

Condizioni di Assicurazione

Tutela multirischi per il volontariato

Assicurazione multirischi per la tutela dei volontari che prestano servizio per gli Enti del Terzo Settore.

Il presente documento deve essere consegnato al **Contraente** prima della sottoscrizione del contratto. Prima della sottoscrizione del contratto leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione.

Organizzazione dei contenuti:

Guida all'utilizzo della **Polizza**

Condizioni di assicurazione comprendenti:

- Glossario
- Allegato 1 - Tabelle determinazione per invalidità
- Allegato 2 - Riepilogo dei limiti e franchigie
- Norme generali sui contratti assicurativi

Mod. D998_Ed. 09/2019 – Aggiornamento al 07/2026

Documento redatto in base alle linee guida del tavolo tecnico Ania - Associazione dei consumatori - Associazione degli intermediari per i contratti semplici e chiari.

AREA CLIENTI

La tua assicurazione a portata di mano

L'Area Clienti **Assimoco** è il nostro modo di esserti sempre vicino.

Uno spazio personale gratuito dove potrai trovare tutto ciò che riguarda le tue polizze e non solo: scadenze, documenti, sinistri aperti, pagamenti, richieste di modifiche ai dati personali, richieste di apertura dei sinistri e molto altro. **Iscriviti subito su [assimoco.it](https://www.assimoco.it) e clicca su ACCEDI, bastano pochi click!**

DA ORA PUOI ANCHE



**PAGARE I PREMI
SUCCESSIVI AL PRIMO**



**RICHIEDERE
MODIFICHE AI DATI
PERSONALI**



**RICHIEDERE
L'APERTURA
DI UN SINISTRO**



E MOLTO ALTRO

Iscritto in 4 semplici passaggi

Prima di iniziare

- 1 Controlla di avere il tuo numero di polizza (lo trovi nell'intestazione della polizza)
- 2 Prepara il tuo codice fiscale
- 3 Assicurati di avere accesso alla tua casella email dove riceverai il link di attivazione. Ricordati che il tuo indirizzo email diventerà la tua username per accedere all'Area Clienti.



VAI SU ASSIMOCO.IT

Clicca sul bottone "Accedi/Registrati" in alto a destra, e poi nella pagina "Accedi ai tuoi servizi" clicca sulla voce "Registrati".



COMPILA I CAMPI

Inserisci i dati richiesti, leggi e prendi visione dell'informativa privacy. Scegli inoltre se ricevere le comunicazioni sulla tua posizione assicurativa in formato digitale.



CONTROLLA LA TUA EMAIL

Riceverai un'email con all'interno un link. Clicca sul link per procedere con la registrazione.



COMPLETA LA TUA REGISTRAZIONE

Crea la tua password, rispettando i criteri di sicurezza.

Chi siamo

Dal 1978, Assimoco è il Gruppo ASSicurativo del MOvimento COoperativo italiano, un Movimento che da oltre 150 anni lavora per fornire aiuti concreti alle famiglie, ai soci e alle imprese locali.

Il Gruppo Assimoco collabora con Banche di Credito Cooperativo, Casse Rurali e Agenzie, da sempre suoi partner intermediari, per portare protezione e serenità alle famiglie con soluzioni assicurative danni e vita.

L'offerta di Assimoco è in grado di soddisfare i fabbisogni assicurativi delle persone e delle imprese attraverso una gamma di prodotti dedicati alla protezione della casa, della famiglia, dei debiti, degli infortuni gravi o fatali e del tenore di vita in caso di prematura scomparsa.

Gli azionisti sono R+V Versicherung AG, che è un primario gruppo assicurativo in Germania ed è la compagnia di bandiera del Mondo Cooperativo tedesco; Federazione delle Cooperative Raiffeisen; Fondosviluppo; Confcooperative (Confederazione Cooperative Italiane); il Credito Cooperativo (BCC).

www.assimoco.it

Gentile Cliente,

vogliamo ringraziarla per la fiducia che ha accordato al Gruppo Assimoco, acquistando la **polizza Tutela multirischi per il volontariato**.

Tutela multirischi per il volontariato è una polizza assicurativa che protegge i volontari utilizzati dagli Enti del Terzo Settore durante lo svolgimento della loro attività volontaristica. L'assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi, Infortuni e Malattia è conforme agli adempimenti/obblighi assicurativi previsti dalla normativa di legge del Terzo Settore.



COME SI LEGGONO LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Come avrà modo di notare, sono stati inseriti all'interno di questo **documento** degli elementi grafici per agevolarla nella lettura. Ogni sezione è infatti contraddistinta da un'icona così che possa facilmente individuare il testo di suo interesse.

Le clausole contrattuali che prevedono oneri e obblighi a carico del **Contraente** e dell'**Assicurato**, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia sono evidenziate su **sfondo azzurro** e sono da leggere con particolare attenzione.

Inoltre, abbiamo utilizzato dei **riquadri informativi**, contrattualmente non vincolanti, contenenti chiarimenti e/o esempi che hanno lo scopo di semplificare un concetto più tecnico.



IL GLOSSARIO

Nel testo di **polizza** sono state evidenziate, riportandole in **grassetto corsivo**, alcune parole per cui è previsto un significato specifico nel glossario (es: **polizza**).

Cordialmente,
Gruppo Assimoco

Il Gruppo Assimoco è la prima Compagnia Assicurativa italiana che ha assunto la qualifica di Società Benefit

COS'È UNA SOCIETÀ BENEFIT?

Si tratta di una forma giuridica che garantisce all'azienda una solida base per allineare la missione e creare valore condiviso nel medio e lungo termine. Questa forma legale rappresenta una modifica permanente dello statuto societario dell'azienda e ne protegge la missione in caso di entrata di nuovi investitori, cambi di leadership e passaggi generazionali.

COSA SIGNIFICA PER NOI ESSERE SOCIETÀ BENEFIT?

Crediamo fortemente che nel fare impresa possiamo creare un impatto positivo sulle persone, la società e il territorio.

Per questo vogliamo che le nostre relazioni si concretizzino nella fioritura delle persone, nella promozione e protezione del benessere e nell'attivazione di sistemi di welfare integrato. Solo così sapremo generare profitto e dare il nostro contributo alla collettività.

IL BENEFICIO COMUNE: IL NOSTRO OBIETTIVO DA SEMPRE

La trasformazione in Società Benefit è stata per noi un'evoluzione giuridica naturale del nostro modo di fare impresa, che si traduce in tre impegni concreti: Valore alle Persone, Servizi Utili e Welfare Integrato.

ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI	3
CHI SONO I DESTINATARI DELL'ASSICURAZIONE	3
ART. 1 - Chi può stipulare l'assicurazione (Contraente)	3
ART. 1.1 - Chi è coperto dall'assicurazione (Assicurati)	3
COS'È COPERTO DALL'ASSICURAZIONE	3
ART. 2 - Cos'è assicurato	3
ART. 2.1 - Quali attività sono assicurate	5
CHI NON È ASSICURABILE	6
ART. 3 - Soggetti non assicurabili	6
LIMITI DI COPERTURA	6
ART. 4 - Danni esclusi dalla copertura	6
ART. 4.1 - Soggetti non considerati terzi	6
ART. 4.2 - Franchigia assoluta per danni materiali	7
ART. 4.3 - Massimale valido per più assicurati	7
ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA	7
CHI SONO I DESTINATARI DELL'ASSICURAZIONE	7
ART. 5 - Chi può stipulare l'assicurazione (Contraente)	7
ART. 5.1 - Chi è coperto dall'assicurazione (Assicurati)	7
COS'È COPERTO DALL'ASSICURAZIONE	7
ART. 6 - Cosa sono un infortunio e una malattia	7
ART. 6.1 - Quali infortuni sono assicurati	7
ART. 6.2 - Quali conseguenze deve avere l'infortunio	8
ART. 6.3 - Quali conseguenze deve avere la malattia	8
CHI NON È ASSICURABILE	8
ART. 7 - Soggetti non assicurabili	8
LIMITI DI COPERTURA	8
ART. 8 - Infortuni esclusi dalla copertura	8
ART. 8.1 - Malattie escluse dalla copertura	9
ART. 8.2 - Franchigia assoluta per invalidità permanente da infortunio	9
ART. 8.3 - Franchigia relativa per invalidità permanente da malattia tropicale	10
ART. 8.4 - Limiti di risarcimento	10
ART. 8.5 - Limite di risarcimento per evento catastrofe (incluso Rischio volo)	10
COME VENGONO CALCOLATI E LIQUIDATI I SINISTRI	11
RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI	11
ART. 9 - Gestione delle vertenze e spese legali di resistenza	11
INFORTUNI E MALATTIA	11
ART. 9.1 - Criteri di indennizzabilità/invalidità preesistenti	11
ART. 9.2 - Controversie/arbitrato irrituale	11
ART. 9.3 - Diritto all'indennizzo	11
ART. 9.4 - Diritto di surrogazione	12
ART. 9.5 - Liquidazione per morte	12
ART. 9.6 - Calcolo e liquidazione per invalidità permanente	13
ART. 9.7 - Calcolo e liquidazione per rimborso spese mediche	13
ART. 9.8 - Calcolo e liquidazione per ricovero ospedaliero	14
ART. 9.9 - Calcolo e liquidazione per gessatura e immobilizzazione	14
ART. 9.10 - Calcolo e liquidazione per contagio da hiv, epatite b/c 3 virus	15
ART. 9.11 - Calcolo e liquidazione per malattia tropicale	15
ART. 9.12 - Facoltà di richiedere un anticipo del sinistro	15
OBBLIGHI DELLE PARTI	16

