

Scheda di Polizza

Contraente - Assicurato

Ragione Sociale: A.I.C.S.
 Codice fiscale/Partita IVA: 80237550589
 Indirizzo: VIA BARBERINI 68
 C.A.P.: 00187 Città: ROMA (RM)

Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del 31/08/2018 Scadenza: ore 24:00 del 31/08/2019 con Mora di 90 gg
 Durata: anni 1 / mesi 0 / giorni 0
 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 - A.I.C.S.	Premi lordi annui
Infortuni	
Totale	

Premio

Importo annuo comprensivo delle imposte:
 Periodicità del pagamento: in unica soluzione
 Importo alla firma:

Prossima data di pagamento: non prevista

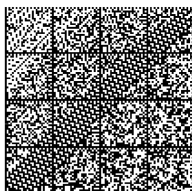
Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

- 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: nuovo

Prodotto: MODELLO GENERICO INFORTUNI



01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

Composizione del premio alla firma (importi espressi in euro)

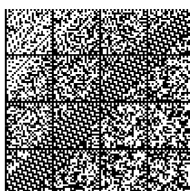
Ramo di garanzia	Imp. Prima rata (1)	Aliquota Imposta	Importo Imposte	Importo lordo alla firma
Infortuni				
Totali				

(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.

Condizioni di assicurazione

Definizioni

Assicurato: la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa;
Assicurazione: il contratto di assicurazione;
Polizza: il documento che prova l'Assicurazione;
Premio: la somma dovuta dalla Contraente alla Società;
Tesserato: ogni singolo soggetto iscritto alla Contraente;
Affiliato: ogni singola società o associazione aderente alla Contraente;
Atleta: il Tesserato che svolge l'attività sportiva rientrando negli scopi della Contraente a titolo agonistico, non agonistico, amatoriale o ludico;
Dirigente: il soggetto tesserato con tale titolo;
Tecnici: i soggetti tesserati in qualità di istruttori, tecnici federali, maestri, preparatori fisici, e le analoghe figure comunque preposte all'insegnamento delle tecniche sportive, all'allenamento degli atleti e al loro perfezionamento tecnico;
Beneficiari: l'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno Beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato;
Franchigia: è l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico e che, per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo;
Massimale: è l'importo massimo della prestazione della Società;
Scoperto: è l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che, per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene 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 altri;
Infortunio: ogni evento improvviso, che si verifichi indipendentemente dalla volontà dell'Assicurato, dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea;
Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;
Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro;
Ricovero: permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento;
Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio;
Ambulatorio: la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;
Istituto di cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge, dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;
Trattamento chirurgico: intervento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura;



01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

Day Hospital: struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 1 - Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione a manifestazioni di altre organizzazioni alle quali la AICS abbia ufficialmente aderito.

Art. 2 - Assicurazioni per conto altrui

Poiché la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del cod. civ.

Art. 3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894, cod. civ.

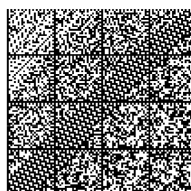
Art. 4 - Aggravamento del Rischio

La Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti del Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del cod. civ.

Art. 5 - Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio, la Società è obbligata, ai sensi dell'art. 1897 del cod. civ., a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione della Contraente in ordine alle circostanze dai cui derivi la diminuzione del Rischio. In deroga a quanto previsto dall'art. 1897 cod. civ., in caso di diminuzione del Rischio la Società non è titolare del diritto di recedere dalla Convenzione.

Art. 6 - Determinazione del Premio - Incasso degli acconti e regolazione del Premio



01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

Fermo restando che i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva Sezione Premi e che l'importo complessivo previsto alla Sezione Premi (comprensivo di: numero adesioni, premio unitario, premio totale) deve considerarsi quale Premio minimo anticipato alla Società per ciascun anno assicurativo, le Parti stabiliscono che il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio verrà effettuato sulla base del numero effettivo degli assicurati previsti alla Sezione Premi.

