

Infortuni Cumulativa

Rami vari

Riepilogo delle richieste ed esigenze assicurative del cliente

Avere notizie e informazioni sulle sue richieste ed esigenze assicurative è indispensabile perchè la Compagnia e i suoi distributori possano offrirle prodotti coerenti alle stesse. Le chiediamo quindi di prestare particolare attenzione ai dati contenuti in questo documento, confermando quelli già forniti.

I tuoi dati

Contraente CLUB ALPINO ITALIANO

CF/P.IVA 03654880156

Indirizzo VIA ERICO PETRELLA 19 - 20124 MILANO (MI)

La tua Polizza

505925056

Agenzia

Agenzia di MILANO CENTRO

E-mail

MILANO37@AGEALLIANZ.IT

Indirizzo

CORSO SEMPIONE 23, 20145 MILANO

Telefono

Telefono 02 33614588 - Fax 02 33614493

Trattativa svolta da SCOTTI LUCA ALFREDO

Infortunati Cumulativa

Rami vari

Polizza n. 505925056



La presente soluzione è coerente con le sue esigenze in considerazione delle preferenze da lei manifestate in sede di raccolta delle sue necessità assicurative per un prodotto focalizzato su rischi selezionati secondo criteri specifici che, rispetto ad altri prodotti offerti, consenta un maggior grado di flessibilità nella personalizzazione delle garanzie in relazione a tali rischi.

BISOGNO ASSICURATIVO PRINCIPALE

- Morte derivante da infortunio entro i due anni dal giorno dell'evento

SITUAZIONE ASSICURATIVA

- Il Cliente non ha attualmente in essere coperture assicurative concorrenti rispetto ai bisogni assicurativi di cui alle precedenti voci.



LE RICORDIAMO CHE

- Il suo agente/l'intermediario è a sua disposizione per aiutarla e per fornirle ogni eventuale chiarimento.
- È importante che le informazioni ed i dati che ci fornisce siano completi, veritieri e aggiornati, dal momento che solo sulla base degli stessi potranno essere formulate proposte coerenti con le sue richieste ed esigenze assicurative.
- Al riguardo, le ricordiamo sin d'ora di prestare particolare attenzione ai massimali previsti per ciascuna garanzia, nonché ad eventuali limitazioni alle coperture assicurative, esclusioni, franchigie e scoperti, verificando che siano conformi alle sue aspettative.
- Le rammentiamo, infine, che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione della stessa assicurazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 C.C..
- Le rammentiamo che la proposta formulata si basa sulle informazioni da lei fornite, come riepilogate nel presente documento. La invitiamo, dunque, a confermare la correttezza di quanto qui riportato, sottoscrivendo il presente modulo dopo attenta rilettura.

Data: 20/03/2024

Firma dell'Intermediario



Firma del Contraente/Delegato



Infortunati Cumulativa
Rami vari
Polizza n. 505925056



Infortuni Cumulativa

Rami vari

La tua polizza

Numero 505925056

Contraente CLUB ALPINO ITALIANO

La tua Agenzia

Agenzia di MILANO CENTRO

CORSO SEMPIONE 23, 20145 MILANO

Telefono 02 33614588 - Fax 02 33614493

E-mail milano37@ageallianz.it

Area Personale

www.allianz.it/areapersonale

Per consultare in ogni momento le informazioni relative alla tua polizza, alle scadenze e ai sinistri

Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione,
chiarimento o supporto

01K 00005059250563



Elenco documenti

Si consegnano al cliente i seguenti documenti

- Condizioni di assicurazione
- Allegato 3 - Informativa sul distributore
- Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto non-IBIP
- Scheda di Polizza

La presente copertina non costituisce parte del contratto.

Allianz per te

La tua Area Personale sul web è ancora più ricca e aggiornata, per consultare in ogni momento la tua posizione assicurativa, e i principali documenti contrattuali.

Per accedere collegati al sito [Allianz.it](https://www.allianz.it), registrati nella sezione "Area Personale", richiedi le tue credenziali di accesso e scopri tutte le novità a te dedicate.

Scheda di Polizza

Contraente - Assicurato

Ragione Sociale: CLUB ALPINO ITALIANO
Codice fiscale/Partita IVA: 03654880156
Indirizzo: VIA ERRICO PETRELLA 19
C.A.P.: 20124 Città: MILANO (MI)

Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del 01/04/2024 Scadenza: ore 24:00 del 31/12/2026
Durata: anni 2 / mesi 8 / giorni 30
Al presente contratto viene applicata la deroga al tacito rinnovo.

Clausola "Proroga termini di pagamento del Premio"

A parziale deroga di quanto previsto in polizza in riferimento al pagamento del premio e quindi all'effetto della copertura assicurativa, si conviene quanto segue:

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza. La prima rata di premio dovrà essere pagata entro il 30mo (trentesimo) giorno successivo a tale data.

Se il pagamento della prima rata di premio non sarà effettuato entro detto termine, l'assicurazione resterà sospesa fino alle ore 24 del giorno del pagamento.