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO	16
ART. 10 - In caso di sinistro	16
ART. 10.1 - In caso di premio con regolazione annuale	16
ART. 10.2 - In caso di aggravamento del rischio	16
ART. 10.3 - In caso di altre assicurazioni	17
ART. 10.4 - In caso di assicurazione per conto altrui	17
ART. 10.5 - Per le dichiarazioni al momento della stipulazione	17
ART. 10.6 - In caso di buona fede	17
OBBLIGHI DI ASSIMOCO	17
ART. 10.7 - In caso di pagamento del sinistro	17
ART. 10.8 - In caso di diminuzione del rischio	17
OBBLIGHI COMUNI	17
ART. 10.9 - In caso di modifiche dell'assicurazione	17
IN QUALI PAESI VALE LA COPERTURA	17
DOVE VALE LA COPERTURA	17
ART. 11. - In caso di danno a terzi	17
ART. 11.1 - In caso di infortunio e malattia	17
QUANDO COMINCIA L'ASSICURAZIONE	18
INIZIO DELL'ASSICURAZIONE	18
ART. 12 - Pagamento del premio	18
ART. 12.1 - Decorrenza dell'assicurazione malattia	18
QUANTO DURA L'ASSICURAZIONE	18
DURATE DELL'ASSICURAZIONE	18
ART. 13 - Annuale	18
ART. 13.1 - Fissa predeterminata superiore a un anno	18
ART. 13.2 - Temporanea inferiore a un anno	18
COME DARE DISDETTA ALL'ASSICURAZIONE	18
MODALITÀ DI DISDETTA DELL'ASSICURAZIONE	18
ART. 14 - Per durata annuale con tacito rinnovo	18
ART. 14.1 - Per durata fissa predeterminata superiore a un anno senza tacito rinnovo	18
ART. 14.2 - Per durata temporanea inferiore a un anno	18
ART. 14.3 - In caso di sinistro	18
ONERI FISCALI E RINVII ALLA NORMATIVA DI LEGGE	19
ONERI E NORME APPLICATE	19
ART. 15 - Oneri fiscali	19
ART. 15.1 - Rinvio alle norme di legge	19
ART. 15.2 - Foro competente	19
GLOSSARIO	20
ALLEGATO 1 - TABELLA DI DETERMINAZIONE	23
ALLEGATO 2 - RIEPILOGO LIMITI E FRANCHIGIE	26
NORME GENERALI SUI CONTRATTI ASSICURATIVI	27

ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI



CHI SONO I DESTINATARI DELL'ASSICURAZIONE

ART. 1 - CHI PUÒ STIPULARE L'ASSICURAZIONE (CONTRAENTE)

L'assicurazione è stipulabile dagli Enti del Terzo Settore, così come definiti nel Glossario, che utilizzano i volontari descritti nel successivo Art. 1.1. - lettera A) per l'esercizio dell'attività assicurata.

ART. 1.1 - CHI È COPERTO DALL'ASSICURAZIONE (ASSICURATI)

Per gli effetti e scopi dell'assicurazione sono assicurati:

- A) i volontari iscritti nel registro di cui al comma 1 dell'Art. 17 del Codice del Terzo Settore, compresi i minori di età che, con il consenso dei genitori o di chi ne fa le veci, prestano l'attività di volontario per l'Ente.
- B) gli utenti minori di età, quelli con disabilità psichica e fisica, le persone di cui per legge devono rispondere i volontari quando sono sottoposti alla loro assistenza e sorveglianza.
- C) l'Ente **Contraente** per la responsabilità civile ad esso imputabile, anche da fatto involontario commesso dai volontari di cui alla lettera A) quando prestano l'attività di volontariato per l'Ente.



COS'È COPERTO DALL'ASSICURAZIONE

ART. 2 - COS'È ASSICURATO

Assimoco si obbliga a tenere indenne gli **Assicurati** di cui all'Art. 1.1. di quanto questi siano tenuti a pagare, quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni corporali (morte e lesioni personali) e materiali (danneggiamento di cose e animali) involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi nello svolgimento delle attività di cui al successivo Art. 2.1.

Assimoco, a deroga (totale/parziale) di quanto escluso nei "Limiti di copertura", assicura altresì:

- A) **Responsabilità personale dei volontari:** l'assicurazione comprende la responsabilità imputabile personalmente e direttamente ai volontari di cui all'Art. 1.1 lettera A) per i danni involontariamente cagionati a terzi mentre attendono allo svolgimento dell'attività assicurata di cui al successivo Art. 2.1.
- B) **Volontari considerati terzi:** i volontari di cui all'Art. 1.1 lettera A):
 - sono considerati terzi per i danni corporali (morte e lesioni personali) e materiali (danneggiamento di cose/animali) da loro subiti per responsabilità imputabile all'Ente **Contraente**;
 - sono considerati terzi tra loro per i danni corporali (morte e lesioni personali) e materiali (danneggiamento di cose/animali) da loro subiti per la responsabilità personale a loro imputabile ai sensi del precedente punto A);
 - sono considerati terzi per i danni corporali (morte e lesioni personali) e materiali (danneggiamento di cose/animali) da loro subiti per la responsabilità personale imputabile ai soggetti di cui all'Art. 1.1 lettera B).
- C) **Utenti minori, disabili, altri soggetti considerati terzi:** i soggetti di cui all'Art. 1.1. lettera B) sono considerati terzi rispetto all'Ente **Contraente** e tra loro per i danni corporali (morte e lesioni personali) e materiali (danneggiamento di cose/animali) da loro subiti quando sono sottoposti alla sorveglianza dei volontari.
- D) **Dipendenti, collaboratori e tirocinanti considerati terzi:** qualora l'Ente **Contraente** si avvalga nello svolgimento delle attività assicurata di dipendenti subordinati o parasubordinati, di collaboratori occasionali non dipendenti utilizzati nel rispetto delle norme di legge vigenti, di tirocinanti, tali soggetti sono considerati terzi rispetto ai volontari per i danni corporali (morte o lesioni personali) e materiali (danneggiamento di cose/animali) da loro subiti mentre attendono allo svolgimento dell'attività assicurata. L'assicurazione opera anche per l'azione di rivalsa esperita dall'INAIL o dall'INPS. Questa estensione opera in assenza di altre assicurazioni valide ed operanti a copertura dello stesso rischio.

- E) Soci e amministratori dell'Ente considerati terzi:** i soci e gli amministratori (escluso il legale rappresentante) sono considerati terzi sia rispetto all'Ente **Contraente** che ai volontari per i danni corporali (morte e lesioni personali) e materiali (danneggiamento di cose/animali) da loro subiti mentre attendono all'espletamento delle cariche ricoperte. Il legale rappresentante è considerato terzo quando subisce il danno durante l'espletamento dell'attività di volontario.
-
- F) Incendio scoppio, esplosione:** i danni alle cose di terzi, anche derivanti da incendio, scoppio ed esplosione di cose dei volontari assicurati o da loro detenute quando eseguono l'attività di volontariato presso terzi. La copertura esclude i danni alle cose sulle quali si eseguono i lavori.
-
- G) Fabbricati e/o locali:** i danni cagionati a terzi conseguenti alla conduzione di fabbricati (inclusi eventuali magazzini e depositi) e/o di locali dove l'Ente **Contraente** e i volontari esercitano, in tutto o in parte, l'attività assicurata. La copertura esclude i danni derivanti:
- a) da lavori di ampliamento, sopraelevazione o demolizione eseguiti direttamente dall'Ente e dai volontari;
 - b) da umidità, stillicidio e insalubrità dei locali;
 - c) dall'esercizio da parte dell'Ente, dei volontari e di terzi di qualsiasi attività diversa da quella assicurata;
 - d) da fabbricati e locali ubicati in stati esteri.
- Aree destinate a parcheggio:** qualora nei fabbricati/locali esistano aree di loro pertinenza adibite a parcheggio/sosta di veicoli a motore, l'assicurazione è estesa alla responsabilità civile imputabile agli Assicurati per i danni materiali ai veicoli in sosta, inclusi quelli dei volontari. La copertura esclude i danni: derivanti dalla circolazione dei veicoli, da furto, alle cose che si trovano nei/sui veicoli, dal mancato uso dei veicoli, da atti vandalici di terzi, dei volontari di altre persone che prestano l'attività per l'Ente **Contraente**.
-
- H) Cose in consegna, custodia, detenute a qualsiasi titolo e destinazione:** i danni materiali alle cose/merci di terzi in consegna, custodia o detenute dall'Ente **Contraente** e/o dai volontari. La copertura esclude i danni verificatisi in conseguenza del trasporto delle cose e/o merci, quelli da furto, mancato uso delle cose/merci danneggiate, inclusi i danni a macchinari e/o attrezzature che costituiscono strumenti di lavoro.
-
- I) Cose di proprietà dei volontari:** i danni alle cose di proprietà dei volontari di cui all'Art. 1.1 lettera A) nel limite di € 5.000,00 per ogni sinistro. La copertura non vale per denaro, marche e valori bollati, titoli di credito, valori in genere, oggetti preziosi consegnati e/o in custodia dell'Ente.
-
- L) Lavori presso terzi (cose in ambito di esecuzione dei lavori):** per le attività svolte presso terzi, i danni alle cose di terzi che si trovano nell'ambito di esecuzione dei lavori e che, per volume e peso, non possono essere rimosse o spostate durante il loro svolgimento. La copertura esclude i danni alle cose di terzi detenute a qualsiasi titolo dai volontari per l'esecuzione dei lavori e alle cose sulle quali si compiono direttamente i lavori.
-
- M) Inquinamento:** i danni a terzi conseguenti a contaminazione dell'acqua, dell'aria o del suolo congiuntamente o disgiuntamente provocati da sostanze di qualunque natura, emesse o comunque fuoriuscite a seguito di fatto accidentale.
-
- N) Interruzione di attività:** i danni a terzi conseguenti a interruzione o sospensione (totale o parziale) di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, purché l'interruzione o sospensione sia conseguente a sinistro indennizzabile dall'assicurazione.
-
- O) Smercio o somministrazione di prodotti alimentari:** i danni a terzi in conseguenza dello smercio e/o della somministrazione di prodotti alimentari:
- direttamente prodotti, commercializzati e somministrati dall'Ente **Contraente** e dai volontari, anche nella mensa aziendale;

- non direttamente prodotti dall'Ente **Contraente**, ma da lui commercializzati e somministrati anche per mezzo di distributori automatici presenti nei locali in uso all'Ente assicurato.

Sono coperti i danni verificatisi entro 12 mesi dalla commercializzazione o somministrazione dei prodotti, purché avvenuti durante il periodo di efficacia dell'assicurazione ma non oltre la sua scadenza.

Sono esclusi i danni:

- a) derivanti da difetto originario dei prodotti di cui al precedente paragrafo 2° comma;
- b) ai prodotti commercializzati e somministrati, inclusi i costi e le spese per la loro riparazione, sostituzione, ritiro e rimpiazzo;
- c) derivanti e/o conseguenti al mancato uso o disponibilità dei prodotti;
- d) derivanti da prodotti non conformi a norme e regolamenti.

P) Prestazioni medico/sanitarie: i danni a terzi provocati dall'erogazione di prestazioni medico/sanitarie da parte dell'Ente e dei volontari. L'assicurazione è valida a condizione che per la loro erogazione il volontario:

- sia in possesso dei requisiti richiesti dalla legge;
- questo servizio sia compreso nelle attività assicurate e il volontario sia stato espressamente comandato dall'Ente **Contraente**.

Assimoco rinuncia, salvo il caso di dolo, al diritto di rivalsa nei confronti dei volontari, ferma l'esclusione dei danni imputabili alla responsabilità personale in capo ai volontari.

