



Codice 0010942

Polizza n. 50579293

Tra la Spett.le

CLUB ALPINO ITALIANO
Via Petrella 19
20124 MILANO
C.F./P.IVA 03654880156

E la Spett.le

ALLIANZ S.P.A.
Sede Legale
Largo Ugo Irneri, 1
34123 - TRIESTE
Part. IVA 05032630963

si stipula la presente

Polizza di assicurazione contro gli Infortuni

Decorrenza: dalle ore 24.00 del 31.12.2014

Scadenza: alle ore 24.00 del 31.12.2017 senza tacito rinnovo

Milano, 19.02.2015



Allianz S.p.A.
Sede legale
Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste
Telefono +39 040 7781.111
Fax +39 040 7781.311
www.allianz.it

Uffici:
Milano 20122 - Corso Italia, 23
Torino 10121 - Via Vittorio Alfieri, 22
Trieste 34123 - Largo Ugo Irneri, 1
CF, P. IVA e Registro imprese
di Trieste n. 05032630963
Capitale sociale euro 403.000.000 i.v.

Iscritta all'Albo imprese
di assicurazione n. 1.00152
Capogruppo del gruppo assicurativo
Allianz, iscritto all'Albo gruppi
assicurativi n. 018
Società controllata, tramite
A.C.I.F. S.p.A., da Allianz SE - Monaco

Sommario

SEZIONE 1	DEFINIZIONI.....	4
SEZIONE 2	NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	6
	Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	6
	Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.....	6
	Art. 3 - Durata del contratto.....	6
	Art. 4 - Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia.....	6
	Art. 5 - Recesso a seguito di sinistro - Rinuncia.....	6
	Art. 6 - Modifiche dell'assicurazione.....	6
	Art. 7 - Gestione del Contratto.....	6
	Art. 8 - Oneri fiscali.....	7
	Art. 9 - Foro competente.....	7
	Art. 10 - Interpretazione del contratto.....	7
	Art. 11 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto.....	7
	Art. 12 - Rinvio alle norme di legge.....	7
	Art. 13 - Disposizione finale.....	7
SEZIONE 3	COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI SOCI E TITOLATI.....	8
SEZIONE 3.1	RISCHI COPERTI	8
	Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione	8
	Art. 2 - Rimborso spese mediche e farmaceutiche.....	8
	Art. 3 - Rischio aeronautico	9
SEZIONE 3.2	ESCLUSIONI.....	10
	Art. 4 - Esclusioni.....	10
	Art. 5 - Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili.....	10
	Art. 6 - Limiti di età.....	10
	Art. 7 - Limiti territoriali.....	10
	Art. 8 - Limiti di indennizzo	10
SEZIONE 3.3	GESTIONE DEI SINISTRI	11
	Art. 9 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi	11
	Art. 10 - Criteri di indennizzabilità.....	11
	Art. 11 - Prestazioni	11
	Art. 12. - Franchigia Relativa.....	13
	Art. 13 - Controversie.....	13
	Art. 14 - Liquidazione dell'indennità.....	13
	Art. 15 - Rinuncia all'azione di surroga.....	13
	TABELLA COMBINAZIONI E PREMI.....	15
	ALLEGATO.....	15

Art. 1 – Contraenza..... 15
Art. 2 – Soggetti assicurati, copertura, capitali assicurati, premio anticipato, 15
Art. 3 – Adesione..... 15
Art. 4 – Comunicazione delle Adesioni 15

