

**ESTRATTO DELLA CONVENZIONE APERTA
ALLE ASSOCIAZIONI CHE SI AVVALGONO DI
OPERATORI VOLONTARI**

- **Alla Convenzione è attribuito il seguente numero di polizza:**

200297675

La **Assiteca S.p.a.** (Contraente) stipula il presente accordo per conto di chi spetta ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1891 C.C., e riserva alle Organizzazioni di Volontariato/Associazioni che svolgono le attività di volontariato perseguendo gli inerenti fini di cui all'art. 2 della Legge n. 266/91 o rientranti nella Legge 383/2000 per le Associazioni di Promozione Sociale che si avvalgono delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti, particolari condizioni per l'assicurazione **INFORTUNI, INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO /MALATTIA** e la **RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI** a favore e per conto dei Volontari e Dirigenti iscritti nei registri dell' Associazione.

La Compagnia di Assicurazioni che assume il rischio e sottoscrive il contratto di assicurazione è la Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.a.

Il rapporto che scaturisce dalla convenzione in oggetto deve ritenersi intercorrente in via esclusiva tra la Società e le singole Associazioni di Volontariato/Promozione Sociale che abbiano deciso di avvalersi dei servizi assicurativi oggetto della convenzione.

DEFINIZIONI

TERMINOLOGIA

- Assicurato:** la persona fisica e/o l'Ente giuridico soggetta ai rischi che con la presente Convenzione vengono assunti dall'impresa assicuratrice;
- Società:** l'impresa assicuratrice Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.a.;
- Contraente:** il soggetto che aderisce alla convenzione aperta;
- Franchigia:** la quota di danno che resta a carico dell'Assicurato;
- Massimale:** l'importo massimo che la Società è tenuta a liquidare come conseguenza di un sinistro coperto dalla presente Convenzione;
- Scoperto:** l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, deve essere dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da soggetti terzi;
- Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, dalle quali derivi la morte o una invalidità permanente;
- Polizza:** il documento che comprova l'assicurazione;
- Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro;
- Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- Invalidità permanente:** perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile, conseguente a Sinistro, dell'integrità fisica dell'Assicurato;
- Operatore volontario:**
la persona fisica che presta servizio effettivo presso l'Organizzazione di volontariato, per soli fini di solidarietà e senza derivarne lucro alcuno allo scopo di realizzare i fini dell'Organizzazione di volontariato stessa;
- Organizzazione di volontariato o di Promozione Sociale:**
ogni organismo costituito al fine di svolgere le attività di volontariato, perseguendo gli inerenti fini, di cui all'art. 2 della Legge n. 266/91 o Legge 383/2000 che si avvale in modo determinante e prevalente delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti;
- Dirigente:** la persona fisica che svolge le attività e/o i compiti dirigenziali di cui allo statuto dell'Organizzazione di volontariato/Promozione Sociale di appartenenza.

GESTIONE DELLA CONVENZIONE

DENUNCIA DEI SINISTRI

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Società nel suo domicilio dalla stessa eletto, ai soli fini della denuncia, presso Assiteca S.p.A. – Filiale di Genova – Piazza Borgo Pila 39 – Torre B- 16129 Genova.

CLAUSOLA BROKER

A parziale deroga dell'art. 6 delle Condizioni di polizza, la Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto ad Assiteca S.p.A. – Filiale di Genova - Piazza Borgo Pila 39 – 16129 Genova, e di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente dal Broker.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza il versamento verrà effettuato dalla contraente ad Assiteca S.p.A. che provvederà al versamento alla Società Assicuratrice. Resta inteso che il pagamento così effettuato avrà efficacia liberatoria nei confronti della Società, sicchè la Società non potrà avvalersi del disposto di cui all'art. 1901, Cod. Civ.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal broker, nel nome e per conto della Contraente, alla Società, si intenderà come fatta alla Società, purchè non comporti variazioni alle condizioni di polizza.

DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La presente polizza viene stipulata per la durata di anni uno, dalle ore 24,00 del 31/12/2015 alle ore 24 del 31/12/2016. In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata di un anno e così successivamente.

ALTRE ASSICURAZIONI

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze stipulate o stipulande dai singoli Assicurati, inerenti i rischi in oggetto della presente convenzione: l'esonero riguarda anche gli Assicurati.

CONDIZIONI PARTICOLARI COMUNI

1) ELEMENTI ESSENZIALI

E' fatto obbligo alle Associazioni di estendere le garanzie assicurative previste dalle coperture base a tutti gli operatori risultanti a registro alla data di adesione, secondo quanto previsto al successivo punto 5) – Modalità di Adesione.

2) TITOLI CHE DANNO DIRITTO ALL'ASSICURAZIONE

Ferma rimanendo l'adesione di cui all'art. 5 delle presenti Condizioni Particolari, il titolo che dà diritto all'assicurazione è l'iscrizione dell'Operatore volontario nel registro tenuto dall'Organizzazione di volontariato ai sensi e per gli effetti della Legge n. 266 dell'11.8.1991 e successivo D.m. del 14.2.1992 (pubblicato su G.U. 22.2.1992 n. 44) e della Legge 383/2000.

Fermo il disposto del successivo art. 5 delle presenti Condizioni Particolari, si precisa che, per le Associazioni Nazionali di Volontariato, il titolo che dà diritto alla sola copertura di Base è la tessera nominativa, numerata e datata, rilasciata dall'Associazione stessa a tutti gli operatori volontari e dirigenti di una Organizzazione.

3) LIMITI DI ETÀ

Per gli Operatori volontari e dirigenti la garanzia è prestata sino all'80° anno di età.

4) ASSICURATI

Tutti gli Operatori volontari e dirigenti iscritti nel registro tenuto dalle Organizzazioni di volontariato secondo quanto disposto dall'art. 5 che segue delle presenti Condizioni Particolari.

5) MODALITA' DI ADESIONE

A) Adesione Copertura Base o Copertura Base Plus

Le Associazioni possono aderire alla presente convenzione inviando "Richiesta di adesione" debitamente compilata e sottoscritta al broker.

Detta richiesta deve contenere tutti gli elementi utili per l'identificazione dei singoli dirigenti ed operatori volontari da assicurare, e precisamente:

- La ragione sociale dell'Organizzazione di volontariato;
- La data di adesione;
- Il numero di operatori volontari risultanti iscritti sul registro vidimato alla data di adesione per la copertura base.

Relativamente alle Associazioni nazionali, a cui sono iscritte più Organizzazioni di volontariato, la “Richiesta di adesione” dovrà contenere inoltre per ogni Organizzazione di volontariato iscritta:

- La ragione sociale;
- Il numero delle tessere rilasciate dall’Associazione Nazionale all’Organizzazione di volontariato (che deve corrispondere alla totalità degli operatori volontari risultanti dal registro dell’Organizzazione stessa più i dirigenti)
- La data di emissione delle suddette tessere.

Le “Richieste di adesione” dovranno in ogni caso essere supportate dall’impegno delle predette Associazioni Nazionali e/o Organizzazioni di volontariato a mettere a disposizione della Società i registri dei volontari e, in caso di richiesta, a trasmetterne copia conforme all’originale.

Premesso che è fatto obbligo di assicurare tutti i volontari e dirigenti di ogni Associazione Nazionale e/o Organizzazione di volontariato iscritta, si precisa che si intenderà comunque sempre in copertura un numero di volontari pari a quello comunicato (numero di tessere rilasciate), partendo dal primo risultante a registro e proseguendo in ordine progressivo. A tal fine, in caso di sinistro, l’Organizzazione di volontariato si impegna a trasmettere documentazione comprovante il diritto alla garanzia.

I volontari iscritti a registro in epoca successiva, dovranno essere tempestivamente comunicati di volta in volta alla Società tramite il Broker.