Q) Attività accessorie: i danni a terzi derivanti dalla responsabilità imputabile agli Assicurati in relazione allo svolgimento delle seguenti attività accessorie:

- a) installazione, montaggio e smontaggio presso terzi dei beni prodotti o commercializzati;
- b) operazioni di consegna e ritiro merci presso terzi;
- c) organizzazione di corsi di formazione e/o aggiornamento professionale, conferenze, congressi, tavole rotonde, convegni, seminari, visite guidate, anche con la partecipazione di soggetti esterni;
- d) organizzazione e partecipazione ad esposizioni, fiere, mostre, mercati, incluso l'allestimento e smontaggio di stand e delle attrezzature necessarie. Sono inoltre compresi i danni alle attrezzature, agli arredi e ai locali ospitanti le attività sopra descritte e alle cose esposte in dette sedi;
- e) organizzazione e partecipazione a riunioni, assemblee, consigli, feste dell'Ente **Contraente**, incluso l'allestimento e smontaggio delle attrezzature necessarie.

R) Mezzi meccanici, macchinari e attrezzature: i danni a terzi derivanti dalla responsabilità imputabile agli Assicurati nella loro qualità di proprietari e/o utilizzatori di mezzi meccanici, macchinari e attrezzature in genere impiegati per lo svolgimento dell'attività assicurata. L'assicurazione è valida a condizione che gli utilizzatori siano abilitati a norma di legge. Sono esclusi i danni derivanti da circolazione di mezzi/veicoli in aree pubbliche e private diverse dalla precedente, inclusi quelli alle persone trasportate.

S) Animali: i danni a terzi derivanti dalla proprietà, custodia e uso di animali domestici utilizzati dall'Ente **Contraente** e dai volontari, anche per i casi di pet therapy. Sono compresi i danni verificatisi durante le operazioni di trasferimento degli animali con mezzi di trasporto. Sono esclusi i danni ai mezzi di trasporto e quelli provocati dalla loro circolazione

T) Cose e/o merci, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate: i danni alle cose e/o merci di terzi che per esigenze di carico e scarico si verificano in conseguenza della loro caduta durante operazioni di movimentazione e/o sollevamento.

ART. 2.1 - QUALI ATTIVITÀ SONO ASSICURATE

Sono assicurati e coperti i danni cagionati a terzi durante l'espletamento delle attività svolte in conformità dello Statuto del **Contraente**, comprese quelle non previste ma svolte in maniera occasionale e non continuativa. L'assicurazione è valida a condizione che l'attività sia svolta nel rispetto delle norme e dei regolamenti di legge che la disciplinano.



CHI NON È ASSICURABILE

ART. 3 - SOGGETTI NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili Enti, ditte, imprese e società non rientranti tra quelle indicate alla voce **“Contraente”** del Glossario.



LIMITI DI COPERTURA

ART. 4 - DANNI ESCLUSI DALLA COPERTURA

Salvo deroghe parziali o totali previste all'Art. 2, sono esclusi dalla copertura i danni:

- a) causati dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, come pure i danni verificatisi in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche;
- b) causati da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione, stoccaggio di amianto e/o prodotti contenenti amianto;
- c) causati da inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, inclusi i danni causati da interruzione, impoverimento, deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari e di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- d) causati da detenzione o impiego di esplosivi;
- e) causati dall'emissione di onde e/o campi elettrici e/o magnetici;
- f) causati da atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, sommosse e tumulti popolari, invasione e occupazione militare;
- g) causati, direttamente o indirettamente, da atti di terrorismo indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi del danno;
- h) causati da veicoli a motore in circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate, nonché i danni causati dalla navigazione di natanti o dall'uso di aeromobili; sono esclusi i danni alle persone trasportate su tali mezzi di trasporto;
- i) causati da persone, diverse dai volontari assicurati, non in rapporto di dipendenza subordinata o parasubordinata con il **Contraente/Assicurato** (inclusi subappaltatori e loro dipendenti) e da quest'ultimo utilizzate per l'esercizio dell'attività assicurata;
- j) causati alle cose trasportate;
- k) causati da furto;
- l) causati a opere in costruzione, a opere sulle quali o nelle quali si eseguono dei lavori, alle cose di terzi che si trovano nell'ambito o nei luoghi di esecuzione dei lavori; l'esclusione non si applica per i danni alle cose di terzi che per volume, peso e destinazione non possono essere rimosse dai luoghi di lavoro;
- m) causati a condutture ed impianti sotterranei compresi i danni indiretti; i danni a cose di terzi dovuti ad assestamento, cedimento e franamento del terreno da qualunque evento determinati, compresi i danni a fabbricati e cose di terzi causati di vibrazioni o scuotimenti del terreno;
- n) causati a mezzi di trasporto sottoposti a operazioni di carico e scarico durante tali operazioni;
- o) causati da macchine, macchinari, merci, prodotti fabbricati, lavorati o in vendita dopo la loro consegna a terzi;
- p) causati da opere o installazioni dopo il loro compimento e/o completamento, inclusi i danni causati da omessa esecuzione di lavori di manutenzione, riparazione o posa/messa in opera;
- q) causati da impiego di veicoli a motore, macchinari e impianti condotti o azionati da persone non abilitate ai sensi delle norme vigenti e che, comunque, abbiano un'età inferiore a 16 anni;
- r) causati da inadempimenti di obbligazioni di risultato, incluse penali o maggiori costi previsti da contratti di qualsiasi tipo e i risarcimenti di carattere sanzionatorio o punitivo;
- s) causati da responsabilità volontariamente assunte dal **Contraente/Assicurato** e contrarie all'ordinamento normativo vigente.

ART. 4.1 - SOGGETTI NON CONSIDERATI TERZI

Non sono considerati terzi:

- a) il coniuge e/o il convivente more-uxorio degli **Assicurati**, i genitori, i figli e qualunque altra persona con loro convivente;
- b) l'Ente **Contraente**, salvo quanto previsto all'Art. 2.

ART. 4.2 - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER DANNI MATERIALI

Per ogni sinistro dovuto a danno materiale, rimane a carico dell'**Assicurato** un importo predefinito di € 50,00.

Esempio

Danno accertato prima della franchigia	€ 150
Franchigia a carico dell' Assicurato	€ 50
Danno effettivamente da liquidare	€ 100

ART. 4.3 - MASSIMALE VALIDO PER PIÙ ASSICURATI

Poiché l'assicurazione è prestata per una pluralità di **Assicurati**, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico anche nel caso di corresponsabilità di più **Assicurati** tra loro.

ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA**CHI SONO I DESTINATARI DELL'ASSICURAZIONE****ART. 5 - CHI PUÒ STIPULARE L'ASSICURAZIONE (CONTRAENTE)**

L'assicurazione è stipulabile dagli Enti del Terzo Settore, così come definiti nel Glossario, che utilizzano i volontari descritti all'Art. 1.1 lettera A) per l'esercizio dell'attività assicurata.

ART. 5.1 - CHI È COPERTO DALL'ASSICURAZIONE (ASSICURATI)

Per gli effetti e scopi dell'assicurazione sono assicurati: i volontari iscritti nel registro di cui al comma 1 dell'Art. 17 del Codice del Terzo Settore, compresi i minori di età che, con il consenso dei genitori o di chi ne fa le veci, prestano l'attività di volontario per l'Ente.

**COS'È COPERTO DALL'ASSICURAZIONE****ART. 6 - COSA SONO UN INFORTUNIO E UNA MALATTIA**

L'**infortunio** è un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbia come conseguenza il decesso, un'invalidità permanente, una o più delle altre garanzie previste dall'assicurazione.

La **malattia**: è una qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dipendente da infortunio e che non sia una malformazione o un difetto fisico.

ART. 6.1 - QUALI INFORTUNI SONO ASSICURATI

Sono assicurati gli infortuni sofferti durante l'esercizio delle attività svolte per l'Ente **Contraente**, compresi gli infortuni accaduti durante il percorso dall'abitazione al luogo dove viene svolta l'attività assicurata e viceversa.

Sono altresì compresi gli infortuni sofferti:

- A) alla guida di autoveicoli in genere, di motoveicoli, di ciclomotori e di natanti da diporto;
- B) a causa di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- C) a causa di imperizia, imprudenza e negligenza anche grave;
- D) come passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri;
- E) come passeggero su elicotteri di Enti e/o Società regolarmente autorizzati, che esercitano attività di Elisoccorso di Emergenza: tale evento è garantito a condizione che l'**Assicurato** sia imbarcato sull'elicottero in qualità di volontario che presta servizio di soccorso o qualora sia esso stesso il soggetto soccorso;
- F) a causa di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni o eventi naturali in genere;
- G) a causa di abuso di alcolici, esclusi quelli in cui l'**Assicurato** è alla guida di veicoli;
- H) a causa di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- I) a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'**Assicurato** non vi abbia preso parte attiva;

- J) a causa di stato di guerra internazionale, guerra civile, lotta armata e insurrezione per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi, 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;
- K) a causa di esposizione ad elementi naturali e/o climatici dovuta ad arenamento, naufragio o atterraggio forzato per i casi di Morte ed Invalidità permanente. Sono parificate ad infortunio le situazioni in cui la morte o l'invalidità permanente siano conseguenze di condizioni climatiche o ambientali avverse;
- L) a causa di contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus);
- M) a causa di ernie traumatiche o da sforzo;
- N) a causa di lesioni sottocutanee dei tendini;
- O) sono comprese le spese medico sanitarie sostenute per interventi o cure necessarie per ridurre le conseguenze dirette di natura estetica provocate dall'infortunio;
- P) pur non rientrando nella definizione di infortunio, sono assimilate ad infortunio le malattie tropicali, intendendosi per tali quelle previste dai protocolli sanitari vigenti.
- Q) per i volontari minori di età, in caso di ricovero ospedaliero dovuto alle conseguenze di infortunio, oltre alla diaria giornaliera, sarà riconosciuta una diaria aggiuntiva dello stesso importo, entro i limiti previsti nel contratto.

ART. 6.2 - QUALI CONSEGUENZE DEVE AVERE L'INFORTUNIO

L'infortunio deve avere come conseguenza:

- A) il decesso (morte).
- B) un'invalidità permanente, cioè la perdita definitiva (totale o parziale) della capacità generica di svolgere una qualsiasi attività.
- C) un ricovero ospedaliero, cioè la degenza presso un Istituto di Cura.
- D) l'immobilizzazione/gessatura di un arto.
- E) l'esborso per spese medico/sanitarie sostenute a causa dell'infortunio.