Art. 7 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

La copertura decorre dalle 24 del giorno di emissione della tessera e risultante dalla data apposta chiaramente sulla tessera stessa e cesserà comunque il 31 agosto di ogni anno prevedendosi una mora di 90 giorni. Nel caso siano in uso sistemi di tesseramento on - line, che consentano la verifica del momento certo dell'inserimento dei dati dell'associato, in linea con quanto previsto dall'art. 3 del D.M 3 novembre 2010 -, essendo il premio di polizza incluso della quota di tesseramento - la copertura decorre dal momento del perfezionamento di detta procedura on line.

Le rate dei premi devono essere pagati alla Società entro il termine di 90 (novanta) giorni dalle date di scadenza indicate nella Polizza per ciascuna rata. Decorso tale termine senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'efficacia dell'Assicurazione resterà sospesa sino alle ore 24:00 del giorno in cui sarà effettuato il pagamento della relativa rata di Premio.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze, comprese nel beneficio assicurativo, in data posteriore alla sottoscrizione della Convenzione, ma anteriore alla segnalazione dei nominativi alla Società, quest'ultima esprime riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del Sinistro.

L'Assicurazione, la quale concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dalla AICS, è in ogni caso efficace solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi delle norme contenute nello Statuto e nei Regolamenti della AICS, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti alla AICS stessa.

Art. 8 - Titoli che danno diritto all'Assicurazione

I titoli che danno diritto alle garanzie assicurative sono, senza distinzione di attività praticata - purché rientrante negli scopi della Contraente - di ruolo ricoperto o di mansione esercitata: i) la Tessera AICS nominativa e numerata, per il Tesserato, ii) l'affiliazione alla AICS, per l'Affiliato.

Sono considerati equipollenti alla tessera quei documenti comunque provenienti dall'AICS, quali elenchi, convocazioni, incarichi, designazioni etc, da cui risultino comunque i dati di cui al precedente comma.

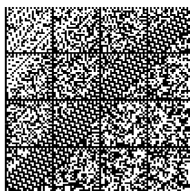
Art. 9 Operatività delle garanzie

La copertura ha effetto esclusivamente dalle ore 24.00 della data di emissione della tessera dei singoli assicurati e dura fino al 31/08/2019, prevedendosi una mora di 90 gg
ma cesserà automaticamente lo stesso giorno di decadenza di ogni singolo dalla qualità di iscritto AICS.
Pertanto la data di emissione dovrà essere obbligatoriamente e chiaramente apposta sulla tessera.

Art 10 Nominativi assicurati

Il contraente si impegna a inviare per iscritto alla società, utilizzando gli stampati appositamente predisposti e per il tramite dei Comitati Provinciali, le comunicazioni relative ai nominativi degli assicurati da inserire nella copertura assicurativa integrativa.

La Società ha diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali l'AICS è tenuta a fornire i chiarimenti e la documentazione necessari.



01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

Art. 11 - Denuncia dei sinistri

La denuncia del Sinistro dovrà essere inviata al gestore del contratto su supporto concordato sottoscritto dall'infortunato e con firma del presidente del circolo di appartenenza e visto del Comitato Provinciale di appartenenza entro 30 (trenta) giorni dall'evento ovvero dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dall'art.1913.

Art. 12 - Oneri fiscali

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

Art. 13 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere apportate per iscritto.

Art. 14 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non sia diversamente regolato dalla presente Convenzione, valgono le norme di legge vigenti in materia.

Art. 15 - Interpretazione della Convenzione

In caso di eventuali controversie sull'interpretazione delle clausole della presente Convenzione, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

Art. 16 - Recesso dalla Convenzione

Non è ammesso il recesso dalla presente Convenzione, salvo quanto previsto al precedente art. 2.

Art. 17 - Foro competente

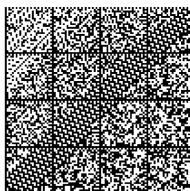
Fermo quanto previsto dall'art.3 della presente Convenzione in ordine alle controversie tra le Parti, per ogni controversia inerente il rapporto tra la Società e i Beneficiari, foro competente sarà quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 18 - Dichiarazioni della Società

La Società dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del Rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni della Contraente e/o dell'Assicurato.