Sezioni operanti e dettaglio premi (importi espressi in euro)

Sezioni per l'Assicurato - CLUB ALPINO ITALIANO	Premi lordi annui
Infortunati	4.000,00
Totale	4.000,00

Premio

Importo annuo comprensivo delle imposte: 4.000,00 euro
Periodicità del pagamento: Annuale
Importo alla firma: 3.000,00 euro

Prossima data di pagamento: 31/12/2024

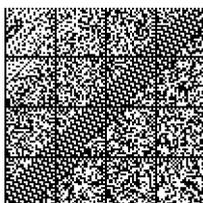
Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma *on line*, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
- denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Altri estremi contrattuali

Contratto: sostituzione
Polizza sostituita: n. 502028752

Prodotto: MODELLO GENERICO INFORTUNI



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

Clausola di assunzione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della Legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive integrazioni e modificazioni

Il Contraente (stazione appaltante) e la Società (appaltatore) assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3, L.136/2010, e successive modificazioni ed integrazioni.

Ai sensi dell'art.3 comma 5, L.136/2010, e successive modificazioni ed integrazioni, le transazioni finanziarie inerenti il presente contratto d'appalto devono essere eseguite avvalendosi di uno o più conti correnti accesi presso banche o Poste Italiane S.p.A., secondo le modalità stabilite dall'art. 3 comma 1, L.136/2010, riportando obbligatoriamente il Codice Identificativo di Gara (CIG), richiesto dal Contraente e attribuito dall'ANAC - Autorità Nazionale Anticorruzione e ove obbligatorio ai sensi dell'art. 11 L.3/2003, il Codice Unico di Progetto (CUP), come previsto dall'art. 3 comma 5, L.136/2010.

Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità dei flussi finanziari, determina la risoluzione di diritto del presente contratto.

Composizione del premio alla firma (importi espressi in euro)

Ramo di garanzia	Imp. Prima rata (1)	Aliquota Imposta	Importo Imposte	Importo lordo alla firma
Infortuni	2.926,83	2,50 %	73,17	3.000,00
Totali	2.926,83		73,17	3.000,00

(1) Se è previsto il pagamento frazionato e/o se a fronte del presente contratto sono stati applicati degli sconti per la prima annualità, l'imponibile di prima rata è comprensivo del costo per pagamento frazionato ed è al netto degli sconti.

Composizione del premio rate successive (importi espressi in euro)

Ramo di garanzia	Importo Imponibile di rata	Aliquota Imposta	Importo Imposte	Importo lordo di rata
Infortuni	3.902,44	2,50 %	97,56	4.000,00
Totali	3.902,44		97,56	4.000,00

Condizioni di assicurazione

Condizioni di assicurazione

Contraente: CAI CLUB ALPINO ITALIANO Sede Centrale, intendendosi per tale: la "(.) libera associazione nazionale, "che" ha per iscopo l'alpinismo in ogni sua manifestaione, la conoscenza e lo studio delle montagne, specialmente di quelle italiane, e la difesa del loro ambiente natural" (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.

Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Beneficiario: In caso di morte gli eredi legittimi o testamentary, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.

Società: L'impersa assicuratrice - Allianz S.p.a. Premio: La somma dovuta dal Contraente alla Società.

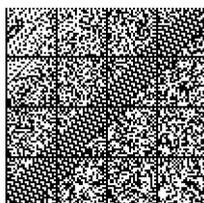
Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

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 fra la data di effetto è la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione;



01K 00005059250563



Scheda di Polizza

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 con la partita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'assicurato;
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 gli stabilimenti termali, casa 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 il sinistro;

SEZIONE2 NORME CHE REGLANO IL CONTRATTO

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, nè la decadenza dal diritto all'indennizzo, nè la riduzione dello stesso, nè la cessazione dell'assicurazione sempre che tale mancata o inesatta comunicazione sia avvenuta in buona fede. Le parti convengono che le variazioni che comportano un aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di legge, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggetti 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'articolo 910 del Codice Civile.

Art. 3-Durata del contratto

Il contratto ha durata di anni 2 (due) e 9 (nove) mesi, con effetto alle ore 24:00 due punti del 01/04/2024 e scadenza alle ore 24:00 del 31/12/2026 e cesserà irrevocabilmente la scadenza di detto periodo.

Art. 4- Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

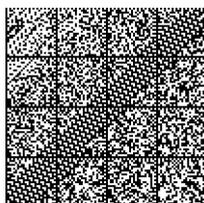
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 90 giorni successivi al medesimo. Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00: del novantesimo giorno dopo quello di decorrenza sopra riportata per il premio iniziale o per le scadenze successive, e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'articolo 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso di eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 Cod. Civ. nei confronti della Società stessa.

Art. 5- Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla legge n 136/2010.

La Società assicuratrice, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessate al presente contratto (CD filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i..



01K 00005059250563



Scheda di Polizza

La Società assicuratrice obbligata a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire - salve le deroghe previste dalla normativa non sopraccitata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) comunicato dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 145 6 CC e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 6- Regolazione del premio.

Poiché il premio convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza all'interno delle singole Sezioni ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minore durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo anno di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un'ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il primo è anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo al regolamento o di pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito all'intero periodo dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 7-Recesso a seguito di sinistro - Rinuncia

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

Art. 8-Modifiche dell'assicurazione.

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

Art. 9-Gestione del contratto.

Il contratto, compreso il pagamento dei premi, è gestito direttamente dal Contraente, e tutte le comunicazioni riguardanti lo stesso dovranno essere effettuate mediante posta certificata o posta elettronica.

Art. 10- Oneri fiscali

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

Art. 11-Foro competente.

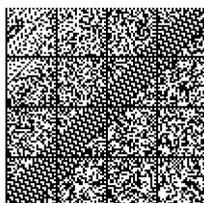
Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 12-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. 13 - 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.