ART. 6.3 - QUALI CONSEGUENZE DEVE AVERE LA MALATTIA

La malattia deve avere come conseguenza:

- A) un ricovero ospedaliero, cioè la degenza presso un Istituto di Cura.
- B) l'esborso per spese medico/sanitarie sostenute a causa della malattia.

**CHI NON È ASSICURABILE****ART. 7 - SOGGETTI NON ASSICURABILI**

Non sono assicurabili le persone fisiche che abbiano, durante o al momento della stipulazione della copertura, un'età uguale o superiore a 85 anni.

**LIMITI DI COPERTURA****ART. 8 - INFORTUNI ESCLUSI DALLA COPERTURA**

Sono esclusi dalla copertura gli infortuni:

- a) causati dalla partecipazione a corse e gare (e relativi allenamenti e prove) comportanti l'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore, salvo si tratti di competizioni di regolarità pura;
- b) occorsi in occasione dell'uso, anche come passeggero, di aeromobili di società e/o aziende di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, di aeromobili di aeroclub e di apparecchi per il volo da diporto o sportivo quali ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio, inclusa la pratica del paracadutismo;
- c) occorsi in qualità di pilota e/o componente dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- d) sofferti per le conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- e) causati da ubriachezza quando alla guida di veicoli a motore, motoveicoli, ciclomotori o natanti di qualsiasi genere;
- f) causati da delitti dolosi compiuti o tentati;
- g) causati da malattie mentali e disturbi psichici in genere, da epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- h) causati dall'uso di allucinogeni e da quello non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;

- i) occorsi in occasione della partecipazione ad azioni temerarie ed inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana;
- j) sofferti a causa di guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, fatto salvo quanto assicurato con specifica previsione;
- k) occorsi in occasione della pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- l) sofferti in occasione della pratica di sport estremi quali free climbing, skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewings, base jumping, sci estremo, airboarding e similari alla pratica di sport estremi;
- m) causati dall'uso di sostanze biologiche o chimiche quando tali sostanze non siano utilizzate per fini pacifici;
- n) occorsi in occasione dell'uso e/o della guida di veicoli a motore e di natanti da diporto, in assenza dell'abilitazione prevista di legge; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti:
 - anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che la patente sia successivamente rinnovata o rilasciata dagli organi competenti, o si dimostri, al momento del sinistro, di essere in possesso dei requisiti per il rinnovo o rilascio;
 - da un **Assicurato** minorenne anche se non abilitato, esclusa la guida di veicoli rientranti nell'obbligo di cui al D. Lgs. N. 209 del 07/09/2005;
- o) sofferti durante l'arruolamento volontario militare e il richiamo militare avvenuti per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- p) sofferti durante la pratica di attività circensi, acrobatiche, di stunt-man o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplodenti;
- q) per le conseguenze di ernie diverse da quelle addominali da sforzo e gli infarti da qualunque causa determinati;
- r) per le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile ai termini del contratto;

ART. 8.1 - MALATTIE ESCLUSE DALLA COPERTURA

La copertura malattia esclude i ricoveri e le spese mediche per:

- a) le conseguenze dirette di malattie insorte, diagnosticate o curate anteriormente alla data di stipulazione della copertura;
- b) le cure, i trattamenti terapeutici, gli interventi chirurgici per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della copertura;
- c) le cure e gli interventi di chirurgia a scopo puramente estetico;
- d) le cure, i trattamenti terapeutici dovuti a malattie mentali e/o disturbi psichici in genere, comprese le sindromi/patologie nevrotiche, ansiose, depressive;
- e) soggiorni e/o degenze in case di riposo, di convalescenza, strutture di lunga degenza;
- f) le cure ed i trattamenti con finalità dietologiche;
- g) le cure odontoiatriche e delle parodontopatie, compresi interventi di implantologia e protesi dentarie;
- h) interruzione non terapeutica della gravidanza, i trattamenti per la cura della infertilità e/o per fecondazione artificiale assistita;
- i) le conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- j) causa di guerre internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni, atti terroristici, fatto salvo quanto assicurato con specifica previsione;
- k) cure inerenti alle seguenti patologie: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata da test HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

ART. 8.2 - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La liquidazione di un sinistro in conseguenza di invalidità permanente da infortunio sarà effettuata con l'applicazione di una franchigia assoluta del 3%; pertanto se l'invalidità permanente totale accertata è di grado inferiore o uguale al 3% nulla sarà liquidata, mentre sarà liquidato il grado di invalidità permanente totale accertata solo per la parte eccedente il 3%;

Esempio

Somma assicurata acquistata per Invalidità Permanente	€ 100.000
Invalidità totale dopo accertamento sanitario in percentuale	5%
Franchigia a carico dell' Assicurato in percentuale	3%
Invalidità in percentuale da liquidare sulla somma assicurata	2%
Importo da liquidare (2% di € 100.000)	€ 2.000

ART. 8.3 - FRANCHIGIA RELATIVA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA TROPICALE

La liquidazione di un sinistro in conseguenza di invalidità permanente dovuta a malattia tropicale sarà effettuata con l'applicazione di una franchigia relativa del 20%.

Esempio 1° - Invalidità inferiore alla franchigia

Somma assicurata acquistata per Invalidità Permanente	€ 50.000
Invalidità totale dopo accertamento sanitario in percentuale	8%
Franchigia a carico dell' Assicurato in percentuale	20%
Invalidità in percentuale da liquidare sulla somma assicurata	0%
L'invalidità è inferiore alla franchigia: nessun importo da liquidare	

Esempio 2° - Invalidità superiore alla franchigia

Somma assicurata acquistata per Invalidità Permanente	€ 50.000
Invalidità totale dopo accertamento sanitario in percentuale	28%
Franchigia a carico dell' Assicurato in percentuale	20%
Invalidità in percentuale da liquidare sulla somma assicurata	28%
Importo da liquidare (28% di € 50.000)	€ 14.000
L'invalidità è superiore alla franchigia: l'importo liquidato è pari all'intera invalidità accertata	

ART. 8.4 - LIMITI DI RISARCIMENTO

I limiti di risarcimento sono contenuti nell'apposito Riepilogo (Allegato 2).

ART. 8.5 - LIMITE DI RISARCIMENTO PER EVENTO CATASTROFALE (INCLUSO RISCHIO VOLO)

Qualora un unico evento provochi l'infortunio di due o più persone assicurate, **Assimoco** corrisponderà un importo massimo di € 3.000.000,00 quale esborso complessivo indennizzabile, e ciò indipendentemente dal numero di **Assicurati** coinvolti. Nel caso in cui l'importo complessivamente dovuto ecceda tale limite, gli importi di indennizzo spettanti a ciascuno degli **Assicurati** saranno ridotti in proporzione al rapporto intercorrente tra detto limite ed il totale delle somme assicurate.

COME VENGONO CALCOLATI E LIQUIDATI I SINISTRI



RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

ART. 9 - GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI DI RESISTENZA

Assimoco assume, fino a quando ne ha interesse, a nome dell'**Assicurato** la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze in sede civile e penale, designando ove occorra legali e tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'**Assicurato** stesso. L'**Assicurato** è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze ed a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda. **Assimoco** ha il diritto di rivalersi sull'**Assicurato** del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi. Sono a carico di **Assimoco** le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'**Assicurato**, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra **Assimoco** e **Assicurato** in proporzione al rispettivo interesse.

Assimoco non riconosce le spese sostenute dall'**Assicurato** per legali e tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.



INFORTUNI E MALATTIA

ART. 9.1 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ/INVALIDITÀ PREESISTENTI

Assimoco liquida il sinistro soltanto per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio denunciato, liquidabile in base ai termini dell'assicurazione. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo viene liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

In presenza di una preesistente minorazione e/o riduzione funzionale di un senso, di un arto o di un organo, le percentuali di cui alla "TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 9.2 - CONTROVERSIE/ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la facoltà di ricorso al giudice ordinario competente, le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di liquidazione, possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio Medico risiede nel Comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'**Assicurato**. 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. È 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, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

ART. 9.3 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO

Il diritto all'indennizzo spettante per infortunio è di carattere personale e pertanto non trasmissibile agli eredi legittimi o ai beneficiari designati. Tuttavia, in caso di decesso dell'**Assicurato** per causa indipendente dall'infortunio, **Assimoco** provvede a liquidare il sinistro secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

In tal caso **Assimoco** provvederà a:

- liquidare il sinistro già valutato e offerto prima del decesso;
- liquidare il sinistro in base ai riscontri clinici e/o medico sanitari disponibili fino al momento del decesso.

ART. 9.4 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

Assimoco rinuncia a favore dell'**Assicurato** e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione verso i terzi responsabili dell'infortunio in base alle norme vigenti.

ART. 9.5 - LIQUIDAZIONE PER MORTE

In caso di morte dell'**Assicurato**, **Assimoco** corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi testamentari e in mancanza di testamento agli eredi legittimi in parti uguali. È coperto anche il decesso successivo alla scadenza dell'assicurazione, purché avvenuto entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tuttavia, se dopo il pagamento di un sinistro per invalidità permanente, l'**Assicurato** muore in conseguenza del medesimo infortunio, **Assimoco** corrisponderà ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Morte presunta: qualora l'Autorità Giudiziaria abbia dichiarato la morte presunta del soggetto assicurato e di tale circostanza sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, **Assimoco** corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi testamentari e in mancanza di testamento agli eredi legittimi l'indennizzo per morte. Se, dopo che Assimoco avrà pagato l'indennizzo, sarà provata l'esistenza in vita del soggetto assicurato, quest'ultimo dovrà provvedere alla restituzione della somma pagata. Ad avvenuta restituzione della somma pagata, il soggetto assicurato potrà far valere i suoi diritti nel caso in cui l'infortunio abbia avuto conseguenze invalidanti permanenti.

ESEMPIO DI LIQUIDAZIONE PER DECESSO

Il cliente/assicurato ha acquistato una somma assicurata per il caso di decesso pari ad € 100.000,00. A causa di un incidente sugli sci in montagna avviene il decesso del cliente/assicurato.

Agli eredi (coniuge e figli) sarà liquidata l'intera somma assicurata, così suddivisa per importo:

Coniuge € 50.000,00

Figlia € 25.000,00

Figlio € 25.000,00

Per i casi sotto riportati il pagamento sarà effettuato come segue:

Morte dei genitori (commorienza): in caso di morte del soggetto assicurato, del coniuge o del convivente more uxorio, ai figli minori o ai figli maggiorenni diversamente abili (intendendosi per tali coloro che, per il loro stato fisico o psichico, sono impossibilitati a partecipare - in maniera totale o parziale - alla vita sociale o lavorativa), **Assimoco** pagherà il doppio della somma assicurata per morte quali beneficiari designati o eredi legittimi.