Art. 19 - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

SEZIONE INFORTUNI

01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

PREMESSA

Le coperture disciplinate dalla presente Polizza non devono intendersi in alcun modo cumulabili con quelle previste dalla polizza N. 500349022 (AICS - polizza integrative).

Art. 20 - Soggetti Assicurati

L'Assicurazione è efficace nei confronti di tutti i Tesserati alla AICS

Art. 21 - Oggetto del rischio - durata della copertura

La garanzia si intende prestata in favore di tutti gli iscritti all'AICS per gli infortuni accaduti durante la pratica di attività sportive sociali, culturali e del tempo libero previste fra le finalità statutarie dell'AICS, svolte sotto l'egida dell'Associazione ossia organizzate o anche partecipate dalla Contraente o da un Circolo ad essa affiliato, e risultanti dalla tessera personale di ciascun iscritto. Nel caso di iscritto che abbia aderito all'AICS non per una specifica disciplina sportiva, ma bensì tramite un Circolo polivalente, le garanzie di polizza si riterranno operative per tutte le attività praticate in quel Circolo e comunque risultanti nel quadro statistico del modello di richiesta di affiliazione.

La copertura decorre dall' emissione della tessera e risultante dalla data apposta chiaramente sulla tessera stessa e cesserà comunque il 31 agosto 2019 senza tacito rinnovo prevedendosi una mora di 90 giorni e quindi alle ore 24 del 16 gennaio dell'anno in corso a condizione che la presente polizza sia mantenuta in vigore.

Resta in ogni caso esclusa la pratica di sport a livello professionistico.

Art. 22 - Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

l'asfissia non di origine morbosa;

le infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;

gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;

l'annegamento;

l'assideramento e/o il congelamento;

i colpi di sole e/o di calore;

gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;

gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze anche gravi;

le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico; le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari.

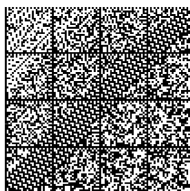
Art. 23 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni causati:

dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;

dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo art. (Rischio volo);

da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope;



01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;

dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;

da guerra e da insurrezioni;

da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;

da malaria, da malattie tropicali e da carbonchio;

da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (a titolo esemplificativo, fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);

dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertate in base alle normative vigenti.

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi **esclusi** dall'Assicurazione i seguenti casi:

conseguenze dell'Infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;

infarto da qualsiasi causa determinato;

rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine senza che vi sia stata lesione del tessuto cutaneo e

sottocutaneo), salvo quanto previsto dal D.M 3 novembre 2010.

Art. 24 - Esonero denuncia di infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici o mutilazioni, da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della Polizza o che dovessero in seguito intervenire.

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana, si applicherà quanto disposto dall'art. 35 (Criteri di indennizzabilità).

Art. 25 - Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che la Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con Compagnie di Assicurazioni diverse dalla Società per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in Polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, lesione ed indennità di ricovero, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

Art. 26 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia, in favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 cod. civ. verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

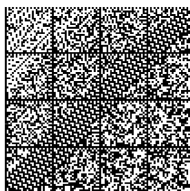
Art. 27 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sintomi e disturbi mentali organici.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso di durata della Convenzione costituisce per la Società aggravamento del Rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del cod. civ.; di conseguenza la Società avrà la facoltà di recedere dalla Convenzione, con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non saranno indennizzabili.

Si intendono comunque assicurati i Tesserati affetti dalle seguenti patologie:

- a) Patologie psichiatriche;
- b) Disturbi mentali come da assi 1, 2, 3 del DSM-IV;



01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

- c) Attention Deficit Hyperactive Disorder;
- d) Patologie Neurologiche;
- e) Patologie neuromotorie;
- f) Paralisi cerebrale infantile;
- g) Malattie degenerative del sistema nervoso adulto;
- h) Patologie dismetaboliche e disgenetiche;
- i) Miopatie e polineuropatie;
- j) Mielopatie;
- k) Epilessia non in fase attiva;
- l) Patologie osteoarticolari;
- m) Disturbi sensoriali.