01K 00005059250563



Scheda di Polizza

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 del Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e alla 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. 14-Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio.

La società si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri come di seguito indicato sul formato elettronico modificabile Microsoft Excel (o altro analogo formato con le medesime caratteristiche purché compatibile con i sistemi in uso presso il contraente):

- a) Sinistri denunciati;
- b) tipologia di lesione;
- c) sinistri riservati, con indicazione dell'importo a riserva;
- d) Sinistri liquidati, con indicazione dell'importo, specificando almeno: 1 Importo indennizzo capitale morte o IP; 2 Importo spese mediche o altre garanzie;
- e) Sinistri respinti;
- f) Categoria di assicurati;
- g) Numero di sinistro assegnato dal 1a Società Assicuratrice;

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di accadimento del sinistro denunciato, di data di eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Le informazioni di cui sopra dovranno essere fornite dalla Società al Contraente con cadenza annuale.

E' facoltà del Contraente richiedere, ed obbligo della Società fornire, lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora il Contraente lo richieda, anche con riferimento alle motivazioni delle deiezioni. In caso di inadempimento di una qualsiasi delle obbligazioni assunte ai sensi del presente articolo, il Contraente potrà diffidare la Società ad adempiere entro un termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, il Contraente potrà comunicare alla Società la risoluzione di diritto del contratto ai sensi dell'Art. 1454 del Cod. Civ., senza che la Società inadempiente possa avanzare alcuna pretesa.

Il contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile a decorrere dal decimo giorno successivo alla data di ricezione, da parte della Società, della comunicazione con cui il Contraente dichiara che intende valersi della presente clausola risolutiva espressa. In ogni caso, resta salvo il diritto del Contraente al risarcimento dei danni subiti.

Art. 15- Rinvio alle norme di legge.

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

SEZIONE 3 COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI PARTECIPANTI MONTAGNA TERAPIA

Si precisa che con il termine "Montagna Terapia" si intende definire l'originale approccio metodologico a carattere terapeutico-riabilitativo e/o socio-educativo promosso dal C.A.I. e finalizzato alla prevenzione secondaria, alla cura e riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche, patologie e disabilità, attuato attraverso il lavoro volontario sulle dinamiche di gruppo, nell'ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna.

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali deriva una 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:

L'asfissia non di origine morbosa;

Gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;

Contatto con corrosivi;

Le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;

L'annegamento;

L'assideramento o congelamento;

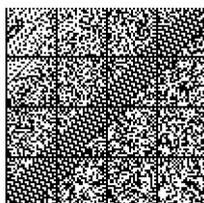
La folgorazione;

I colpi di sole o di calore o di freddo;

Le ernie traumatiche e le ernie addominali determinate da sforzi muscolari (esclusi gli infarti) aventi carattere traumatico;

Gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;

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;



01K 00005059250563



Scheda di Polizza

Gli infortuni derivati da malore ed incoscienza;
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;
Gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
Gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi (in deroga a quanto previsto dall'art. 1900 CC);
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 Euro 500.000,00 (a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1912 Cod. Civ.);
Gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e 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 colpiscono 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 360gg 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 Euro 200 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.

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 i rischi da essa previsti.

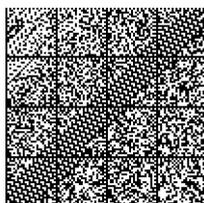
Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- Euro 2.000.000,00 per il caso di invalidità permanente;
- Euro 2.000.000,00 per il caso di morte;
- Euro 200,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta per persona

e di:

- Euro 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente;
- Euro 5.000.000,00 per il caso di morte;
- Euro 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.



01K 00005059250563



Scheda di Polizza

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 e d attentati.

Art. 4 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

Abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni, inoltre sono esclusi gli infortuni derivanti dall'abuso di alcoolici;

Guida di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio);

Atti e/o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

Trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;

Operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;

Partecipazione, anche come passeggero, a gare, competizioni e relative prove di veicoli a motore e di natanti a motore in genere;

Contaminazione biologica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;

Malaria, malattie tropicali e carbonchio;

Sono altresì escluse le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:

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;

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 invalidità Permanente totale;

- 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.

Art. 5 - Persone assicurate

Sono assicurati i partecipanti alle uscite, anche di più giorni, organizzati dalla Contraente per la Montagna Terapia. La garanzia è operante a condizione che vi sia l'Assistenza qualificata di addetti alla Montagna Terapia, e operatori professionali della struttura di riferimento o loro delegati.

Art 6 - Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Tuttavia, per le persone di età superiore a 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 Euro 500.000,00.

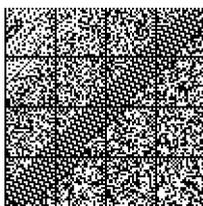
Verificandosi una eccedenza oltre il limite, l'indennità spettante a ciascuna persona infortunata o all'avente diritto viene proporzionalmente ridotta.

Art. 9 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata, entro 15 giorni, alla Società dall'Assicurato (o dai suoi aventi causa) o dal Contraente, tramite posta" email, PEC o altra modalità concordata tra la Società ed il Contraente.

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.



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

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 prescritte 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.

La presente formulazione è intesa ad escludere dalla percentuale di invalidità da liquidare, la percentuale di invalidità preesistente.

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 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.