Morte del genitore unico produttore di reddito: in caso di morte del genitore unico produttore di reddito familiare da lavoro, ai figli minori o ai figli maggiorenni diversamente abili (vedi sopra) **Assimoco** pagherà il doppio della somma assicurata per morte quali beneficiari designati o eredi legittimi.

Morte alla guida di veicoli e motoveicoli o di pedone: in caso di morte durante la guida di autovetture, motocicli e ciclomotori, o durante il trasporto su mezzi di locomozione pubblici e privati abilitati al trasporto di persone o di infortunio occorso in qualità di pedone per effetto della circolazione di veicoli, **Assimoco** corrisponderà la somma assicurata per morte aumentata della metà.

Morte a seguito di rapina, estorsione o sequestro (anche tentato): in caso di morte a seguito di rapina, scippo, estorsione, sequestro (anche tentato), **Assimoco** corrisponderà la somma assicurata per morte aumentata di un quarto.

Rimpatrio della salma: in caso di morte al di fuori del proprio paese di origine, **Assimoco** rimborserà una somma a titolo di spese sostenute e documentate per il rimpatrio della salma. **Non sono pagate le spese relative alla composizione della salma, alla cremazione della stessa, come ogni altra spesa relativa alla cerimonia funebre.**

ART. 9.6 - CALCOLO E LIQUIDAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di invalidità permanente, verificatasi anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione, ma comunque entro due anni dal giorno in cui è avvenuto l'infortunio,

Assimoco pagherà il sinistro calcolato secondo le modalità che seguono:

- in caso di perdita totale della funzionalità di un arto o organo sarà considerata la percentuale massima indicata nella TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE.
- in caso di perdita parziale delle funzionalità di un arto o organo sarà presa a riferimento la percentuale massima indicata nella TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE, ma diminuita dell'effettiva perdita di funzionalità riscontrata.
- in caso di perdita di funzionalità di più organi sarà considerata ogni singola percentuale indicata nella TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE, fermo restando che la somma di ogni singola percentuale non potrà superare il 100% della somma assicurata.
- in caso di perdita parziale dell'uso della falange terminale delle dita, sarà considerato il 50% della percentuale massima indicata nella TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE.
- in caso di mancinismo saranno adottate le percentuali per il lato destro e viceversa.
- in caso di menomazione visiva o uditiva la quantificazione dell'invalidità sarà fatta considerando la possibilità di applicazione di presidi correttivi.

ESEMPIO DI LIQUIDAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE

Il cliente/assicurato ha acquistato una somma assicurata per il caso di invalidità permanente pari ad € 100.000,00.

A causa di un incidente stradale, il cliente/assicurato subisce la frattura dell'omero del braccio destro.

I successivi accertamenti sanitari stabiliscono che l'arto ha subito una perdita definitiva di funzionalità pari al 5% (invalidità permanente).

Al cliente/assicurato sarà liquidato l'importo di € 5.000,00 ottenuto applicando il 5% accertato alla somma assicurata di € 100.000,00.

Casi di liquidazione del sinistro per il 100% della somma assicurata

Il pagamento del sinistro per invalidità permanente sarà effettuato per il 100% della somma assicurata in presenza di invalidità permanente accertata totale superiore al 50%; questa modalità è valida anche nei casi in cui le conseguenze dell'infortunio causino la perdita definitiva del lavoro, la tetraplegia o la paraplegia del soggetto assicurato.

Casi di liquidazione delle ernie traumatiche o da sforzo

Assimoco liquiderà il sinistro con le seguenti modalità:

- a) nel caso in cui l'ernia risulti operabile - secondo diagnosi medica - e la stessa non abbia residuo una invalidità permanente sarà liquidata un'indennità giornaliera. Questa indennità è cumulabile con quella per ricovero ospedaliero, se prestata nel contratto;
- b) nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile - secondo diagnosi medica - e la stessa venga accertata e residui un'invalidità permanente, sarà liquidato un'indennizzo per invalidità permanente fino ad un massimo del 10% della somma assicurata.

Casi di liquidazione delle lesioni sottocutanee

Assimoco liquiderà il sinistro per invalidità permanente dovuto a lesione sottocutanea per le percentuali indicate nella TABELLA PER LE LESIONI SOTTOCUTANEE.

ART. 9.7 - CALCOLO E LIQUIDAZIONE PER RIMBORSO SPESE MEDICHE

Nel caso le conseguenze dell'infortunio e/o della malattia comportino la necessità da parte dell'Assicurato di sostenere spese medico/sanitarie a seguito di un ricovero presso un Istituto di Cura, oppure in assenza di un ricovero, ma documentate e prescritte dal medico curante,

Assimoco rimborserà fino alla concorrenza del massimale, le spese medico/sanitarie sostenute per:

- A) gli onorari dei medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;

- B) accertamenti diagnostici cure, medicinali, trattamenti fisioterapici, rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) a condizione che siano documentate e prescritte dal medico curante;
- C) rette di degenza in ospedali o cliniche;
- D) acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi sostitutive oculari; acquisto e noleggio di carrozzelle ortopediche e/o stampelle;
- E) acquisto di apparecchi non protesici e di apparecchi funzionali alle cure prescritte, a condizione che siano documentate e prescritte dal medico curante. La presente garanzia viene prestata con il limite del 25% della somma assicurata;
- F) trasferimento con qualunque mezzo di trasporto in Istituto di Cura o in ambulatorio, in Italia o all'Estero, nonché il trasferimento da un Istituto di Cura all'altro ed il ritorno presso la residenza. Si specifica che non sono rimborsabili le spese di trasporto relative a cure successive alle dimissioni salvo che l'Assicurato non presenti gravi difficoltà motorie a prescindere dall'infortunio;
- G) le spese sostenute dall'accompagnatore per rette di vitto e pernottamento;
- H) le spese sostenute dall'accompagnatore durante il trasferimento previsto al punto F).
- I) le spese sostenute per il rimpatrio della salma in caso di decesso in un paese estero dovuto a malattia. Non sono pagate le spese relative alla composizione della salma, alla cremazione della stessa, come ogni altra spesa relativa alla cerimonia funebre.

In caso di ricovero, l'Assicurato ha facoltà di richiedere, in sostituzione delle prestazioni previste alla presente garanzia, la corresponsione di una diaria per ciascun giorno di ricovero pari a 1/100 della somma assicurata per un massimo di 100 giorni. Sono ammesse al risarcimento le spese sostenute entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, salvo accertamento di tempi di guarigione o necessità di cure superiori ai due anni, comprovati da idonea documentazione.

ART. 9.8 - CALCOLO E LIQUIDAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO

In caso di ricovero in Istituto di Cura, oppure in regime di Day Hospital per un periodo non inferiore a due giorni, **Assimoco** liquiderà il sinistro, applicando la diaria giornaliera:

- A) al 100% per ogni giorno di ricovero/degenza in Istituto di Cura;
- B) al 50% per ogni giorno di ricovero/degenza in regime di Day Hospital.

La liquidazione dell'indennizzo sarà riconosciuta per un periodo massimo di 180 giorni per ogni infortunio e di 90 giorni per le conseguenze di malattia. Il rimborso sarà effettuato da **Assimoco** a completa guarigione clinica, dietro presentazione da parte dell'Assicurato della relativa documentazione sanitaria comprovante le cause e la durata del ricovero o della degenza in regime di Day Hospital. Il giorno di entrata e di dimissione sono considerati un'unica giornata. Per gli infortuni e/o malattie che si verificano al di fuori dell'Europa che comportino un ricovero urgente presso un Istituto di Cura, l'indennità giornaliera viene corrisposta aumentata del 50% limitatamente all'accertato periodo di ricovero ospedaliero e fino alle ore 24 del giorno del rientro in Europa.

ART. 9.9 - CALCOLO E LIQUIDAZIONE PER GESSATURA E IMMOBILIZZAZIONE

In caso di contenzione con bende impastate di gesso, schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanica o con apparecchi ortopedici immobilizzanti non amovibili autonomamente, **Assimoco** liquiderà l'indennizzo applicando la diaria giornaliera indicata nel contratto per ogni giorno di gessatura/immobilizzazione e fino alla completa rimozione, a condizione che l'intero periodo di contenzione sia comprovato da idonea documentazione sanitaria rilasciata da un Istituto di Cura. La liquidazione dell'indennizzo sarà riconosciuta per un periodo massimo di 90 giorni per ogni infortunio. Qualora l'osteosintesi non riguardi uno o più arti o la colonna vertebrale la somma giornaliera verrà corrisposta per un periodo massimo di 60 giorni per ogni infortunio.

Alla gessatura è parificata l'osteosintesi attuata chirurgicamente mediante inchiodamento, infibulamento e applicazione di protesi o tutori di contenzione a seguito di fratture ossee. In caso di applicazione di un mezzo di contenzione diverso da quelli sopra indicati, l'indennità sarà riconosciuta esclusivamente in presenza delle seguenti circostanze:

- la frattura di uno o più arti o di vertebre sia radiograficamente rilevata;
- le lesioni miocapsulari e/o legamentose siano rilevate con diagnostica strumentale (Tomografia Assiale Computerizzata, Risonanza Magnetica Nucleare, Ecografia).

ART. 9.10 - CALCOLO E LIQUIDAZIONE PER CONTAGIO DA HIV, EPATITE B/C 3 VIRUS

In caso di contagio da HIV, Epatite B o C **Assimoco** effettuerà la valutazione e liquidazione del sinistro in base alle seguenti modalità:

Denuncia sinistro: l'**Assicurato** che ritiene di essere contagiato dal virus H.I.V. a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività coperta dall'assicurazione, deve darne avviso ad **Assimoco** o all'intermediario che ha in gestione il contratto.

Test clinici: l'**Assicurato** dovrà sottoporsi:

- 1) entro 6 giorni dal presunto contagio al 1° Test clinico;
- 2) a distanza di 2 mesi dal presunto contagio al 2° Test clinico;
- 3) a distanza di 6 mesi dal presunto contagio (in caso di negatività del Test di cui al punto 2) al 3° Test clinico.

Esiti Test Clinico al punto 1:

Positivo: non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale successiva alla data dell'accertamento.

Negativo: l'**Assicurato** dovrà sottoporsi al Test di cui al punto 2.

Esiti Test Clinico al punto 2:

Positivo: l'**Assicurato** dovrà consegnare ad **Assimoco** tutta la documentazione relativa ai 2 Test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite C.

Negativo: l'**Assicurato** dovrà sottoporsi al Test di cui al punto 3.

Esiti Test Clinico al punto 3:

Positivo: l'**Assicurato** dovrà consegnare ad **Assimoco** tutta la documentazione relativa ai 3 Test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C.