Art. 28 - Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1900 del cod. civ., sono compresi nella garanzia assicurativa gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, della Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1912 del cod. civ., sono compresi nella garanzia assicurativa gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 29 - Infortuni determinati da calamità naturali

In deroga a quanto previsto dall'art. 1912 del cod. civ., la garanzia assicurativa è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche. Nel caso in cui uno di tali eventi colpisca più soggetti assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente l'importo di Euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00).

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 30 - Limite catastrofale

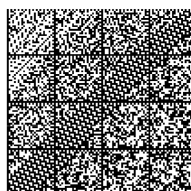
Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di euro 1.000.000,00, a deroga dell'art. "Rischio volo" delle Condizioni di Assicurazione per il quale vale il limite in essa indicato. Qualora le indennità liquidabili a termine di polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 31 - Validità territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo, fermo restando che la valutazione e la liquidazione dei danni avvengono in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro. In caso di sinistro avvenuto all'estero di interesse di associazioni affiliate, comitati o tesserati aventi sede all'estero ogni comunicazione dovrà essere inviata alla Direzione Nazionale AICS che ne verifica la veridicità prima di inoltrarla alla Compagnia.

Art. 32 - Limite di età

Fermi restando i limiti dettati dai Regolamenti Federali, l'Assicurazione viene prestata senza limiti di età.



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

Art. 33 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'Infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche

e/o patologiche preesistenti all'Infortunio stesso; pertanto, l'incidenza che l'Infortunio può avere esercitato su tali condizioni fisiche e/o patologiche preesistenti, come pure il pregiudizio che tali condizioni possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette dell'evento, in quanto tali non indennizzabili.

In caso di perdita anatomica e/o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo art. 38 (Invalidità permanente - franchigia assoluta) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, la prestazione assicurativa è dovuta, in caso di decesso, anche quando tale evento costituisca conseguenza indiretta di un Infortunio avvenuto in occasione di una manifestazione sportiva ufficiale (indetta dalla AICS o a cui partecipi, previa approvazione della AICS, l'Affiliato per il quale l'Assicurato risulti tesserato), all'interno della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa.

Art. 34 - Rischio volo

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi di trasferimento in aereo, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

da società e/o aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi da trasporto pubblico passeggeri;

da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente Polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato, o da altri in suo favore, per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi per aeromobile:

Euro 5.200.000,00 (cinquemilioniduecentomila/00) per il caso morte;

Euro 5.200.000,00 (cinquemilioniduecentomila/00) per il caso invalidità permanente; Euro 5.200.000,00 (cinquemilioniduecentomila/00) per il caso inabilità temporanea.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti.

La garanzia assicurativa inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Art. 35 - Prestazioni

Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata 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 invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo Infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Morte presunta

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà l'Indennizzo previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La liquidazione da parte della Società non avverrà prima che siano trascorsi 6 (sei) mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del cod. civ.

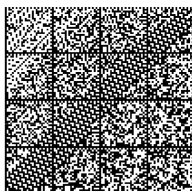
Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'Indennizzo risulti che l'Assicurato è vivo, la

Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Precisazioni

Per

"frattura", salvo quanto previsto nella tabella allegata al D.M. 3 novembre 2010, s'intende la rottura parziale o totale della continuità dell'osso, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.



01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.

Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'Indennizzo.

Le

fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'Assicurato).

Fratture polifocali o comminute del

medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'Indennizzo indicato. Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture "esposte" determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.

I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si

riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomico-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'Indennizzo.

Per

"lussazione" si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.

Qualora la lesione riportata dall'Assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 (sessanta) giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'Indennizzo previsto per la lesione sarà 20 (venti) volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.