SEZIONE 1 DEFINIZIONI

Contraente	Il CAI CLUB ALPINO ITALIANO Sede Centrale, intendendosi per tale: la "(...) libera associazione nazionale, "che" ha per iscopo l'alpinismo in ogni sua manifestazione, la conoscenza e lo studio delle montagne, specialmente di quelle italiane, e la difesa del loro ambiente naturale" (art. 1 - Costituzione e finalità dello Statuto).
Assicurato	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Attività assicurata	Sono compresi in garanzia gli infortuni occorsi durante lo svolgimento delle attività personali dei soggetti Assicurati, purché attinenti al rischio alpinistico, escursionistico o comunque connesso alle finalità del CAI (di cui all'art 1 dello Statuto vigente). Fermo ed invariato il resto. Sono esclusi dalla copertura i Soci volontari del soccorso alpino C.N.S.A.S. durante l'espletamento delle attività di soccorso. Si precisa che sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da: <ul style="list-style-type: none"> • uso di sci, snowboard, mountain bike, racchette da neve, anche in alta montagna, nonché pratica di speleologia e torrentismo (canyoning); • partecipazione a rally o raid di sci alpinismo; • atti dell'assicurato compiuti per dovere di solidarietà umana attinenti al rischio alpinistico, escursionistico o comunque connesso alle finalità del CAI. • Restano esclusi tutti gli infortuni occorsi: • ai Soci volontari del soccorso alpino C.N.S.A.S. durante l'espletamento delle attività di soccorso; • ai Titolari; • agli assicurati durante il percorso effettuato per recarsi dal Comune di Residenza al luogo ove si svolge l'attività assicurata e viceversa (rischio in itinere)
Broker	il Broker vigente ATI Willis Italia Spa (mandataria) / RP Broker Srl (mandante)
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società	L'impresa assicuratrice e, in caso di ATI le eventuali mandanti
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente (assoluta o parziale) e/o una inabilità temporanea.
Invalità permanente	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Malattia	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Istituto di cura	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di

	convalescenza e di soggiorno
Ricovero	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.
CNSAS	Il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (C.N.S.A.S.) – operante anche in coordinamento con il Servizio sanitario nazionale e il Servizio nazionale della protezione civile – è Sezione nazionale del Club alpino italiano dotata di caratteristiche peculiari, riconosciute da specifiche leggi dello Stato, di proprio specifico ordinamento e di ampia autonomia organizzativa, funzionale e patrimoniale.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE**Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ., si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che tale mancata o inesatta comunicazione sia avvenuta in buona fede. Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio sempre che tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischio diverse da quanto garantito dal presente contratto.

La Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve però comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il sinistro a tutti gli Assicuratori indicandone a ciascuno gli estremi. In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

Art. 3 - Durata del contratto

Il contratto ha durata di anni 3 (tre), con effetto alle ore 24:00 del 31.12.2014 e scadenza alle ore 24:00 del 31.12.2017 e cesserà irrevocabilmente alla scadenza di detto periodo.

È facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Si rimanda a quanto disposto nell'allegato al presente contratto.

Art. 5 - Recesso a seguito di sinistro - Rinuncia

La Società rinuncia al diritto di recedere dall'assicurazione dopo ciascun sinistro.

È facoltà delle parti recedere dal contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione a parte del Contraente e conseguente riduzione del premio.

Art. 6 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza devono essere provate per iscritto.

Art. 7 - Gestione del Contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker è liberatorio per il Contraente, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10° giorno del mese successivo a quello in cui il broker ha comunicato alla Società l'avvenuto incasso.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto - che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax, posta elettronica o simili - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi

riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R. o PEC.

Art. 8 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 9 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 10 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 11 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 13 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

ALLIANZ S.p.A.
Gerenza di Milano


IL CONTRAENTE



SEZIONE 3 COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI SOCI E TITOLATI

SEZIONE 3.1 RISCHI COPERTI

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale. L'assicurazione vale altresì per tutte le garanzie di cui agli articoli della presente sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
3. contatto con corrosivi;
4. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
5. l'annegamento;
6. l'assideramento o congelamento;
7. la folgorazione;
8. i colpi di sole o di calore o di freddo;
9. le ernie traumatiche e le ernie addominali determinate da sforzi muscolari (esclusi gli infarti) aventi carattere traumatico;
10. gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
11. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
12. gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
13. gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
14. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
15. gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
16. gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi (in deroga a quanto previsto dall'art 1900 Cod.Civ.);
17. gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, cadute sassi, frane, smottamenti, valanghe, slavine, con il limite di indennizzo per evento di € 4.000.000,00 (a parziale deroga di quanto previsto dall'art 1912 Cod.Civ.);
18. gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia, infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche

In presenza di un infortunio indennizzabile dalla Società ai sensi della presente polizza, a valere per tutte le categorie assicurate, la Società assicura fino alla concorrenza della somma assicurata a tale titolo nella scheda di conteggio del premio, il rimborso delle spese rese necessarie da infortunio e sostenute per:

- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici);
- onorari dei medici (compresi gli odontoiatri), nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- acquisto e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici, comprese le protesi dentarie;
- cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) fino all'importo del massimale assicurato, ma con il limite temporale di 360 gg. dalla data dell'evento o dalla dimissione dall'Istituto di cura;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'Istituto di cura o all'ambulatorio fino al 10% del massimale assicurato.