Negativo: **Assimoco** non procederà ad alcun indennizzo.

Liquidazione:

Assimoco riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo o dal terzo test clinici descritti nei precedenti punti 2 e 3, corrisponde l'indennizzo pattuito.

Esclusioni:

- contagi HIV, HBV e/o HCV avvenuti prima della stipula dell'assicurazione;
- contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, trasfusioni non resesi necessarie in conseguenza di infortuni indennizzabili a termini di polizza, tossicomanie);
- qualsiasi tipo di epatite, che non è causata da infezione cronica da HBV e/o HCV, come ad esempio: epatiti alcoliche, epatite tossica, epatite autoimmune.

ART. 9.11 - CALCOLO E LIQUIDAZIONE PER MALATTIA TROPICALE

Assimoco liquiderà un indennizzo per malattia tropicale con le seguenti modalità:

- la malattia deve insorgere e manifestarsi successivamente alla data di effetto dell'assicurazione;
- le conseguenze della malattia devono comportare il decesso o un'invalidità permanente accertata da idonea documentazione medica;
- l'invalidità permanente residua deve essere superiore al 20%.

ART. 9.12 - FACOLTÀ DI RICHIEDERE UN ANTICIPO DEL SINISTRO

È facoltà dell'**Assicurato** richiedere ad **Assimoco** un anticipo dell'indennizzo con le modalità che seguono:

Invalidità permanente: pari al 50% del presumibile indennizzo dovuto fino ad un massimo di € 20.000,00, purché siano trascorsi 90 giorni dall'infortunio e l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 20%. Tale indennizzo verrà di conseguenza dedotto in sede di liquidazione definitiva del sinistro.

Spese mediche: delle spese effettivamente sostenute e documentate in misura non superiore al 60%, previa contestuale presentazione ad **Assimoco** di certificazione provvisoria dell'Istituto di Cura che attesti la natura dell'infortunio, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie. L'anticipo avrà luogo solo se l'ammontare delle spese sia superiore a € 500,00. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

Indennità da Ricovero Ospedaliero: un acconto pari a 30 giorni del presumibile indennizzo dovuto, previa presentazione di idonea documentazione sanitaria che attesti e giustifichi il ricovero, fermo il limite previsto dalla garanzia. L'indennizzo anticipato sarà congruato in sede di liquidazione definitiva del sinistro, fermo il limite massimo della somma assicurata indicata nel contratto. Il pagamento degli anticipi non costituisce riconoscimento definitivo del diritto agli indennizzi e degli anticipi. Pertanto, nel caso in cui venisse accertata successivamente, la mancanza del presupposto del diritto all'indennizzo, l'**Assicurato** è obbligato a restituire gli importi percepiti a titolo di anticipazione.

OBBLIGHI DELLE PARTI



OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

ART. 10 - IN CASO DI SINISTRO

In caso sinistro il **Contraente**, l'**Assicurato** o i suoi aventi diritto devono inviare comunicazione scritta all'Intermediario dell'assicurazione, oppure ad **Assimoco**, entro quindici giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

La comunicazione di denuncia del sinistro deve:

- essere sottoscritta dal **Contraente/Assicurato** o, nel caso di impedimento dovuto alle cause del sinistro, dai suoi aventi diritto.
- contenere l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.
- essere corredata da certificato medico o da idonea documentazione medico/sanitaria attestante le conseguenze dell'infortunio e della malattia

Il **Contraente**, l'**Assicurato** o, in caso di decesso, i beneficiari designati o gli eredi testamentari e in mancanza di testamento gli eredi legittimi devono consentire ad **Assimoco** di eseguire in Italia o nel paese d'origine dell'**Assicurato** tutte le indagini, valutazioni e accertamenti necessari.

L'**Assicurato** è inoltre tenuto a sottoporsi agli accertamenti, le visite e i controlli medici disposti da **Assimoco**, fornendo la necessaria documentazione sanitaria e sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di Cura. In caso di inadempimento di tali obblighi si applicano le norme vigenti.

Il **Contraente**, l'**Assicurato**, i beneficiari designati o gli eredi legittimi e/o testamentari, su richiesta di **Assimoco**, hanno l'obbligo di presentare nel più breve tempo possibile qualsiasi ulteriore documentazione o certificazione medico/sanitaria che attesti il decorso delle lesioni e le cure prescritte, la durata del ricovero. Per il Rimborso delle Spese Mediche devono essere presentate anche gli originali delle notule, fatture e ricevute di spesa. Le stesse, qualora richiesto, verranno restituite previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo pagato. Nel caso in cui l'**Assicurato** abbia presentato a terzi l'originale delle notule, delle fatture e delle ricevute per ottenere il rimborso, **Assimoco** effettua il pagamento di quanto dovuto solo per la parte coperta dal presente contratto.

ART. 10.1 - IN CASO DI PREMIO CON REGOLAZIONE ANNUALE

Il premio annuale dell'assicurazione viene anticipato dal **Contraente** in via provvisoria ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minore durata del contratto in caso di assicurazione per periodi inferiori ad un anno. Il premio sarà regolato secondo la variazione intervenuta nel parametro utilizzato per il calcolo del premio anticipato.

Per la regolazione del premio, alla fine del periodo pattuito di durata dell'assicurazione, il **Contraente** deve fornire per iscritto entro 60 giorni il consuntivo finale del parametro utilizzato per il calcolo del premio anticipato.

La differenza attiva, risultante dalla regolazione, deve essere pagata entro 15 giorni dall'emissione della relativa appendice. Se la **Contraente** o l'**Assicurato** non effettuano nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, l'assicurazione resta operante ma **Assimoco**, in caso di sinistro, procederà alla liquidazione del sinistro contestualmente all'avvenuta comunicazione dei dati e al versamento della differenza attiva dovuta.

ART. 10.2 - IN CASO DI AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Assimoco presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal **Contraente/Assicurato** al momento della stipulazione del contratto. Le

inesattezze e le reticenze del **Contraente/Assicurato** relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione in applicazione alle norme vigenti.

ART. 10.3 - IN CASO DI ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga delle norme vigenti, il **Contraente** o l'**Assicurato** sono esonerati dall'obbligo di comunicare per iscritto ad **Assimoco** l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni a copertura dello stesso rischio. In caso di sinistro l'**Assicurato** o il **Contraente** deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri; in caso di inadempimento da parte del **Contraente** o **Assicurato** si applicano le norme vigenti.

ART. 10.4 - IN CASO DI ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti dal **Contraente**, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'**Assicurato** in base alla normativa vigente.

ART. 10.5 - PER LE DICHIARAZIONI AL MOMENTO DELLA STIPULAZIONE

Assimoco presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal **Contraente/Assicurato** al momento della stipulazione del contratto. Le inesattezze e le reticenze del **Contraente/Assicurato** relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione in applicazione alle norme vigenti.

ART. 10.6 - IN CASO DI BUONA FEDE

La mancata comunicazione da parte del **Contraente** di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte e incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione dell'assicurazione, non comporteranno decadenza del diritto all'indennizzo né riduzione dello stesso, sempreché tali omissioni inesattezze siano avvenute in buona fede.



OBBLIGHI DI ASSIMOCO

ART. 10.7 - IN CASO DI PAGAMENTO DEL SINISTRO

A guarigione avvenuta, ricevuta tutta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso (compresa l'eventuale visita da parte dei medici incaricati da **Assimoco**), **Assimoco** liquida gli indennizzi che risultino dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.

ART. 10.8 - IN CASO DI DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio **Assimoco** è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'**Assicurato** o del **Contraente** in base alle norme vigenti e rinuncia al relativo diritto di recesso.



OBBLIGHI COMUNI

ART. 10.9 - IN CASO DI MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

IN QUALI PAESI VALE LA COPERTURA



DOVE VALE LA COPERTURA

ART. 11. - IN CASO DI DANNO A TERZI

L'assicurazione vale per i danni verificatisi in tutti i paesi del mondo, esclusi USA, Canada e Messico.

ART. 11.1 - IN CASO DI INFORTUNIO E MALATTIA

L'assicurazione vale per gli infortuni e le malattie verificatisi in tutti i paesi del mondo.

QUANDO COMINCIA L'ASSICURAZIONE



INIZIO DELL'ASSICURAZIONE

ART. 12 - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.

Se il premio al momento della stipulazione o delle successive scadenze non viene pagato, la copertura è sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla sua scadenza di pagamento e riprende vigore solo alle ore 24 giorno del pagamento, ferme le norme vigenti in materia. I premi devono essere pagati all'Intermediario oppure ad **Assimoco**.

Il premio è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. Al frazionamento del premio non saranno applicati interessi di frazionamento.

ART. 12.1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA

L'assicurazione malattia decorre dal 60° giorno successivo a quello in cui, ai sensi dell'Art. 12, ha effetto l'assicurazione. Qualora il contratto di assicurazione sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi **Assicurati** e identiche garanzie, il termine di aspettativa di cui sopra opera dal giorno in cui aveva effetto il contratto in corso solo per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti.

QUANTO DURA L'ASSICURAZIONE



DURATE DELL'ASSICURAZIONE

ART. 13 - ANNUALE

In assenza di formale disdetta data dal **Contraente** o da **Assimoco**, l'assicurazione di durata annua è prorogata automaticamente ad ogni scadenza e così successivamente.

ART. 13.1 - FISSA PREDETERMINATA SUPERIORE A UN ANNO

L'assicurazione di durata fissa predeterminata (annuale più frazione di anno) scade automaticamente senza obblighi di disdetta tra le parti.

ART. 13.2 - TEMPORANEA INFERIORE A UN ANNO

L'assicurazione di durata temporanea predeterminata (inferiore ad annuale) scade automaticamente senza obblighi di disdetta tra le parti.

COME DARE DISDETTA ALL'ASSICURAZIONE



MODALITÀ DI DISDETTA DELL'ASSICURAZIONE

ART. 14 - PER DURATA ANNUALE CON TACITO RINNOVO

Il **Contraente** o **Assimoco** possono recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni rispetto alla scadenza annuale, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata o messaggio di posta elettronica certificata (PEC).

ART. 14.1 - PER DURATA FISSA PREDETERMINATA SUPERIORE A UN ANNO SENZA TACITO RINNOVO

L'assicurazione non prevede obblighi di disdetta tra le parti.

ART. 14.2 - PER DURATA TEMPORANEA INFERIORE A UN ANNO

L'assicurazione non prevede obblighi di disdetta tra le parti.