Per

i casi di lesioni legamentose, l'Indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro 6 (sei) mesi dal prodursi della lesione.

Per "rottura dei

denti" si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli). Per il relativo accertamento è richiesta la documentazione radiologica.

Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma

post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 (quindici) giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a 2 (due) volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa".

In presenza di frattura cranica l'Indennizzo dovuto a seguito

di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.

L'Indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.

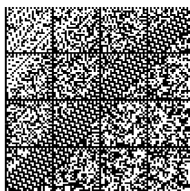
Per

"ustioni" si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrariscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.

Invalidità Permanente

Fermo quanto previsto al

successivo art. 38 (Invalidità permanente - franchigia assoluta), la Società corrisponde l'Indennizzo nella misura prevista come segue e



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di assicurazione sportiva dilettantistica:

i/ per tutti gli

Assicurati gli indennizzi saranno determinati, in ragione del massimale di riferimento, secondo quanto previsto nella tabella allegata al decreto ministeriale 03.11.2010 "Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti", pubblicato sulla GU n. 296 del 20.12.2010, ovvero, se più favorevole all'Assicurato, secondo quanto previsto nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n°1124 ("Tabella INAIL").

Resta inteso che in caso di mancato versamento del Premio, la Società è obbligata ad erogare la prestazione assicurativa in favore dell'Assicurato, fatt salvo il diritto di rivalsa nei confronti della Contraente.

Nei

casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'Indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'Infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto previsto dal precedente art. 35.

Indennità giornaliera per ricovero

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nell'art. 49 - Somme assicurate - per ciascun giorno di degenza a partire dal sesto giorno (franchigia fissa 5 giorni) e con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Il giorno di ingresso e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

Rimborso spese mediche

Esclusivamente a seguito di ricovero in Pronto Soccorso, l'Impresa rimborsa fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato nell'ART - Somme assicurate - con uno Scoperto per Sinistro di euro 150,00, le spese mediche sostenute dall'Assicurato per le conseguenze dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza:

per accertamenti diagnostici

per prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere)

per trattamenti fisioterapici e rieducativi fino a concorrenza di euro 300,00

in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per:

rette di degenza

onorari dei medici curanti

medicinali

diritti di sala operatoria

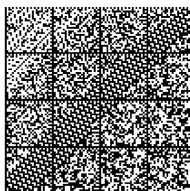
materiali d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi)

applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesiposizionate anteriormente al Sinistro)

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborsa le spese non riconosciute dal precitato Servizio e sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte, senza deduzione di Scoperto alcuno.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale europea.



01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, l'Impresa effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente: ovviamente dal rimborso dovuto dall'Impresa verrà detratto quanto già riconosciutogli.

Diaria da gesso

In caso di infortunio che renda necessaria l'applicazione di gessatura l'Impresa corrisponde un'indennità di euro 25,00 (venticinque) per ogni giorno di gessatura con franchigia di 7 (sette) giorni, fino ad un massimo di gg 30 per Infortunio.

La garanzia opera, parimenti, anche per il periodo di ininterrotta applicazione di ogni tipo di apparecchio immobilizzante effettuata da personale medico o paramedico in relazione alla frattura e/o lussazione radiologicamente accertata attraverso qualsiasi mezzo messo a disposizione dalla moderna diagnostica radiologica (oltre alla radiologia standard, ad esempio TAC, Risonanza Magnetica, Ecografia, ecc.).

Per questo tipo di prestazione, la diaria verrà corrisposta a decorrere dal 1° giorno successivo a quello dell'immobilizzazione con un massimo di 10 giorni per Infortunio.

Invalità permanente - franchigia assoluta

Se

la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art. 37, lettera c), non supera il 8%, all'Assicurato non sarà corrisposto alcun Indennizzo.

Qualora la

percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore al 8%, l'Indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.