Le Associazioni Nazionali provvederanno a segnalare al Broker le iscrizioni all’Associazione di nuove Organizzazioni di volontariato al fine di attivarne la copertura assicurativa. Ogni segnalazione dovrà pervenire alla Società corredata dalla documentazione prevista.

B) Adesione formula integrativa

Ciascuna Associazione Nazionale e/o Organizzazione di volontariato, assicurata con la copertura Base, ha la possibilità di integrare i massimali degli operatori volontari impegnati nel servizio attivo, aderendo ad una delle formule integrative previste nella sezione “Somme Assicurate” (Integrativa “A”, Integrativa “B”, Integrativa “C”) indicando nell’apposita scheda di adesione ed inviandola al Broker unitamente alla copia dell’avvenuto pagamento del premio dovuto.

Al fine di individuare il personale assicurato si precisa che la garanzia è prestata per Operatore volontario che svolga servizio attivo presso l’Associazione/Organizzazione. La frequenza del servizio e l’attività svolta da ciascun Operatore volontario devono pertanto essere attestate dal registro presenze che ogni volontario è obbligato, ai fini della validità della presente garanzia, a sottoscrivere al momento dell’entrata in servizio.

L’Associazione/Organizzazione pertanto si impegna a conservare ed a produrre, su semplice richiesta della Società, la suddetta documentazione.

6) DURATA E DECORRENZA DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Le Associazioni, definite Contraenti del Certificato di Assicurazione, accedono alla Convenzione rivolgendosi direttamente al Broker Assiteca S.p.A., fornendo tutti i dati necessari per l’emissione del certificato di assicurazione.

Il certificato viene stipulato per la durata di anni uno, con inizio dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio da parte dell’Associazione contraente.

Le garanzie assicurative della copertura Base, fermo quanto disposto al punto 4) “Regolazione del Premio Copertura Base/Copertura Base Plus e Formule Integrative”, avranno termine alla

decorrenza annuale della data di stipula da parte ciascuna Associazione (Nazionale o Territoriale).

Le garanzie relative alle coperture integrative decorrono, per ciascuna Organizzazione di volontariato o Associazione Nazionale, dal giorno di pagamento del premio ai sensi dell'art. 6 del capo Gestione della Convenzione che precede e comunque non oltre la scadenza della Copertura Base/Copertura Base Plus.

7) DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il premio pro capite dovuto per la copertura Base e per le Formule Integrative è indicato alla sezione "PREMI ANNUI UNITARI".

8) VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione RCT prestata con la presente polizza è operante per i danni che avvengono nei territori di tutti i paesi del mondo, esclusi USA e Canada.

9) RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa nei confronti dell'assicurato che ha provocato il danno.

10) OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

Tutte le garanzie sono operanti per gli eventi occorsi durante l'espletamento delle attività inerenti il servizio di volontariato individuato negli statuti delle organizzazioni di volontariato nell'osservanza della Legge nr. 266 dell'11/8/91 e del successivo D.M. del 14/2/92 G.U. 22/2/92 nr. 44.

A titolo esemplificativo, ma non limitativo, si considerano attività di volontariato: pronto soccorso, assistenza e trasporto handicappati, anziani, infermi e tossicodipendenti, servizi funebri, assistenza domiciliare, servizi presso case protette od assistite, interventi di protezione civile e di pubblica utilità, servizi antincendio, emergenza, raccolta di sangue, guardia medica, servizi interni all'organizzazione di volontariato, guida ed uso di mezzi di trasporto dell'organizzazione di volontariato.

Le garanzie saranno operanti anche in occasione della partecipazione a corsi formativi e di aggiornamento in qualità sia di docenti che di alunni, ad assemblee e riunioni organizzative.

Tutte le garanzie sono operanti per gli eventi occorsi durante l'espletamento dell'attività di dirigente come previsto da regolamenti e statuti degli Enti Assicurati.

11) DOCUMENTI

Si allega e fa parte integrante della Convenzione:

Allegato A) "Scheda di Adesione".