La garanzia è prestata con una franchigia di € 200,00 che resta comunque a carico dell'Assicurato.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato o ai Suoi eredi su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero verrà eseguito in Italia con il cambio in Euro.

La Società rimborsa all'Assicurato le spese non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale, inclusi ticket, e da lui sostenute per le prestazioni suindicate.

Viene altresì previsto in aggiunta alla somma assicurata di cui al presente articolo, il rimborso agli eredi delle spese per l'eventuale assistenza di uno psicologo in caso di decesso, fino alla concorrenza di Euro 3.000,00 per ogni socio deceduto a seguito di evento indennizzabile ai sensi di polizza.

In presenza di un infortunio che abbia come conseguenza una invalidità accertata di grado pari o superiore al 50%, la somma assicurata di cui al presente articolo (fatta eccezione per il rimborso delle spese per eventuale assistenza di uno psicologo in caso di decesso), si intende raddoppiata sino al massimo di € 5.000,00 per evento indipendentemente dalla categoria assicurata e combinazione prescelta.

Art. 3 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- € 2.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 2.000.000,00 per il caso morte
- € 200,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta

per persona e di:

- € 15.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 15.000.000,00 per il caso di morte
- € 5.000,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti. Sono equiparati agli "Infortuni Aeronautici" anche gli infortuni derivanti da dirottamenti, sabotaggi, atti di pirateria ed attentati.

SEZIONE 3.2 ESCLUSIONI**Art. 4 – Esclusioni**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

1. abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni;
2. guida di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio);
3. atti e/o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
4. trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
5. operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
6. partecipazione, anche come passeggero, a gare, competizioni e relative prove di veicoli a motore e di natanti a motore in genere;
7. contaminazione biologica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
8. malaria, malattie tropicali e carbonchio;
9. AIDS, sieropositività H.I.V.
10. Sono altresì escluse, le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:
 - a) qualora l'ernia risulti operabile, sarà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni ove previsto in polizza;
 - b) qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Inabilità Permanente totale;
 - c) qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 13 Controversie - Arbitrato irrituale della presente sezione.

Art. 5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Le persone colpite da apoplezia o infarto o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia o altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, nonché le persone affette da Sindrome di Down sono assicurabili, esclusivamente per le somme assicurate con la COMBINAZIONE A, con l'applicazione di una franchigia fissa dell'8%.

Art. 6 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone di età superiore ai 75 anni la garanzia è comunque operante con le seguenti limitazioni: MORTE – il capitale Assicurato viene ridotto del 25%; INVALIDITA' PERMANENTE - si intende pattuita una franchigia fissa del 10%. Pertanto la Società non corrisponde alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10% e se la stessa supera detta percentuale, liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Art. 7 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero, con inclusione delle zone inesplorate e desertiche.

L'accertamento e la liquidazione degli eventuali postumi di Invalidità permanente verranno effettuati soltanto al rientro dell'Assicurato in Italia.

Art. 8 – Limiti di indennizzo

Nel caso di sinistro che coinvolge nello stesso evento più persone assicurate l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo di € 50.000.000,00. Sono fatti salvi i limiti previsti rispettivamente all'art.1 punto 17 sezione 3.1 e all'art. 3. sezione 3.1.

Verificandosi una eccedenza oltre il limite, l'indennità spettante a ciascuna persona infortunata od all'avente diritto viene proporzionalmente ridotta.

SEZIONE 3.3 GESTIONE DEI SINISTRI**Art. 9 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi**

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata, entro 60 giorni, alla Società dall'Assicurato (o dai suoi aventi causa) o dal Contraente, tramite posta, fax, email o altra modalità concordata tra la Società ed il Contraente.

Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere inviata alla Società entro 15 (quindici) giorni dal fatto.

La denuncia deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire alla Società e suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta. L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono acconsentire alle visite dei medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire alla Società un dettagliato certificato medico sull'infortunio; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare alla Società, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescrittegli dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

Art. 10 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio stesso; 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'indennità per invalidità permanente è liquidata 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.