ART. 14.3 - IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni regolare denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il **Contraente** o **Assimoco** possono recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata o messaggio di posta elettronica certificata (PEC). Il recesso esercitato dal **Contraente** ha efficacia dalla data di

ricevimento della comunicazione. Il recesso esercitato da **Assimoco** ha efficacia dopo 15 giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa. In entrambi i casi entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, **Assimoco** rimborsa al **Contraente** la parte di premio, al netto dell'imposta di legge, relativo al periodo di rischio non corso. Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto delle parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

ONERI FISCALI E RINVII ALLA NORMATIVA DI LEGGE



ONERI E NORME APPLICATE

ART. 15 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del **Contraente**.

ART. 15.1 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 15.2 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al contratto di assicurazione il Foro competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del **Contraente**, dell'**Assicurato**, del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

GLOSSARIO

Ai termini contenuti nelle condizioni generali viene attribuito il significato di seguito precisato:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assimoco

La compagnia di assicurazione.

Atto terroristico

Un atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o impaurire la popolazione o una sua parte.

Beneficiario

Il soggetto o i soggetti cui, in caso di decesso dell'**Assicurato**, deve essere pagato l'indennizzo.

Contraente

Uno degli Enti sottostanti:

Altro Ente del Terzo Settore: ente di carattere privato costituito per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi.

Associazione di promozione sociale: associazione senza finalità di lucro (riconosciuta, non riconosciuta, movimento, gruppo o suo coordinamento, federazione) costituita al fine di svolgere attività di utilità sociale a favore di associati o di terzi.

Associazione di volontariato: associazione senza finalità di lucro composta da soli volontari che realizza le sue attività ad esclusivo titolo solidaristico e pertanto in via prevalente a favore di persone terze rispetto gli associati.

Associazione sportiva dilettantistica: associazione con finalità sportive senza finalità di lucro.

Cooperativa sociale: soggetto che si occupa della gestione di servizi sociosanitari e educativi o, in alternativa, di attività finalizzate all'inserimento nel mercato del lavoro di persone svantaggiate attraverso lo svolgimento di attività diverse tra cui, a titolo non limitativo, attività industriali, commerciali e di servizi.

Ente filantropico: ente costituito in forma di associazione riconosciuta o di fondazione ai fini dell'erogazione di denaro, beni o servizi a sostegno di categorie di persone svantaggiate o dello svolgimento di attività di interesse generale.

Ente religioso: ente sottoposto ad una confessione religiosa che gode di un determinato riconoscimento nell'ambito di uno Stato laico e destina le sue principali attività al culto o materie connesse.

Fondazione: ente costituito da un complesso di beni destinato al perseguimento di uno scopo.

Impresa sociale: ente privato che esercita in via stabile e principale un'attività d'impresa di interesse generale, senza scopo di lucro e per finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, adottando modalità di gestione responsabili e trasparenti e favorendo il più ampio coinvolgimento dei lavoratori, degli utenti e di altri soggetti interessati alle sue attività.

ONG (Organizzazione non governativa): organizzazione senza fini di lucro, indipendente dagli Stati e dalle organizzazioni governative internazionali, gestita prevalentemente da volontari e generalmente operante in diverse parti del mondo.

Rete associativa: soggetto composto da almeno 100 enti (associati anche in forma indiretta) o 20 fondazioni con sedi in almeno 5 regioni o province autonome.

Società di mutuo soccorso: istituzione a base associativa volontaria in cui i soci membri aderiscono al principio dell'aiuto reciproco, senza fini di lucro o arricchimento individuale. I soci iscritti versano una quota di adesione e, qualora ne abbiano diritto, ricevono sussidi e rimborsi.

Day Hospital

La degenza esclusivamente diurna e non interrotta in Istituto di Cura, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni medico/sanitarie di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di ricovero ordinario, ma che richiedono comunque, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medico/infermieristica continuativa. La degenza deve essere comprovata da completa documentazione sanitaria dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'**Assicurato** nell'Istituto di Cura in regime di Day Hospital.

Documentazione sanitaria

Copia integrale della cartella clinica comprendente tutta la certificazione medica, inclusa quella rilasciata dal Pronto Soccorso, costituita da: diagnosi, pareri e prescrizioni sanitarie, radiografie, esami strumentali e diagnostici, compresa la documentazione di spesa in originale (incluse notule e ricevute farmaci).

Franchigia

La parte del danno indennizzabile/rimborsabile, espressa in importo o giorni, che rimane a carico dell'**Assicurato**.

Gessatura

La contenzione con bende impastate di gesso, schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanica.

Immobilizzazione

La contenzione con apparecchi ortopedici immobilizzanti non amovibili autonomamente.

Indennizzo

La somma liquidabile dovuta dalla Società a seguito del verificarsi di un sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbia come conseguenza il decesso, un'invalidità permanente, un'inabilità temporanea, una o più delle altre garanzie previste nel contratto. Sono considerati infortunio anche i seguenti eventi:

- l'asfissia non di origine morbosa o patologica;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- le infezioni causate da germi introdottisi nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica;
- le lesioni causate da contatto improvviso con sostanze corrosive;
- l'annegamento;
- l'assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore;
- la folgorazione;
- le affezioni acute e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o da punture di insetti;
- le lesioni determinate da ernie traumatiche o da sforzo;
- la rottura sottocutanea dei tendini, del menisco e dei legamenti del ginocchio;
- le lesioni derivanti da operazioni chirurgiche o da altre cure rese necessarie da infortunio.

Intermediario

L'intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza

Intervento chirurgico

Intervento e/o procedura definiti nell'ambito della classificazione degli "interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche" in base a quanto previsto ed indicato dalla classificazione internazionale delle malattie (ICD-9-CM), ed utilizzata dai protocolli sanitari emanati dal Ministero della Salute, che vengono eseguiti in sala operatoria, con la presenza di un medico anestesista e l'assistenza di una equipe operatoria, per i quali sia necessario un ricovero - anche in Day Hospital - in regime ordinario.

Invalidità permanente

La perdita definitiva, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'**Assicurato** allo svolgimento di una qualsiasi attività, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di Cura

La struttura sanitaria (pubblica o privata), in Italia o all'Estero, regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura: gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e per lunga degenza, le case di riposo, le strutture per la cura di malati cronici, gli istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici.

Malattia

Una qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dipendente da infortunio e che non sia una malformazione o un difetto fisico.

Malformazione/difetto fisico

Alterazione organica, non evolutiva, congenita o acquisita per malattia o infortunio durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione dell'assicurazione.

Massimale

Il massimo esborso di **Assimoco** per uno o più sinistri indennizzabili ai sensi del presente contratto, anche in uno stesso periodo assicurativo annuo quando indicato.

Morte

Decesso dell'**Assicurato** in conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio.

Osteosintesi

Intervento operatorio per la contenzione di segmenti ossei fratturati mediante inchiodamento, infibulamento e applicazione di protesi o tutori.

Periodo di assicurazione annuale

Il periodo di durata uguale a 365 giorni (366 per gli anni bisestili) che inizia alle ore 24 del giorno di effetto del contratto di assicurazione e termina alle ore 24 del giorno di scadenza del contratto stesso. Alla scadenza del predetto periodo, l'assicurazione proseguirà per periodi di ulteriori 365 giorni (366 per gli anni bisestili).

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal **Contraente** ad **Assimoco** a fronte dell'assicurazione.

Ricovero

La degenza/permanenza ininterrotta, comportante pernottamento, in un Istituto di Cura, resa necessaria per l'esecuzione di un intervento chirurgico, oppure di accertamenti ed indagini non eseguibili in ambulatorio, sempreché comprovata da idonea documentazione sanitaria.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Somma assicurata

L'esborso massimo di **Assimoco** per ogni evento dannoso coperto dall'assicurazione.

Somma assicurata in caso di evento catastrofe

L'esborso massimo di **Assimoco** qualora un unico evento provochi l'infortunio di due o più persone assicurate con il presente contratto.

ALLEGATO 1 - TABELLA DI DETERMINAZIONE

TABELLA DI DETERMINAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE (BASE)		
DESCRIZIONE ARTO/ORGANO	Destro	Sinistro
Sordità completa da un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedi tabella specifica)	(Vedi tabella specifica)	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Perdita di un testicolo	Non si corrisponde indennità	
Esiti della frattura della clavicola ben consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%

TABELLA DI DETERMINAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE (BASE)

DESCRIZIONE ARTO/ORGANO	Destro	Sinistro
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
- in semipronazione	40%	35%
- in pronazione	45%	40%
- in supinazione	55%	50%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il:	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA			
Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%
In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da due a dieci punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione. La perdita di cinque decimi di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata al 16% se si tratta di infortunio agricolo.			
In caso di afachia monolaterale:			
- con visus corretto 10/10, 9/10, 8/10		15%	
- con visus corretto di 7/10		18%	
- con visus corretto di 6/10		21%	
- con visus corretto di 5/10		24%	
- con visus corretto di 4/10		28%	
- con visus corretto di 3/10		32%	
- con visus corretto inferiore a 3/10		35%	
In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativi.			

TABELLA DI VALUTAZIONE PER LE LESIONI SOTTOCUTANEE	
Perdita anatomica o funzionale di:	Massimo indennizzo sulla somma assicurata
Rottura sottocutanea di un tendine	7%
Rottura sottocutanea del tendine rotuleo	10%
Rottura sottocutanea del tendine di Achille	8%
Rottura del menisco laterale	4%
Rottura del menisco mediale	3%
Lesione completa del legamento crociato anteriore	10%