Invalidità Permanente Parziale

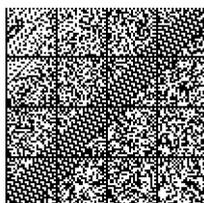
Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano)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

per la perdita totale di un arto superiore dx 70% sx 60%

per la perdita della mano o dell'avambraccio 60%

per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio 60%

per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio 50% per la perdita di un piede 40%



01K 00005059250563



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

per la perdita del pollice dx 18 % sx16 % per la perdita dell'indice dx14% sx12 %
per la perdita del mignolo dx12% sx10% per la perdita del medio dx8% sx6%
per la perdita dell'anulare dx8 % sx6 % per la perdita di un alluce 5%
per la Perdita di ogni altro dito del piede 3 %
per la sordità complete di un orecchio 10%
per la sordità complete 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.

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:

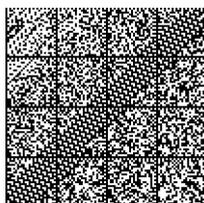
- la Società non corrisponderà alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale.
- Se l'invalidità permanente supera il 5% ma non il 20% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente il 5%.
- Se invece l'invalidità permanente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



01K 00005059250563



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

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.

SEZIONE 3.4 CATEGORIE ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 16 - Copertura, capitali assicurati, premio anticipato, modalità di applicazione della regolazione

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 annuale.

Capitali assicurati e garanzie

SOMMA ASSICURATA CASO MORTE EURO 55.000,00; SOMMA ASSICURATA CASO I.P. EURO 80.000,00;

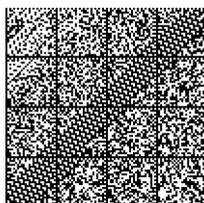
GARANZIA Rimborso Spese Mediche EURO 2.000,00; Premio giornaliero per singolo assicurato EURO 6,00;

Premio anticipato

Premio annuo lordo anticipato (comunque acquisito) EURO 4.000,00 frazionato semestralmente.

Il Contraente dichiara:

- che al momento dell'emissione di questo contratto non sono in vigore altre coperture assicurative per i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza, ad eccezione di eventuali coperture assicurative cumulative offerte da associazioni, enti, società;
- che non vi sono stati annullamenti o disdette di coperture assicurative aventi per oggetto i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza;



01K 00005059250563



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

- che nel triennio precedente l'emissione di questo contratto non si sono verificati sinistri causati da eventi in relazione ai rischi previsti dalla presente Polizza;

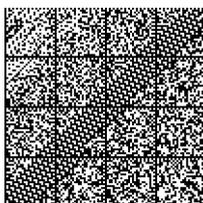
Il Contraente dichiara inoltre di non aver subito richieste di natura estorsiva, minacce a tal fine ovvero danni per finalità di ritorsione conseguente al rifiuto delle richieste.

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara:

- che al momento dell'emissione di questo contratto non sono in vigore altre coperture assicurative per i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza, ad eccezione di eventuali coperture assicurative cumulative offerte da associazioni, enti, società;
- che non vi sono stati annullamenti o disdette di coperture assicurative aventi per oggetto i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza;
- che nel triennio precedente l'emissione di questo contratto non si sono verificati sinistri causati da eventi in relazione ai rischi previsti dalla presente Polizza;

Il Contraente dichiara inoltre di non aver subito richieste di natura estorsiva, minacce a tal fine ovvero danni per finalità di ritorsione conseguente al rifiuto delle richieste.



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

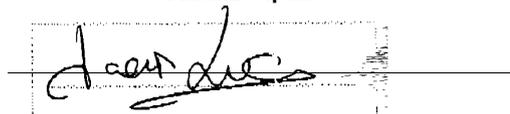
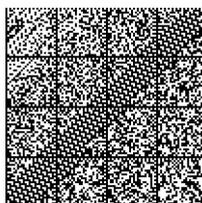
Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente contratto:
 - il set informativo costituito da DIP Danni, DIP aggiuntivo Danni e Condizioni di assicurazione comprensive del glossario o, nei casi previsti dall' art. 27 del Regolamento IVASS 41/2018 e successive modificazioni e/o integrazioni, le Condizioni di assicurazione;
 - copia del documento "Informativa sul distributore" conforme all'allegato 3, del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
 - copia del documento "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP" conforme all'allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
- in caso di Assicurati diversi dal Contraente di impegnarsi a consegnare a ciascuno di essi la documentazione precontrattuale prevista ai sensi di legge e di fornire le informazioni previste dal GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati 279/2016) in ordine al trattamento dei dati personali, esonerando così l'Intermediario ed Allianz S.p.A. da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dalla mancata ottemperanza a tali obblighi;
- che l'onere del pagamento del premio è esclusivamente a suo carico;
- fatta eccezione per il caso in cui le Condizioni di assicurazione prevedano la non applicabilità dell'aggravamento di rischio e l'esonero per il Contraente dall'obbligo di cui all'articolo 1898 del codice civile, di essere consapevole che in caso di aggravamento del rischio deve darne comunicazione scritta all'Impresa e che gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi dell'articolo 1898 del codice civile;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia del presente contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che il presente contratto non contiene cancellature o rettifiche.

Sottoscritto il _____, in _____

Allianz S.p.a.