Prestazione per l'indennità giornaliera da gessatura

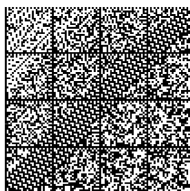
La Società riconosce l'indennità indicata all' Art. "Somme assicurate - Calcolo del premio" qualora l'Assicurato - in conseguenza di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza - sia portatore a domicilio:

di apparecchio gessato;

di qualsiasi altro mezzo di contenimento immobilizzante - comunque esterno e semprechè applicato da personale medico - limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura.

La presente indennità - che decorre dall'ottavo giorno successivo a quello in cui l'Assicurato è portatore a domicilio del tutore immobilizzante come sopra descritto (franchigia assoluta 7 giorni) - viene corrisposta per ciascun giorno di totale incapacità fisica dello stesso ad attendere all'attività dichiarata in polizza e fino alla rimozione dell'apparecchio gessato o del mezzo di contenimento immobilizzante col massimo di gg. 30 per infortunio.

Art. 36 - Controversie sulla natura degli infortuni



01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

In caso di controversia su natura, cause, entità e conseguenze delle lesioni indennizzabili a termini di Polizza, nonché in ordine all'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono deferire la soluzione della controversia, conferendo espresso mandato per iscritto, ad un Collegio costituito da tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo nominato di comune accordo dagli altri due. In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo medico, quest'ultimo essere sarà scelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni del Collegio medico devono essere annotate 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale definitivo.

Art.37 - Pagamento dell'Indennizzo

Nel caso di Infortunio il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato in Euro e comunque in Italia.

Art. 38 - Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di uno degli eventi garantiti con la presente Polizza, l'Assicurato dovesse trovarsi nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, all'Assicurato verrà corrisposto un Indennizzo incrementato del 20%.

La predetta garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentino scuole nella Repubblica di San Marino, ovvero scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente Polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'Indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni, se conviventi ed in quanto Beneficiari, sarà aumentata del 100%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto nel precedente art. 25, lettera g), l'Assicurazione vale anche per gli Infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti da guerra o insurrezione che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

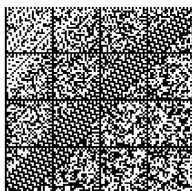
Spese funerarie

In caso di decesso a seguito di Infortunio, la Società rimborserà le spese funerarie fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (cinquemila/00).

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (cinquemila/00), rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'Infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Rientro sanitario



01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

In caso di Infortunio occorso all'estero, la garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (cinquemila/00).

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Per i morsi di animali, insetti e aracnoidi, che rendano necessario il ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, all'Assicurato, previa diagnosi che accerti l'evento, sono rimborsate le spese documentate.

Avvelenamenti

A seguito di avvelenamento acuto o sospetto avvelenamento da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti il Ricovero con almeno un pernottamento in Istituto di cura, al soggetto Assicurato, previa diagnosi che accerti l'avvelenamento (o attesti il sospetto avvelenamento), sono rimborsate le relative spese documentate.

Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore

A seguito di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione, al soggetto Assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Danno estetico

Al soggetto Assicurato che non abbia compiuto il 14° anno di età alla data dell'Infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva subiti in conseguenza dell'Infortunio occorso.

Art. 39 - Denuncia degli infortuni

In caso di Sinistro, la Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono:

darne avviso per iscritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui la Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di

accadimento; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Società legittimo impedimento alla trattazione del Sinistro;

in caso di Sinistro occorso durante un allenamento, anche individuale, previsto, disposto ed autorizzato e/o controllato dalla AICS, anche per il tramite dei suoi organi periferici e dei suoi Affiliati, ai fini dell'ammissione del Sinistro all'Indennizzo, la denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'Affiliato per il quale l'Assicurato è tesserato che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione stessa;

documentare, fornendo ulteriori certificati medici, il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;

trasmettere, in caso di Ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento - medico e non;

consentire in ogni caso alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico, sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 (sessanta) giorni dalla chiusura del Sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

Art. 40 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e/o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del cod. civ. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

MASSIMALI E PREMI

INTEGRATIVA PILOTI MOTOCICLISMO (polizza obbligatoria per praticanti attività motociclistica agonistica) LICENZA

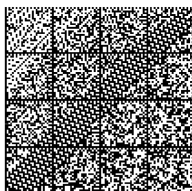
Morte euro 80.000,00

Invalidità Permanente euro 80.000,00 franchigia fissa 8% liquidazione secondo la tabella rischi sportivi

Diaria da ricovero euro 25,00 massimo 30gg. franchigia fissa 7giorni.