12) VALIDITÀ TEMPORALE

Salvo dove diversamente regolato, l'Assicurazione RCT/RCO vale per i fatti accaduti durante il periodo di validità dell'Assicurazione.

INFORTUNI

1) DEFINIZIONE DI INFORTUNIO:

È considerato infortunio ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili dalle quali derivi la morte, una invalidità permanente, la necessità di cure mediche.

2) LA SOCIETÀ RICONOSCE ANCHE GLI INFORTUNI:

- a) sofferti in conseguenza di imprudenza, imperizia o negligenza anche gravi, nonché in stato di malore od incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici, da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti);
- b) cagionati da calci e morsi di animali in genere compresi rettili ed aracnoidi;
- c) causati da punture di insetti, comprese tutte le manifestazioni morbose, ivi incluse la malaria ed il carbonchio;
- d) causati da avvelenamento del sangue e da infezione, sempre che il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa (ad eccezione di quanto previsto all'art. 3 - punto g);
- e) causati da ingestione od assorbimento di sostanze;
- f) causati da colpi di sole e di calore, nonché da influenze termiche ed atmosferiche;
- g) causati da asfissia per subitanea fuga di gas o vapori;
- h) causati da annegamento, assideramento congelamento e folgorazione;
- i) cagionati da sforzi muscolari traumatici, ferma l'esclusione degli infarti;
- j) derivanti da tumulti popolari, aggressioni, o da atti violenti aventi movente politico o sociale, purché non vi sia stata partecipazione attiva dell'Assicurato;
- k) derivanti dall'uso e/o guida di veicoli terrestri o natanti in genere, purché l'Assicurato sia in regola con la prescritta abilitazione;
- l) derivanti da immersioni con autorespiratore (comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua);
- m) derivanti da atti di temerarietà compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- n) da movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

3) ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida ed uso di locomozione aerea;
- b) da guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni od atti violenti tranne quanto previsto al paragrafo j) dell'articolo 2) della Sezione Infortuni.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, nonché quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- e) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- f) gli avvelenamenti e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione ai sensi del paragrafo d) dell'articolo 2) della Sezione Infortuni;
- g) sieropositività da virus H.I.V.; A.I.D.S.

4) PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ

Nel caso di Infortuni il pagamento dell'indennità sarà effettuato in Euro e comunque in Italia.

5) ESONERO DENUNCIA DI INFERMITÀ

La Contraente e le Associazioni aderenti sono esonerate dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche.

6) BENEFICIARI IN CASO DI MORTE

Beneficiari in caso di morte sono gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

Nel caso in cui dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muoia, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte.

7) CASO INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di invalidità permanente la Società liquida un indennizzo determinato secondo quanto qui di seguito stabilito:

A) Criteri di valutazione

L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali seguenti.

	dx.	sx.
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un mignolo	12%	10%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- una falange del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del corrispondente dito	
- un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	
- un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	
- un piede	40%	
- entrambi i piedi	100%	
- un alluce	5%	
- una falange dell'alluce	2,5%	
- ogni altro dito del piede	3%	
- una falange di ogni altro dito del piede	1%	
- sordità completa di un orecchio	10%	
- sordità completa di entrambe le orecchie	40%	
- un occhio	25%	
- entrambi gli occhi	100%	
- un rene	20%	
- la milza	10%	
- perdita totale della voce	30%	
- stenosi nasale bilaterale	15%	
- esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento di:		

una vertebra cervicale	30%
una vertebra dorsale	7%
12.ma dorsale	12%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita integrità fisica dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

B) Criteri di liquidazione

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità accertato, dedotta la franchigia del 3%; pertanto se l'invalidità (x) è inferiore o uguale al 3% non sarà dovuto alcun indennizzo; se l'invalidità è maggiore del 3% l'indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente la franchigia (x - 3%). Limitatamente agli assicurati di età superiore ai 75 anni la franchigia dovrà intendersi pari al 10% fermi i criteri di liquidazione sopra indicati.