Firma del Contraente/Delegato 

Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre:

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Durata e proroga dell'assicurazione
- Recesso in caso di sinistro
- Aggravamento del rischio

NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

- Esclusioni
- Persone non assicurabili
- Valutazione del danno
- Obblighi in caso di sinistro
- Pagamento dell'indennizzo

Firma del Contraente/Delegato

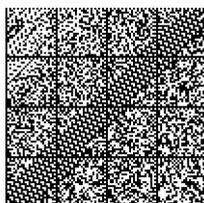


- di essere stato messo in condizione di assumere una decisione informata, avendo manifestato le proprie richieste ed esigenze assicurative così come riepilogate nel documento "Riepilogo delle RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE" e avendo ricevuto dall'Intermediario le informazioni sul prodotto assicurativo.

Firma dell'Intermediario



Firma del Contraente/Delegato



Infortuni Cumulativa

Rami vari

Riepilogo delle richieste ed esigenze assicurative del cliente

Avere notizie e informazioni sulle sue richieste ed esigenze assicurative è indispensabile perchè la Compagnia e i suoi distributori possano offrirle prodotti coerenti alle stesse. Le chiediamo quindi di prestare particolare attenzione ai dati contenuti in questo documento, confermando quelli già forniti.

I tuoi dati

Contraente CLUB ALPINO ITALIANO

CF/P.IVA 03654880156

Indirizzo VIA ERICO PETRELLA 19 - 20124 MILANO (MI)

La tua Polizza

505925056

Agenzia

Agenzia di MILANO CENTRO

E-mail

MILANO37@AGEALLIANZ.IT

Indirizzo

CORSO SEMPIONE 23, 20145 MILANO

Telefono

Telefono 02 33614588 - Fax 02 33614493

Trattativa svolta da SCOTTI LUCA ALFREDO

Infortunati Cumulativa

Rami vari

Polizza n. 505925056



La presente soluzione è coerente con le sue esigenze in considerazione delle preferenze da lei manifestate in sede di raccolta delle sue necessità assicurative per un prodotto focalizzato su rischi selezionati secondo criteri specifici che, rispetto ad altri prodotti offerti, consenta un maggior grado di flessibilità nella personalizzazione delle garanzie in relazione a tali rischi.

BISOGNO ASSICURATIVO PRINCIPALE

- Morte derivante da infortunio entro i due anni dal giorno dell'evento

SITUAZIONE ASSICURATIVA

- Il Cliente non ha attualmente in essere coperture assicurative concorrenti rispetto ai bisogni assicurativi di cui alle precedenti voci.



LE RICORDIAMO CHE

- Il suo agente/l'intermediario è a sua disposizione per aiutarla e per fornirle ogni eventuale chiarimento.
- È importante che le informazioni ed i dati che ci fornisce siano completi, veritieri e aggiornati, dal momento che solo sulla base degli stessi potranno essere formulate proposte coerenti con le sue richieste ed esigenze assicurative.
- Al riguardo, le ricordiamo sin d'ora di prestare particolare attenzione ai massimali previsti per ciascuna garanzia, nonché ad eventuali limitazioni alle coperture assicurative, esclusioni, franchigie e scoperti, verificando che siano conformi alle sue aspettative.
- Le rammentiamo, infine, che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione della stessa assicurazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 C.C..
- Le rammentiamo che la proposta formulata si basa sulle informazioni da lei fornite, come riepilogate nel presente documento. La invitiamo, dunque, a confermare la correttezza di quanto qui riportato, sottoscrivendo il presente modulo dopo attenta rilettura.

Data: 20/03/2024

Firma dell'Intermediario



Firma del Contraente/Delegato





Scheda di Polizza

Contraente - Assicurato

Ragione Sociale: CLUB ALPINO ITALIANO
Codice fiscale/Partita IVA: 03654880156
Indirizzo: VIA ERRICO PETRELLA 19
C.A.P.: 20124 Città: MILANO (MI)

Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del 01/04/2024 Scadenza: ore 24:00 del 31/12/2026
Durata: anni 2 / mesi 8 / giorni 30
Al presente contratto viene applicata la deroga al tacito rinnovo.

Clausola "Proroga termini di pagamento del Premio"

A parziale deroga di quanto previsto in polizza in riferimento al pagamento del premio e quindi all'effetto della copertura assicurativa, si conviene quanto segue:

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza. La prima rata di premio dovrà essere pagata entro il 30mo (trentesimo) giorno successivo a tale data.

Se il pagamento della prima rata di premio non sarà effettuato entro detto termine, l'assicurazione resterà sospesa fino alle ore 24 del giorno del pagamento.

Sezioni operanti e dettaglio premi (importi espressi in euro)

Sezioni per l'Assicurato - CLUB ALPINO ITALIANO	Premi lordi annui
Infortunati	4.000,00
Totale	4.000,00

Premio

Importo annuo comprensivo delle imposte: 4.000,00 euro
Periodicità del pagamento: Annuale
Importo alla firma: 3.000,00 euro

Prossima data di pagamento: 31/12/2024

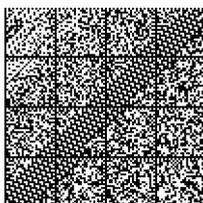
Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma *on line*, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
- denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Altri estremi contrattuali

Contratto: sostituzione
Polizza sostituita: n. 502028752

Prodotto: MODELLO GENERICO INFORTUNI



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

Clausola di assunzione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della Legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive integrazioni e modificazioni

Il Contraente (stazione appaltante) e la Società (appaltatore) assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3, L.136/2010, e successive modificazioni ed integrazioni.

