discesa, scivolamento o salto su campi innevati e non compresi Snow Park, escluso il salto dal trampolino, con qualsiasi attrezzo o mezzo di sci, snowboard, carving, monosci, snow blades e altri simili attrezzi tenendo conto dello sviluppo della tecnologia.

Infortuni occorsi anche quando il maestro si trovi nella località di insegnamento durante la giornata lavorativa. Infortuni occorsi durante il volo dell'elicottero effettuato da società di trasporto passeggeri e durante la salita e la discesa dall'elicottero durante eliski effettuato da società trasporto passeggeri.

L'uso di qualsiasi mezzo di risalita o discesa dagli stessi.

Infortuni derivanti dall'attività di battitura manuale, tracciatura piste, piazzamento di reti o protezioni, servizio di guardia porta, cronometraggio, assistenza dei clienti.

Infortuni verificatisi durante le operazioni di soccorso, anche a bordo o durante la salita e la discesa dall'elicottero della protezione civile, anche in presenza di pericolo di valanghe o slavine.

È compreso il rischio in itinere.

Sono da intendersi compresi in copertura anche infortuni occorsi ai maestri di sci (che avranno aderito alla presente convenzione) durante la gara sportiva dei maestri che si svolge ogni anno a carattere amatoriale e ricreativo, per la quale dovranno essere forniti date e luogo di svolgimento entro 48 ore dall'inizio della stessa.

È data facoltà a ciascun aderente di scegliere tra le 3 seguenti opzioni di copertura.

In nessun caso le opzioni di copertura cumulano tra loro.

OPZIONE 1 – Rischio professionale ed itinere

Rischio professionale ed itinere, salvo le delimitazioni di cui al punto 4.5 ESCLUSIONI.

La copertura si intende estesa all'attività extraprofessionale limitatamente alla sola attività sciistica svolta esclusivamente su piste battute.

GARANZIA	CAPITALE ASSICURATO	FRANCHIGIE
Morte da infortunio	€ 160.000	
Invalidità permanente da infortunio	€ 250.000	Franchigia 5%
Rimborso spese mediche da infortunio	€ 7.500 - Sottolimito per spese fisioterapiche di € 1.000 per evento - Sottolimito per cure dentarie € 1.100 per evento	
Inabilità temporanea da infortunio	€ 50	7 gg qualora l'infortunio abbia comportato ricorso al P.S. 10 gg nei restanti casi

OPZIONI DI COPERTURA

OPZIONE 2 – Rischi professionali ed extraprofessionali “Standard” (24 ore)

Rischio professionale (comprese tutte le attività professionali diverse da maestro di sci, primarie o secondarie) e rischio extraprofessionale, salvo le delimitazioni di cui al punto 4.5 ESCLUSIONI.

GARANZIA	CAPITALE ASSICURATO	FRANCHIGIE
Morte da infortunio	€ 160.000	
Invalidità permanente da infortunio	€ 250.000	5% Elevata al 10% per lavori su impalcature, ponti, pozzi, tetti e gallerie
Rimborso spese mediche da infortunio	€ 7.500 - Sottolimito per spese fisioterapiche di € 1.000 per evento - Sottolimito per cure dentarie € 1.100 per evento	
Inabilità temporanea da infortunio	€ 50	7 gg qualora l’infortunio abbia comportato ricorso al P.S. 10 gg nei restanti casi

OPZIONE 3 - Rischi professionali ed extraprofessionali “Plus” (24 ore).

Rischio professionale (comprese tutte le attività professionali diverse da maestro di sci, primarie o secondarie) e rischio extraprofessionale, salvo le delimitazioni di cui al punto 4.5 ESCLUSIONI.

GARANZIA	CAPITALE ASSICURATO	FRANCHIGIE
Morte da infortunio	€ 200.000	
Invalidità permanente da infortunio	€ 350.000	5% Elevata al 10% per lavori su impalcature, ponti, pozzi, tetti e gallerie
Rimborso spese mediche da infortunio	€ 7.500 - Sottolimito per spese fisioterapiche di € 1.000 per evento - Sottolimito per cure dentarie € 1.100 per evento	
Inabilità temporanea da infortunio	€ 60	7 gg qualora l’infortunio abbia comportato ricorso al P.S. 10 gg nei restanti casi