C) Anticipo indennizzo

Qualora, trascorsi tre mesi dal termine delle cure mediche, sia prevedibile che l'Assicurato residui un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 25%, la Società - ove richiesta - corrisponderà all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

8) INDENNITÀ PRIVILEGIATA PER INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado non inferiore al 65%, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

9) INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di ricovero in ospedale o istituto di cura pubblico o privato con almeno un pernottamento, reso necessario da infortunio, l'Assicurato ha diritto all'indennità giornaliera garantita per ogni giorno di ricovero completo, con il limite massimo di 180 giorni per anno assicurativo.

Ai fini del pagamento dell'indennità, il giorno di entrata in ospedale od in istituto di cura e quello di dimissioni dal medesimo, verranno considerati come un giorno unico.

10) INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO A SEGUITO DI MALATTIA

In caso di ricovero in ospedale o istituto di cura pubblico o privato con almeno un pernottamento, reso necessario da malattia contratta in servizio o per causa di servizio, l'Assicurato ha diritto all'indennità giornaliera garantita per ogni giorno di ricovero completo, con il limite massimo di 180 giorni per anno assicurativo.

È considerata malattia l'alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Ai fini del pagamento dell'indennità, il giorno di entrata in ospedale od in istituto di cura e quello di dimissioni dal medesimo, verranno considerati come un giorno unico.

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia.

In caso di variazione intervenuta nel corso del presente contratto i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data di variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Non danno diritto ad indennità:

- le malattie ricollegabili a situazioni patologiche preesistenti alla decorrenza dell'assicurazione;
- le malattie contratte per causa diversa da quella di servizio;
- le psicosi in genere e le sindromi nevrotiche e caratteriali;
- gli eventuali ricoveri conseguenti a contagio accidentale da virus HIV.

11) LIMITE DI INDENNIZZO PER SINGOLO EVENTO

In caso di singolo evento che coinvolga più Assicurati con la presente polizza convenzione, la somma delle garanzie di cui alla presente Sezione Infortuni non potrà superare l'importo complessivo di € 2.582.284,50.

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate, eccedano l'importo sopra indicato, gli indennizzi spettanti ad ogni Assicurato in caso di sinistro saranno ridotti con imputazione proporzionale ai capitali assicurati.

Tale limitazione non si applica agli eventi disciplinati al successivo articolo 12 della Sezione Infortuni per i quali rimangono ferme le norme in esso convenute.

12) ESTENSIONE AL RISCHIO VOLO

L'Assicurazione è estesa, limitatamente ai casi in cui l'Assicurato utilizzi mezzi di trasporto aereo nell'ambito dell'espletamento delle attività inerenti il servizio di volontariato, agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che da Società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e da aeroclubs.

L'Assicurazione vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile fino al momento nel quale è disceso.

Le somme delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizza infortuni non potrà superare i seguenti importi:

per Persona:	caso morte	€ 1.000.000,00
	caso invalidità permanente	€ 1.000.000,00
	caso inabilità temporanea	€ 260,00
per Sinistro:	caso morte	€ 5.000.000,00
	caso invalidità permanente	€ 5.000.000,00
	caso inabilità temporanea	€ 5.000,00

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro sono ridotti con imputazione proporzionale ai singoli contratti.

13) CONTROVERSIE INERENTI IL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE NONCHÉ L'APPLICAZIONE DEI CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Ogni controversia inerente il grado di invalidità permanente nonché l'applicazione dei criteri di indennizzabilità sarà devoluta ad un collegio di tre medici, da nominarsi, a mezzo lettera raccomandata a.r., uno per parte ed il terzo, con funzioni di Presidente del Collegio, di comune accordo dagli arbitri così nominati ovvero, decorsi 20 giorni dalla nomina dell'ultimo arbitro ed in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici, che, ad istanza della parte che promuove l'arbitrato, nominerà anche l'arbitro della parte che non vi abbia provveduto decorsi 20 giorni dal ricevimento della predetta lettera raccomandata a.r..