Ai sensi dell'art.3 comma 5, L.136/2010, e successive modificazioni ed integrazioni, le transazioni finanziarie inerenti il presente contratto d'appalto devono essere eseguite avvalendosi di uno o più conti correnti accesi presso banche o Poste Italiane S.p.A., secondo le modalità stabilite dall'art. 3 comma 1, L.136/2010, riportando obbligatoriamente il Codice Identificativo di Gara (CIG), richiesto dal Contraente e attribuito dall'ANAC - Autorità Nazionale Anticorruzione e ove obbligatorio ai sensi dell'art. 11 L.3/2003, il Codice Unico di Progetto (CUP), come previsto dall'art. 3 comma 5, L.136/2010.

Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità dei flussi finanziari, determina la risoluzione di diritto del presente contratto.

Composizione del premio alla firma (importi espressi in euro)

Ramo di garanzia	Imp. Prima rata (1)	Aliquota Imposta	Importo Imposte	Importo lordo alla firma
Infortuni	2.926,83	2,50 %	73,17	3.000,00
Totali	2.926,83		73,17	3.000,00

(1) Se è previsto il pagamento frazionato e/o se a fronte del presente contratto sono stati applicati degli sconti per la prima annualità, l'imponibile di prima rata è comprensivo del costo per pagamento frazionato ed è al netto degli sconti.

Composizione del premio rate successive (importi espressi in euro)

Ramo di garanzia	Importo Imponibile di rata	Aliquota Imposta	Importo Imposte	Importo lordo di rata
Infortuni	3.902,44	2,50 %	97,56	4.000,00
Totali	3.902,44		97,56	4.000,00

Condizioni di assicurazione

Condizioni di assicurazione

Contraente: CAI CLUB ALPINO ITALIANO Sede Centrale, intendendosi per tale: la "(.) libera associazione nazionale, "che" ha per iscopo l'alpinismo in ogni sua manifestaione, la conoscenza e lo studio delle montagne, specialmente di quelle italiane, e la difesa del loro ambiente natural" (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.

Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Beneficiario: In caso di morte gli eredi legittimi o testamentary, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.

Società: L'impersa assicuratrice - Allianz S.p.a. Premio: La somma dovuta dal Contraente alla Società.

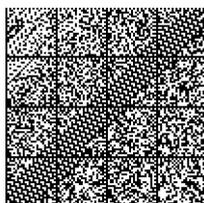
Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

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 fra la data di effetto è la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione;



01K 00005059250563



Scheda di Polizza

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 con la partita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'assicurato;
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 gli stabilimenti termali, casa 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 il sinistro;

SEZIONE2 NORME CHE REGLANO IL CONTRATTO

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, nè la decadenza dal diritto all'indennizzo, nè la riduzione dello stesso, nè la cessazione dell'assicurazione sempre che tale mancata o inesatta comunicazione sia avvenuta in buona fede. Le parti convengono che le variazioni che comportano un aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di legge, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggetti 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'articolo 910 del Codice Civile.

Art. 3-Durata del contratto

Il contratto ha durata di anni 2 (due) e 9 (nove) mesi, con effetto alle ore 24:00 due punti del 01/04/2024 e scadenza alle ore 24:00 del 31/12/2026 e cesserà irrevocabilmente la scadenza di detto periodo.

Art. 4- Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

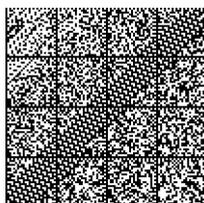
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 90 giorni successivi al medesimo. Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00: del novantesimo giorno dopo quello di decorrenza sopra riportata per il premio iniziale o per le scadenze successive, e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'articolo 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso di eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 Cod. Civ. nei confronti della Società stessa.

Art. 5- Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla legge n 136/2010.

La Società assicuratrice, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessate al presente contratto (CD filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i..



01K 00005059250563



Scheda di Polizza

La Società assicuratrice obbligata a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire - salve le deroghe previste dalla normativa non sopraccitata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) comunicato dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 145 6 CC e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 6- Regolazione del premio.

Poiché il premio convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza all'interno delle singole Sezioni ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minore durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo anno di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un'ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il primo è anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo al regolamento o di pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito all'intero periodo dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 7-Recesso a seguito di sinistro - Rinuncia

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

Art. 8-Modifiche dell'assicurazione.

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

Art. 9-Gestione del contratto.

Il contratto, compreso il pagamento dei premi, è gestito direttamente dal Contraente, e tutte le comunicazioni riguardanti lo stesso dovranno essere effettuate mediante posta certificata o posta elettronica.

Art. 10- Oneri fiscali

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

Art. 11-Foro competente.

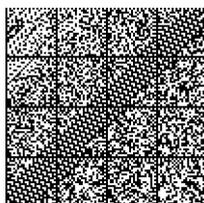
Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 12-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. 13 - 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.



01K 00005059250563



Scheda di Polizza

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 del Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e alla 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. 14-Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio.

La società si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri come di seguito indicato sul formato elettronico modificabile Microsoft Excel (o altro analogo formato con le medesime caratteristiche purché compatibile con i sistemi in uso presso il contraente):

- a) Sinistri denunciati;
- b) tipologia di lesione;
- c) sinistri riservati, con indicazione dell'importo a riserva;
- d) Sinistri liquidati, con indicazione dell'importo, specificando almeno: 1 Importo indennizzo capitale morte o IP; 2 Importo spese mediche o altre garanzie;
- e) Sinistri respinti;
- f) Categoria di assicurati;
- g) Numero di sinistro assegnato dal 1a Società Assicuratrice;

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di accadimento del sinistro denunciato, di data di eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Le informazioni di cui sopra dovranno essere fornite dalla Società al Contraente con cadenza annuale.