Art. 11 – Prestazioni**a) MORTE**

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli aventi diritto l'importo liquidato o offerto.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno dalla scomparsa a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché a seguito di mancato ritorno da una escursione/ascensione, senza il recupero dei corpi delle vittime, si darà luogo al pagamento delle somme assicurate con la presente polizza, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti

che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

i. Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

ii. Invalidità Permanente Parziale

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano) in base alle seguenti percentuali della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato:

	destro		sinistro
per la perdita totale di un arto superiore	70%		60%
per la perdita della mano o dell'avambraccio	60%		50%
per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%		60%
per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%		50%
per la perdita di un piede	40%		40%
per la perdita del pollice	18%		16%
per la perdita dell'indice	14%		12%
per la perdita del mignolo	12%		10%
per la perdita del medio	8%		6%
per la perdita dell'anulare	8%		6%
per la perdita di un alluce		5%	
per la perdita di ogni altro dito del piede		3%	
per la sordità completa di un orecchio		10%	
per la sordità completa di ambedue le orecchie		40%	
per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio		25%	

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

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

Per le 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 o dell'alluce è stabilita nella metà mentre 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, 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 tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

d) DIARIA DA RICOVERO

In caso di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto verrà corrisposta per un periodo non superiore a 180 giorni, un'indennità fissa nella misura indicata in polizza per ogni giorno di effettiva degenza.

Agli effetti del computo dell'indennità dovuta il primo e l'ultimo giorno di degenza si considerano come giorno unico.

L'assicurazione è prestata con una franchigia fissa di 1 giorno e pertanto il pagamento dell'indennità decorrerà dal 2° giorno di ricovero.

Art. 12. – Franchigia Relativa

Relativamente alla garanzia INVALIDITA' PERMANENTE, a parziale deroga dell'Art. precedente si precisa che il capitale assicurato è soggetto alle seguenti franchigie:

- la Società non corrisponderà alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale.
- Se l'invalidità permanente supera il 5% ma non il 20% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente il 5%.
- Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale, l'indennità verrà corrisposta integralmente senza applicazione di franchigia.

Art. 13 – Controversie

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di errore, dolo, violenza o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 14 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

Art. 15 – Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 Cod.Civ. verso i responsabili dell'infortunio.

TABELLA COMBINAZIONI E PREMI

COMBINAZIONE	CAPITALI ASSICURATI
COMBINAZIONE A	<ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 55.000,00 • Invalidità permanente: € 80.000,00 • Spese di cura: € 1.600,00
COMBINAZIONE B	<ul style="list-style-type: none"> • Morte: € 55.000,00 • Invalidità permanente: € 80.000,00 • Spese di cura: € 400,00

CATEGORIA	PREMIO IMPONIBILE UNITARIO	PREMIO LORDO UNITARIO
INTEGRATIVA SOCI COMBINAZIONE A	90,31	92,57
INTEGRATIVA SOCI COMBINAZIONE B	180,62	185,14

Precisazione:

Il Socio che attiverà la Combinazione B sarà assicurato pertanto con i seguenti capitali:

Morte: € 110.000,00

Invalidità permanente: € 160.000,00

Spese di cura: € 2.000,00

ALLIANZ S.p.A.
Gerenza di Milano



Wills Italia S.p.A.
Via Tortona, 53 - 20144 Milano
Tel. 02.47787301 - Fax 02.47787490
C.F. e P.I. 03902220486

IL CONTRAENTE

CLUB ALPINO ITALIANO
Il Direttore
(dott.ssa *Andreina Maggiore*)



ALLEGATO per la Copertura Integrativa a favore dei Soci CAI

Il presente allegato forma parte integrante della polizza

Art. 1 – Contraenza

L'assicurazione è stipulata dalla Contraente in nome e per conto della persona assicurata quale definita nella presente polizza, con oneri a carico della persona assicurata.

Art. 2 – Soggetti assicurati, copertura, capitali assicurati, premio anticipato

Il Contraente è tenuto alla preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone e per l'identificazione delle garanzie e capitali effettivamente operanti, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

La garanzia decorre dalle ore 24:00 del giorno del pagamento del premio risultante dal modulo di adesione inviato dalle Sezioni alla Sede Centrale e cessa alle ore 24:00 del 31/12 di ciascuna annualità.

Si conviene tra le parti che agli effetti assicurativi la qualità di socio del CAI al momento dell'evento sarà desunta dagli appositi elenchi conservati presso la Sede Centrale.

