

POLIZZA DIARIA DA MALATTIA

La presente polizza è stipulata tra

CLUB ALPINO ITALIANO

Via Petrella 19

20124 MILANO

C.F. 80067550154

P.IVA 03654880156

e

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA

Via Stalingrado, 45

40128 BOLOGNA

C.F. 00818570012

P.IVA 03740811207

CIG ZD631B6D77

Decorrenza Ore 24:00 del 30 giugno 2021

Scadenza Ore 24:00 del 31 dicembre 2022, senza tacita proroga



SEZIONE 1 – DEFINIZIONI

CAI	Il CAI CLUB ALPINO ITALIANO Sede Centrale, intendendosi per tale: la "(...) libera associazione nazionale, "che" ha per scopo l'alpinismo in ogni sua manifestazione, la conoscenza e lo studio delle montagne, specialmente di quelle italiane, e la difesa del loro ambiente naturale" (art. 1 - Costituzione e finalità dello Statuto).
Assicurato	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società	L'impresa assicuratrice e, in caso di ATI, le eventuali mandanti.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Malattia	qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia dipendente da Infortunio.
Malattia acuta	stato patologico di acuta insorgenza tale intendendosi una Malattia non derivante da una precedente Malattia, ma insorta per la prima volta durante lo svolgimento delle attività dichiarate in polizza
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Ricovero	degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di Cura. La degenza in ospedalizzazione domiciliare viene parificata a tutti gli effetti al Ricovero in Istituto di Cura.
Massimale per sinistro	La massima esposizione della Società per sinistro.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

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

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

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

In caso di sinistro, l'Assicurato deve però comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il sinistro a tutti gli Assicuratori indicandone a ciascuno gli estremi.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute. In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

Art. 3 - Durata del contratto

Il contratto ha durata di mesi 6 (sei) e anni 1 (uno), con effetto alle ore 24:00 del 30/6/2021 e scadenza alle ore 24:00 del 31/12/2022 e cesserà irrevocabilmente alla scadenza di detto periodo.

È facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

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 30 giorni successivi al medesimo. Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della 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.

Il pagamento del premio annuo è effettuato con frazionamento semestrale più annuale, con rate al 30/06/2021 e al 31/12/2021.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR n. 602/1973 la Società dà atto che:

1. l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata 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;
2. 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 interessata 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.

La società assicuratrice è 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 sopra citata - 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. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 6 – Regolazione del premio

Poiché il premio è 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 minor 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 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo 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 od 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 premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il 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 e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del 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.

E' facoltà del contraente (Club Alpino Italiano) recedere dal contratto in occasione della scadenza definitiva del 31/12/2022 mediante comunicazione inviata per Posta Elettronica Certificata almeno 90 (novanta) giorni prima di tale scadenza.

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

Art. 8 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza devono essere provate 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, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 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. 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.

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

Art. 14 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 - COPERTURA ASSICURATIVA DIARIA DA MALATTIA

SEZIONE 3.1 - RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

La Società indennizza i Volontari e/o gli associati, identificati come sotto stabilito, con una indennità giornaliera, nel limite della Somma Assicurata stabilita in Polizza, per il caso di Ricovero in Istituto di Cura reso necessario da **Malattia acuta** manifestatasi durante l'espletamento delle mansioni svolte nell'ambito dell'attività dichiarata in Polizza.

La Società corrisponderà l'Indennità per ogni giorno di degenza e per un massimo di 365 giorni per ogni Malattia denunciata. Agli effetti del computo delle giornate di degenza si conviene che il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura non venga conteggiato agli effetti della presente garanzia.

Per l'identificazione degli Assicurati, si farà riferimento ai registri tenuti ai sensi dell'art. 17 del Decreto Legislativo n. 117 del 3 Luglio 2017 (ed eventuali successive modifiche), oppure agli elenchi di iscrizione o ad altra documentazione comprovante l'effettiva partecipazione all'attività assicurata tenuti a cura del Contraente, che si obbliga ad esibirli in qualsiasi momento a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Compagnia di fare accertamenti e controlli.

Le persone che non fossero regolarmente iscritte nei registri e negli elenchi si riterranno come non comprese nell'Assicurazione.

SEZIONE 3.2 - ESCLUSIONI

Art. 2 - Esclusioni

La garanzia Indennità per Ricovero da Malattia non è operante per:

- a) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- b) i ricoveri necessari alla correzione o l'eliminazione di qualsiasi Difetto Fisico/Malformazione; si intendono esclusi anche gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione;
- c) l'aborto non terapeutico e le sue eventuali conseguenze;
- d) le cure odontoiatriche e delle paradontopatie;
- e) HIV e gli stati patologici correlati ad essa;
- f) le prestazioni aventi finalità estetiche;
- g) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. dell'8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262, e successive modifiche) quali per esempio le cure omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere;
- h) le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
- i) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di eruzioni vulcaniche;
- j) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- k) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 3 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 80 anni. Qualora un Assicurato raggiunga il predetto limite di età in corso di contratto, l'Assicurazione, limitatamente a questa persona, cessa con effetto

dalla prima scadenza annuale successiva.

Art. 4 - Limiti territoriali

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

SEZIONE 3.3 - GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 5 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

In caso di sinistro, la denuncia dovrà essere inviata, entro 60 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, trasmettendo copia della cartella clinica conforme all'originale. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Art. 6 – Controversie

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

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

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

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

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 7 – 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. 8 - 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. 9 – Persone assicurate

L'assicurazione è prestata, alle condizioni tutte della presente polizza, a favore dei soci appartenenti alle Sezioni aderenti al "Terzo Settore", limitatamente ai nominativi indicati negli appositi registri di Sezione.

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

Decorrenza garanzie ed esonero comunicazioni

La garanzia decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui le singole Sezioni inseriscono la copertura nella piattaforma di tesseramento informatico.

La copertura cesserà alle ore 24:00 del 31/12/2021 per quanto riguarda le coperture del secondo semestre 2021.

La copertura cesserà alle ore 24:00 del 31/12/2022 per quanto riguarda le coperture dell'anno 2022.

Si conviene tra le parti che agli effetti assicurativi la qualità di socio del CAI al momento dell'evento sarà desunta dagli appositi elenchi conservati presso la Sede Centrale. La copertura opera alle condizioni tutte previste in polizza purché la richiesta, corredata dagli elementi utili alla preventiva identificazione degli Assicurati, venga effettuata dalle Sezioni alla Sede Centrale del CAI. 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.

Art. 10 - Somme assicurate e Premi lordi annui

<i>Somme assicurate</i>	<i>Premio lordo per singolo assicurato</i>
Diaria giornaliera da Ricovero Eu 30,00	Eu 1,00 (dal 30/06/2021 al 31/12/2021)
Diaria giornaliera da Ricovero Eu 30,00	Eu 2,00 (dal 31/12/2021 al 31/12/2022)

Il premio anticipato viene fissato in:

- Eu 2.500,00 al lordo delle imposte per il periodo dal 30/06/2021 al 31/12/2021
- Eu 5.000,00 al lordo delle imposte per il periodo 31/12/2021 al 31/12/2022

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

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA
UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Cassa Broker e Diritto
Geranza Non Auto di MILANO e TORINO
Il Responsabile
Adriano Olivari