E' facoltà del Contraente richiedere, ed obbligo della Società fornire, lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora il Contraente lo richieda, anche con riferimento alle motivazioni delle deiezioni. In caso di inadempimento di una qualsiasi delle obbligazioni assunte ai sensi del presente articolo, il Contraente potrà diffidare la Società ad adempiere entro un termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, il Contraente potrà comunicare alla Società la risoluzione di diritto del contratto ai sensi dell'Art. 1454 del Cod. Civ., senza che la Società inadempiente possa avanzare alcuna pretesa.

Il contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile a decorrere dal decimo giorno successivo alla data di ricezione, da parte della Società, della comunicazione con cui il Contraente dichiara che intende valersi della presente clausola risolutiva espressa. In ogni caso, resta salvo il diritto del Contraente al risarcimento dei danni subiti.

Art. 15- Rinvio alle norme di legge.

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

SEZIONE 3 COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI PARTECIPANTI MONTAGNA TERAPIA

Si precisa che con il termine "Montagna Terapia" si intende definire l'originale approccio metodologico a carattere terapeutico-riabilitativo e/o socio-educativo promosso dal C.A.I. e finalizzato alla prevenzione secondaria, alla cura e riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche, patologie e disabilità, attuato attraverso il lavoro volontario sulle dinamiche di gruppo, nell'ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna.

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali deriva una 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:

L'asfissia non di origine morbosa;

Gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;

Contatto con corrosivi;

Le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;

L'annegamento;

L'assideramento o congelamento;

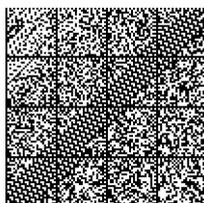
La folgorazione;

I colpi di sole o di calore o di freddo;

Le ernie traumatiche e le ernie addominali determinate da sforzi muscolari (esclusi gli infarti) aventi carattere traumatico;

Gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;

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;



01K 00005059250563



Scheda di Polizza

Gli infortuni derivati da malore ed incoscienza;
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;
Gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
Gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi (in deroga a quantoprevisto dall'art. 1900 CC);
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 Euro 500.000,00 (a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1912 Cod. Civ.);
Gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e 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 colpiscono 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 360gg 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 Euro 200 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.

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 i rischi da essa previsti.

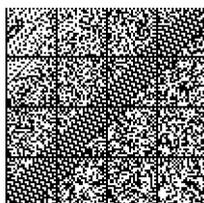
Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- Euro 2.000.000,00 per il caso di invalidità permanente;
- Euro 2.000.000,00 per il caso di morte;
- Euro 200,00 per il caso di inabilità temporanea assoluta per persona

e di:

- Euro 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente;
- Euro 5.000.000,00 per il caso di morte;
- Euro 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.



01K 00005059250563



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

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 e d attentati.

Art. 4 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

Abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni, inoltre sono esclusi gli infortuni derivanti dall'abuso di alcoolici;

Guida di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio);

Atti e/o delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

Trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;

Operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;

Partecipazione, anche come passeggero, a gare, competizioni e relative prove di veicoli a motore e di natanti a motore in genere;

Contaminazione biologica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;

Malaria, malattie tropicali e carbonchio;

Sono altresì escluse le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:

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;

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 invalidità Permanente totale;

- 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.

Art. 5 - Persone assicurate

Sono assicurati i partecipanti alle uscite, anche di più giorni, organizzati dalla Contraente per la Montagna Terapia. La garanzia è operante a condizione che vi sia l'Assistenza qualificata di addetti alla Montagna Terapia, e operatori professionali della struttura di riferimento o loro delegati.

Art 6 - Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Tuttavia, per le persone di età superiore a 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 Euro 500.000,00.

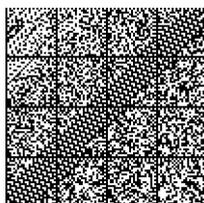
Verificandosi una eccedenza oltre il limite, l'indennità spettante a ciascuna persona infortunata o all'avente diritto viene proporzionalmente ridotta.

Art. 9 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata, entro 15 giorni, alla Società dall'Assicurato (o dai suoi aventi causa) o dal Contraente, tramite posta" email, PEC o altra modalità concordata tra la Società ed il Contraente.

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.



Scheda di Polizza

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 prescritte 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.

La presente formulazione è intesa ad escludere dalla percentuale di invalidità da liquidare, la percentuale di invalidità preesistente.

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 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.

Invalidità Permanente Parziale

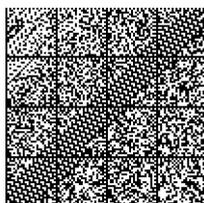
Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano)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

per la perdita totale di un arto superiore dx 70% sx 60%

per la perdita della mano o dell'avambraccio 60%

per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio 60%

per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio 50% per la perdita di un piede 40%



01K 00005059250563



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

per la perdita del pollice dx 18 % sx16 % per la perdita dell'indice dx14% sx12 %
per la perdita del mignolo dx12% sx10% per la perdita del medio dx8% sx6%
per la perdita dell'anulare dx8 % sx6 % per la perdita di un alluce 5%
per la Perdita di ogni altro dito del piede 3 %
per la sordità complete di un orecchio 10%
per la sordità complete 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.