Il collegio medico avrà sede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sosterrà le proprie spese remunerando il medico da essa designato, nonché 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 di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI OPERATORI VOLONTARI

1) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società si obbliga a tenere indenni gli operatori volontari e i dirigenti di Associazioni di quanto questi siano tenuti a pagare quali civilmente responsabili a sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'assicurazione.

2) DANNI A COSE IN CONSEGNA O CUSTODIA

Sono compresi in garanzia i danni alle cose in consegna o custodia agli operatori volontari, esclusi i danni arrecati a qualsiasi tipo di veicolo a motore.

Tale garanzia è prestata con una franchigia fissa ed assoluta di € 258,00 per ogni danno e con un massimo di € 10.329,14 per sinistro, per anno e/o singola Associazione.

3) QUALIFICA DI TERZI

Le parti danno atto che sono considerati terzi fra di loro gli operatori volontari e ciò, tuttavia, limitatamente alle lesioni corporali.

La qualifica di terzo viene altresì riconosciuta anche alle organizzazioni di volontariato a cui gli operatori volontari appartengono.

4) PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non sono considerati terzi i coniugi, i genitori, i figli degli Assicurati, nonché qualsiasi altro parente od affine con essi conviventi, ad eccezione di quei casi riguardanti il danno alla persona in cui, pur sussistendo i predetti rapporti, il danno stesso si sia verificato durante l'effettivo svolgimento delle attività di volontariato previste dallo statuto sociale delle organizzazioni di volontariato in virtù della Legge n. 266 dell'11/8/91 Art.4 o di un evento ai quali partecipino contemporaneamente danneggiante e danneggiato.

5) DIFESA DELL'ASSICURATO

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, nonché dei relativi costi, tanto in sede stragiudiziale che in sede giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Le spese del processo penale sono sopportate dalla Società fintantoché non vengono a cessare gli interessi di quest'ultima durante lo svolgimento di tale processo, nel qual caso le anzidette spese rimangono a suo carico fino ad esaurimento del giudizio nel grado in cui questo si trova.

La Società non riconosce spese da essa non autorizzate.

La Società non riconosce spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende.

6) ESTENSIONI DI GARANZIA

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare agli Assicurati in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in occasione di:

- a) tutte le operazioni riguardanti la manutenzione, riparazione e/o pulizia di quanto necessario all'attività dichiarata compresi macchinari, veicoli a motore e attrezzature;
- b) proprietà e/o conduzione e/o custodia di beni immobili e/o mobili necessari all'attività dichiarata.

7) COMMITTENZA AUTO

L'assicurazione comprende la responsabilità derivante all'organizzazione di volontariato a

norma dell'articolo 2049, cod. civ., per danni cagionati a terzi, compresi i trasportati, in relazione alla guida di veicoli non di proprietà dell'organizzazione od alla stessa intestati al P.R.A. ovvero a lei locati ed ai soli ciclomotori guidati da persone di almeno 14 anni di età.

La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate su veicoli abilitati per legge a tale trasporto. La presente estensione è operante solo ad integrazione e dopo esaurimento di ogni altra copertura o garanzia di cui benefici il proprietario e/o il conducente del veicolo che abbia cagionato il danno. La garanzia è valida a condizione che al momento del sinistro il veicolo sia guidato da persona abilitata alla guida ai sensi di legge.

8) PRESTAZIONI PROFESSIONALI

Qualora l'operatore volontario nelle incombenze dell'attività indicata in polizza, debba effettuare prestazioni professionali che fanno capo appunto ad un albo professionale, si precisa che la garanzia non si intende prestata anche per l'effettuazione di tali prestazioni.

9) ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia:

- le gare riguardanti i natanti ed i veicoli a motore in quanto soggette alla legge n. 990 del 1969 e s.m.i.;

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i danni:

- conseguenti a inquinamento in genere, comunque cagionato; interruzioni, deviazioni, impoverimento ed alterazioni di sorgenti, di corsi d'acqua sotterranei, di falde acquifere e di quanto trovasi nel sottosuolo di sfruttamento;
- da furto;
- dovuti ad errori, omissioni, disguidi o ritardi nella redazione, consegna, conservazione, pubblicazione di atti, documenti, valori e simili;
- derivanti dalla detenzione o dall'impiego di aeromobili;
- da detenzione o impiego di esplosivi;
- verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, etc.);
- derivanti da malattie professionali;
- derivanti da tabacco (compreso fumo passivo) e qualsiasi prodotto a base di tabacco;
- derivanti da immunodeficienza acquisita e patologie correlate;
- conseguenti ad atti di terrorismo, atti di sabotaggio ed atti di guerra in genere;
- derivanti da amianto o chrysotile;
- derivanti da encefalopatia spongiforme trasmissibile (TSE);
- risultanti dalla generazione di campi elettrici o magnetici o di radiazioni elettromagnetiche da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto.

10) FRANCHIGIA

La garanzia responsabilità civile verso terzi viene prestata con una franchigia di € 100,00 per ogni sinistro, limitatamente ai danni a cose.

11) INTERPRETAZIONE ESTENSIVA

Poiché la Contraente, le organizzazioni di volontariato e gli operatori volontari intendono coprirsi da ogni responsabilità civile a loro derivante, si conviene tra le parti che verrà data al seguente contratto l'interpretazione estensiva più favorevole alla Contraente, alle organizzazioni di volontariato ed agli operatori volontari stessi.

SOMME ASSICURATE

COPERTURA BASE - INFORTUNI

caso di morte	€ 10.300,00
caso di invalidità permanente	€ 10.300,00
Indennità giornaliera per ricovero a seguito di infortunio e malattia	€ 10,00

COPERTURA BASE - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

€ 51.500,00	per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di:
€ 51.500,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali
€ 51.500,00	per danni a cose ed animali, anche se appartenenti a più persone

COPERTURA BASE PLUS- INFORTUNI

caso di morte	€ 20.500,00
caso di invalidità permanente	€ 20.500,00
Indennità giornaliera per ricovero a seguito di infortunio e malattia	€ 12,00

COPERTURA BASE PLUS- RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

€ 100.000,00	per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di:
€ 100.000,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali
€ 100.000,00	per danni a cose ed animali, anche se appartenenti a più persone.

INTEGRATIVA "A"

Tale opzione prevede l'innalzamento dei capitali assicurati come segue:

caso di morte	€ 51.500,00
caso di invalidità permanente	€ 51.500,00
Indennità giornaliera per ricovero a seguito di infortunio e malattia	€ 25,00
Massimale Responsabilità Civile	€ 516.000,00

INTEGRATIVA "B"

Tale opzione prevede l'innalzamento dei capitali assicurati come segue:

caso di morte	€ 103.000,00
caso di invalidità permanente	€ 103.000,00
Indennità giornaliera per ricovero a seguito di infortunio e malattia	€ 50,00
Massimale Responsabilità Civile	€ 516.000,00

INTEGRATIVA "C"

Tale opzione prevede l'innalzamento dei capitali assicurati come segue:

caso di morte	€ 155.000,00
caso di invalidità permanente	€ 155.000,00
Indennità giornaliera per ricovero a seguito di infortunio e malattia	€ 50,00
Massimale Responsabilità Civile	€ 516.000,00

PREMI ANNUI UNITARI

I premi annui unitari si intendono stabiliti come segue e sono comprensivi delle rispettive imposte governative.

Garanzia base	€ 2,00	per ciascun volontario
Garanzia base plus	€ 5,00	per ciascun volontario
Integrativa "A" -	€ 36,00	per ciascun volontario
Integrativa "B" -	€ 72,00	per ciascun volontario
Integrativa "C" -	€ 108,00	per ciascun volontario

NOBIS Compagnia di Assicurazioni S.p.A
Assicurato
L' Amministratore Delegato

Il Contraente /