La copertura opera alle condizioni tutte previste in polizza purché la richiesta, corredata dagli elementi utili alla preventiva identificazione degli Assicurati, venga effettuata dalle Sezioni alla Sede Centrale del CAI precedentemente allo svolgimento delle suddette. Ai fini della operatività della copertura, faranno fede i documenti in possesso del Contraente ed il relativo premio verrà versato in occasione della regolazione mensile.

Art. 3 – Adesione

È persona assicurata ogni Socio il quale abbia aderito all'assicurazione prestata con la compilazione di un apposito modulo di adesione debitamente datato e firmato e abbia regolarmente versato alla Contraente il premio individuale convenuto secondo le modalità e le procedure stabilite.

La garanzia decorre dalle ore 24:00 del giorno effettivo del pagamento del premio, che risulterà dal modulo di adesione, debitamente datato e firmato, inviato dalle Sezioni alla Sede Centrale, e cessa alle ore 24:00 del 31/12 di ciascuna annualità.

La Contraente è tenuta:

- a conservare tutte le adesioni, compilate su apposito modulo;
- a mantenere puntualmente regolari registrazioni di tutti i Soci che hanno aderito a questa assicurazione, indicando dati anagrafici dell'assicurato, la combinazione prescelta, e l'indicazione della data di effetto della copertura;

Art. 4 – Comunicazione delle adesioni

Ai fini della operatività della copertura faranno fede i documenti in possesso del Contraente.

La Contraente dovrà inviare mensilmente l'elenco delle adesioni riferite al periodo e versare, entro il 20 del mese successivo a quello di adesione, il premio complessivo corrispondente alla somma dei premi individuali pagati dai singoli Assicurati, su questa base gli Assicuratori emettono un'appendice con indicazione degli assicurati: dati anagrafici, combinazione prescelta, data di effetto della copertura e premio complessivo.

CLAUSOLA DI COLLEGAMENTO

La presente polizza è collegata alla polizza numero:

50579292

In caso la Società si avvalga della facoltà di recesso annuale dalla presente polizza, la stessa si intenderà automaticamente estesa a tutte le polizze collegate.

ALLIANZ S.p.A.
Gerenza di Milano


IL CONTRAENTE
CLUB ALPINO ITALIANO
Il Direttore
(dott.ssa Andreina Maggiore)


Utilizzo dei dati personali per scopi assicurativi²

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti¹. La nostra Società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano.

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti³ sono utilizzati da ALLIANZ S.p.A., da Società del Gruppo ALLIANZ e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione, al servizio assicurativo e/o fornirLe il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che ci ha richiesto;
 - ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione
- anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Le chiediamo quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi da Lei richiesti, ivi inclusi dati necessari per valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi al suo profilo. Per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili"⁴ strettamente strumentali all'erogazione degli stessi. Come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità. Per tali finalità i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

Il Suo consenso riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo ad Allianz S.p.A. - Pronto Allianz, C.so Italia 23, 20122 Milano o al numero verde 800686868.

Senza i Suoi dati, non potremmo fornirLe i servizi e i prodotti in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati da Lei o da terzi per obbligo di legge, lo prevede ad esempio la disciplina antiriciclaggio.

Modalità d'uso dei dati

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi, i prodotti e le informazioni da Lei richieste anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

Per taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del "responsabile" o dell' "incaricato" del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del gruppo ALLIANZ o della catena distributiva quali agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute. L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo a ALLIANZ S.p.A. - Servizio Clienti - Pronto Allianz, C.so Italia 23, 20122 Milano o al numero verde 800686868 ove potrà conoscere anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la ridistribuzione del rischio.

La informiamo inoltre che i Suoi dati personali non verranno diffusi.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

Ha, anche, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁵.

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a ALLIANZ S.p.A. - Servizio Clienti - Pronto Allianz, C.so Italia 23, 20122 Milano, numero verde 800686868, fax 02/72169145, e-mail privacy@allianz.it (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).

Nome, cognome (o Denominazione) e firma degli interessati per il consenso

Data:

1 Art.13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003).

2 Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per la prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative

3 Altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta forniscono alla azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali ecc

4 Sono considerati sensibili i dati relativi, ad es. al Suo stato di salute, alle Sue opinioni politiche e sindacali e alle Sue convinzioni religiose (art. 4, comma 1 lett. d) del codice in materia di protezione dei dati personali)

5 Questi diritti sono previsti dall'art.7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.