Diaria da gessatura euro 25,00 massimo 30gg. franchigia fissa 7giorni.

RSM 1.000,00 franchigia fissa euro 150,00;



01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di Polizza

INTEGRATIVA PILOTI MOTOCICLISMO ALLENAMENTI FUORISTRADA E VELOCITA' MINORE

La garanzia copre unicamente gli allenamenti liberi purché effettuati su piste e/o percorsi dotati di omologazione AICS o FMI.

Morte euro 80.000,00

Invalità Permanente euro 80.000,00 franchigia fissa 8% liquidazione secondo la tabella rischi sportivi

Diaria da ricovero euro 25,00 massimo 30gg. franchigia fissa 7giorni.

Diaria da gessatura euro 25,00 massimo 30gg. franchigia fissa 7giorni.

RSM 1.000,00 franchigia fissa euro 150,00;

INTEGRATIVA MOTOCICLISMO PROVE LIBERE IN PISTA (ESCLUSA PARTECIPAZIONE A GARE E RELATIVE PROVE)

La garanzia è operante unicamente in occasione degli accessi ad impianti omologati dalla FMI o AICS

per allenamenti anche individuali o sessioni di prove libere non competitive. Sono specificamente escluse dalla copertura le gare e le relative prove di qualificazione.

Morte euro 80.000,00

Invalità Permanente euro 80.000,00 franchigia fissa 9% liquidazione secondo la tabella rischi sportivi

Forfait di euro 200,00 , in caso di frattura ossea, radiologicamente accertata, i cui postumi ricadono nella franchigia del 9%.

INTEGRATIVA eventi A.I.C.S. Motociclismo Agonistici (ASSICURAZIONE GIORNALIERA PER NON TESSERATI AICS)

Con i seguenti premi e massimali:

Morte: euro 50.000,00.

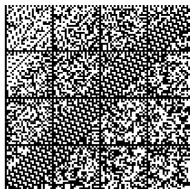
IP: euro 50.000,00 (fr. assoluta 9%).

Diaria - no gesso: euro 30,00 (max risarcimento 60 gg., fr. 3 gg).

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;



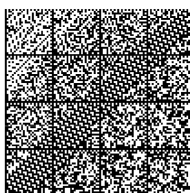
01K 00005003490405



Polizza n. 500349040

Scheda di 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. 500349040

Scheda di Polizza

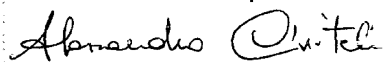
Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

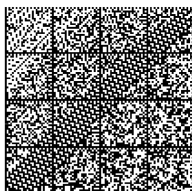
- di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente contratto:
 - il DIP Danni ed il Fascicolo Informativo composto da Nota Informativa, incluso Glossario e Condizioni di assicurazione o, nei casi previsti dall' art. 30 del Regolamento IVASS 35/2010 e successive modificazioni e/o integrazioni, le Condizioni di assicurazione;
 - copia del documento "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti" conforme all'allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
 - copia del documento "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto" conforme all'allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
- di impegnarsi a consegnare a ciascun Assicurato copia del DIP Danni e del Fascicolo Informativo composto da Nota Informativa, incluso Glossario e Condizioni di assicurazione o, nei casi previsti dall' art. 30 del Regolamento IVASS 35/2010 e successive modifiche e/o integrazioni, copia delle Condizioni di assicurazione esonerando, così, l'Intermediario ed Allianz S.p.A. da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dalla mancata ottemperanza a tale obbligo;
- 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/Legale Rappresentante



01K 00005003490405