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:

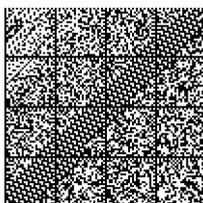
- la Società non corrisponderà alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale.
- Se l'invalidità permanente supera il 5% ma non il 20% della totale, verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente il 5%.
- Se invece l'invalidità permanente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



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

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.

SEZIONE 3.4 CATEGORIE ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 16 - Copertura, capitali assicurati, premio anticipato, modalità di applicazione della regolazione

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 annuale.

Capitali assicurati e garanzie

SOMMA ASSICURATA CASO MORTE EURO 55.000,00; SOMMA ASSICURATA CASO I.P. EURO 80.000,00;

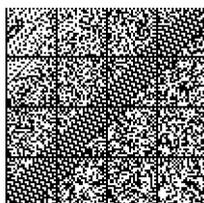
GARANZIA Rimborso Spese Mediche EURO 2.000,00; Premio giornaliero per singolo assicurato EURO 6,00;

Premio anticipato

Premio annuo lordo anticipato (comunque acquisito) EURO 4.000,00 frazionato semestralmente.

Il Contraente dichiara:

- che al momento dell'emissione di questo contratto non sono in vigore altre coperture assicurative per i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza, ad eccezione di eventuali coperture assicurative cumulative offerte da associazioni, enti, società;
- che non vi sono stati annullamenti o disdette di coperture assicurative aventi per oggetto i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza;



01K 00005059250563



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

- che nel triennio precedente l'emissione di questo contratto non si sono verificati sinistri causati da eventi in relazione ai rischi previsti dalla presente Polizza;

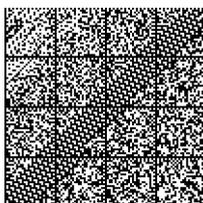
Il Contraente dichiara inoltre di non aver subito richieste di natura estorsiva, minacce a tal fine ovvero danni per finalità di ritorsione conseguente al rifiuto delle richieste.

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara:

- che al momento dell'emissione di questo contratto non sono in vigore altre coperture assicurative per i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza, ad eccezione di eventuali coperture assicurative cumulative offerte da associazioni, enti, società';
- che non vi sono stati annullamenti o disdette di coperture assicurative aventi per oggetto i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza;
- che nel triennio precedente l'emissione di questo contratto non si sono verificati sinistri causati da eventi in relazione ai rischi previsti dalla presente Polizza;

Il Contraente dichiara inoltre di non aver subito richieste di natura estorsiva, minacce a tal fine ovvero danni per finalità di ritorsione conseguente al rifiuto delle richieste.



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

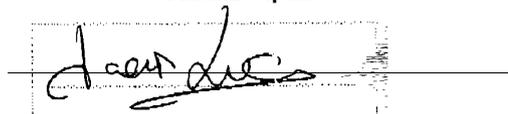
Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

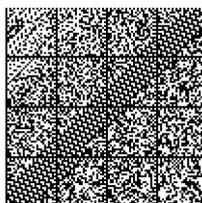
- di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente contratto:
 - il set informativo costituito da DIP Danni, DIP aggiuntivo Danni e Condizioni di assicurazione comprensive del glossario o, nei casi previsti dall' art. 27 del Regolamento IVASS 41/2018 e successive modificazioni e/o integrazioni, le Condizioni di assicurazione;
 - copia del documento "Informativa sul distributore" conforme all'allegato 3, del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
 - copia del documento "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP" conforme all'allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
- in caso di Assicurati diversi dal Contraente di impegnarsi a consegnare a ciascuno di essi la documentazione precontrattuale prevista ai sensi di legge e di fornire le informazioni previste dal GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati 279/2016) in ordine al trattamento dei dati personali, esonerando così l'Intermediario ed Allianz S.p.A. da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dalla mancata ottemperanza a tali obblighi;
- che l'onere del pagamento del premio è esclusivamente a suo carico;
- fatta eccezione per il caso in cui le Condizioni di assicurazione prevedano la non applicabilità dell'aggravamento di rischio e l'esonero per il Contraente dall'obbligo di cui all'articolo 1898 del codice civile, di essere consapevole che in caso di aggravamento del rischio deve darne comunicazione scritta all'Impresa e che gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi dell'articolo 1898 del codice civile;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia del presente contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che il presente contratto non contiene cancellature o rettifiche.

Sottoscritto il _____, in _____

Allianz S.p.a.



Firma del Contraente/Delegato



Polizza n. 505925056

Scheda di Polizza

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre:

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Durata e proroga dell'assicurazione
- Recesso in caso di sinistro
- Aggravamento del rischio

NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

- Esclusioni
- Persone non assicurabili
- Valutazione del danno
- Obblighi in caso di sinistro
- Pagamento dell'indennizzo

Firma del Contraente/Delegato



- di essere stato messo in condizione di assumere una decisione informata, avendo manifestato le proprie richieste ed esigenze assicurative così come riepilogate nel documento "Riepilogo delle RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE" e avendo ricevuto dall'Intermediario le informazioni sul prodotto assicurativo.

Firma dell'Intermediario



Firma del Contraente/Delegato