ALLEGATO 2 - RIEPILOGO LIMITI E FRANCHIGIE

Art.	Assicurazione/Caso	Limite di indennizzo	Franchigia
2	Responsabilità Civile verso Terzi	Il massimale	Come specificata all'Art. 4.2
2 - F)	Incendio, scoppio, esplosione	€ 100.000,00 per sinistro e annualità	Come specificata all'Art. 4.2
2 - H)	Cose in consegna, custodia, detenute	€ 100.000,00 per sinistro e annualità	Come specificata all'Art. 4.2
2 - I)	Cose di proprietà dei volontari	€ 5.000,00 per sinistro e € 100.000,00 per annualità	Come specificata all'Art. 4.2
2 - L)	Lavori presso terzi (cose in ambito esecuzione)	€ 100.000,00 per sinistro e annualità	Come specificata all'Art. 4.2
2 - M)	Inquinamento	€ 100.000,00 per sinistro e annualità	Come specificata all'Art. 4.2
2 - N)	Interruzione attività	€ 100.000,00 per sinistro e annualità	Come specificata all'Art. 4.2
2 - O)	Smercio e somministrazione	Il massimale per sinistro e annualità	Come specificata all'Art. 4.2
2 - P)	Prestazioni medico sanitarie	Il massimale per sinistro e annualità	Come specificata all'Art. 4.2
2 - T)	Cose/merci trasportate, rimorchiate, sollevate, ecc.	€ 100.000,00 per sinistro e annualità	Come specificata all'Art. 4.2
6.1 - O)	Spese per interventi e cure estetiche	€ 5.000,00 per sinistro e annualità	Nessuna
6.1 - P)	Malattie tropicali (Morte)	€ 50.000,00	Nessuna
6.1 - P)	Malattie tropicali (Invalidità permanente)	Calcolata su una somma assicurata di € 50.000,00	Come specificata all'Art. 8.3
8.5	Evento catastrofale (2 o più assicurati)	€ 3.000.000,00	
9.5	Morte (anche presunta)	La somma assicurata	Nessuna
9.5	Morte dei genitori	Il doppio della somma assicurata	Nessuna
9.5	Morte dell'unico genitore produttore di reddito	Il doppio della somma assicurata	Nessuna
9.5	Morte alla guida di veicoli, motoveicoli - Pedone	Aumento del 50% della somma assicurata	Nessuna
9.5	Morte a seguito di rapina, estorsione o sequestro	Aumento del 25% della somma assicurata	Nessuna
9.5	Rimpatrio della salma	€ 5.000,00 per sinistro e annualità	Nessuna
9.6	Invalidità permanente	La somma assicurata	Come specificata all'Art. 8.1
9.6	Invalidità permanente uguale o superiore al 50%	Il 100% della somma assicurata	Nessuna
9.6	Ernie traumatiche da sforzo (operabili)	Una diaria giornaliera pari all'1/1000 della somma assicurata con il massimo di € 100,00 e fino a 60 giorni per sinistro e annualità	Nessuna
9.6	Ernie traumatiche da sforzo (non operabili)	Massimo il 10% della somma assicurata	Nessuna
9.7	Rimborso spese mediche	Il massimale	Nessuna
9.7	Rimborso spese mediche lettera G)	In aggiunta al massimale una diaria giornaliera pari all'1/100 della somma assicurata con il massimo di 100 giorni per sinistro e annualità	Nessuna
9.7	Rimborso spese mediche lettera H)	In aggiunta al massimale fino al 20% del massimale stesso	Nessuna
9.7	Rimborso spese mediche - Diaria giornaliera sostitutiva del rimborso spese	Diaria giornaliera pari all'1/100 della somma assicurata con il massimo di 100 giorni per sinistro e annualità	
9.8	Ricovero ospedaliero da infortunio	La diaria giornaliera fino a un massimo di 180 giorni per annualità	Nessuna
9.8	Ricovero ospedaliero da malattia	La diaria giornaliera fino a un massimo di 90 giorni per annualità tra ricovero e convalescenza	Nessuna
9.9	Gessatura/immobilizzazione	La diaria giornaliera fino a un massimo di 90 giorni per annualità	Nessuna
9.10	Contagio da HIV, Epatite B o C	La somma assicurata o la diaria giornaliera della garanzia colpita	Nessuna

NORME GENERALI SUI CONTRATTI ASSICURATIVI

Dichiarazione di morte presunta (Codice civile Art. 58)

Quando sono trascorsi 10 anni dal giorno a cui risale l'ultima notizia dell'assente, il tribunale competente secondo l'articolo 48 su istanza del pubblico ministero o di taluna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50, può con sentenza dichiarare presunta la morte dell'assente nel giorno a cui risale l'ultima notizia. In nessun caso la sentenza può essere pronunciata se non sono trascorsi nove anni dal raggiungimento della maggiore età dell'assente.

Può essere dichiarata la morte presunta anche se sia mancata la dichiarazione di assenza.

Altri casi di dichiarazione di morte presunta (Codice civile Art. 60)

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

- 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali hanno preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta (Codice civile Art. 62)

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o da alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50.

Il tribunale, qualora non ritenga accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

Condizioni generali di contratto (Codice civile Art. 1341)

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Contratto concluso mediante moduli o formulari (Codice civile Art. 1342)

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Prova del contratto (Codice civile Art. 1888)

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

L'assicuratore è obbligato a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.

L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del Contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta (Codice civile Art. 1891)

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave (Codice civile Art. 1892)

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave (Codice civile Art. 1893)

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Assicurazione in nome o per conto di terzi (Codice civile Art. 1894)

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Diminuzione del rischio (Codice civile Art. 1897)

Se il Contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Aggravamento del rischio (Codice civile Art. 1898)

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Durata dell'assicurazione (Codice civile Art. 1899)

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura dal contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Mancato pagamento del premio (Codice civile Art. 1901)

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso, e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Assicurazione parziale (Codice civile Art. 1907)

Se l'assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro l'assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta, a meno che non sia diversamente convenuto.

Assicurazione presso diversi assicuratori (Codice civile Art. 1910)

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari (Codice civile Art. 1912)

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Avviso all'assicuratore in caso di sinistro (Codice civile Art. 1913)

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza.

Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Obbligo di salvataggio (Codice civile Art. 1914)

L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.

L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente. L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti. L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio (Codice civile Art. 1915)

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Diritto di surrogazione dell'assicuratore (Codice civile Art. 1916)

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Prescrizione in materia di assicurazione (Codice civile Art. 2952)

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

Assicurazione Multirischi

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Assimoco S.p.A.

Prodotto: "Tutela Multirischi per il Volontariato"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

TUTELA MULTIRISCHI PER IL VOLONTARIATO è un prodotto dedicato agli Enti del Terzo Settore che utilizzano volontari per lo svolgimento delle proprie attività statutarie. È possibile assicurare la Responsabilità Civile verso Terzi imputabile all'Ente ed ai singoli volontari durante l'espletamento delle attività statutarie e/o assicurare la conseguenza diretta ed esclusiva di un infortunio e/o di una malattia che colpisca uno dei volontari durante l'attività di volontariato. Qualora le conseguenze dell'infortunio comportino il decesso, l'assicurazione opera a favore dei beneficiari designati o, in assenza di questi, degli eredi legittimi e/o testamentari.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Responsabilità Civile verso Terzi: è assicurata la responsabilità civile imputabile all'Ente e/o ai volontari per atti/fatti involontari che hanno cagionato un danno corporale (decesso o lesioni personali) e/o materiale (danneggiamento di beni) ad un terzo mentre svolgono le attività dell'Ente del Terzo Settore.
- ✓ Infortuni: è assicurato l'infortunio dei volontari, cioè l'evento dovuto ad una causa fortuita, violenta ed esterna che produca delle lesioni fisiche obiettivamente constatabili sulla sua persona. L'assicurazione copre gli infortuni verificatisi mentre i volontari svolgono le attività per conto dell'Ente, compresi quelli verificatisi durante il percorso dall'abitazione al luogo dove svolgono il servizio e viceversa.
- ✓ Malattia: è assicurata la malattia dei volontari, cioè una qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile del loro stato di salute non dipendente da infortunio e che non sia una malformazione o un difetto fisico.

È possibile assicurare le conseguenze dell'Infortunio e/o della Malattia che producano:

- A) Decesso: il decesso causato da infortunio.
- B) Invalità Permanente: la perdita o diminuzione definitiva (totale o parziale) della capacità generica a svolgere un'attività lavorativa causata da infortunio.
- C) Indennità per Ricovero Ospedaliero: il ricovero in un Istituto di Cura causato da infortunio o da una malattia.
- D) Indennità per Immobilizzazione: la contenzione con gesso o altri presidi medici di un arto o un organo causata da infortunio.
- E) Rimborso Spese Mediche: il ricorso a cure medico sanitarie dovute a infortunio o malattia sia durante un ricovero in un Istituto di Cura sia in assenza di ricovero.

Per la forma di cui al punto A) sarà liquidata l'intera somma assicurata al beneficiario designato o, in assenza di questo, agli eredi legittimi e/o testamentari.

Per la forma di cui al punto B) sarà liquidato l'importo calcolato in percentuale sulla somma assicurata corrispondente al grado di invalidità permanente accertata.

Per la forma di cui ai punti C) e D) sarà liquidata una somma fissa giornaliera (Diaria) per ogni giorno di ricovero o immobilizzazione fino al massimo di giorni previsto.

Per la forma di cui al punto E) saranno liquidate le spese sostenute fino all'importo del massimale per sinistro e annualità.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Responsabilità Civile verso Terzi: Associazioni non costituite in base al codice del Terzo Settore.
- ✗ Infortuni e Malattia: non è assicurata la persona di età uguale o superiore a 85 anni.



Ci sono limiti di copertura?

- ! sono presenti tipologie di danni esclusi dalla copertura.
- ! sono previste franchigie fisse, espresse in percentuale/giorni, al di sotto delle quali nessun danno sarà pagato o rimborsato.
- ! per alcune condizioni sono previsti limiti di risarcimento, cioè la liquidazione del danno non potrà essere superiore all'importo massimo prestabilito.



Dove vale la copertura?

Responsabilità Civile verso Terzi: la copertura copre i danni che si verificano nei paesi di tutto il Mondo, esclusi USA, Canada e Messico.
Infortuni e Malattia: la copertura opera per gli infortuni e le malattie occorsi nei paesi di tutto il Mondo.



Che obblighi ho?

Hai l'obbligo di:

- dichiarare e fornire tutte le informazioni necessarie per la valutazione del rischio assicurato. Qualora le dichiarazioni risultino false o reticenti, si può perdere (in maniera totale o parziale) il diritto all'indennizzo o provocare la decadenza della copertura.
- comunicare ogni circostanza che comporti un aggravamento del rischio coperto; se si omette questo adempimento si può perdere (in maniera totale o parziale) il diritto all'indennizzo o provocare la decadenza della copertura.
- in presenza di altre assicurazioni che coprono lo stesso rischio assicurato con questa polizza, in caso di sinistro, hai il dovere di comunicarlo a tutti gli assicuratori.
- denunciare il sinistro nei tempi previsti contrattualmente, inviando per iscritto alla Compagnia o all'intermediario la denuncia di sinistro unitamente a tutta la documentazione comprovante l'evento; se si omette questo adempimento si può perdere (in maniera totale o parziale) il diritto all'indennizzo o provocare la decadenza della copertura.



Quando e come devo pagare?

Il primo premio o la prima rata di premio (comprensivo di imposte di legge) devono essere corrisposti alla firma del contratto. I premi successivi o le rate di premio successive devono essere pagati entro il trentesimo giorno dopo quello della loro scadenza. La copertura non prevede frazionamento del premio annuo. Il pagamento può essere effettuato tramite: addebito automatico sul conto corrente (procedura SEPA), assegno bancario, postale o circolare non trasferibile intestato alla Compagnia o all'intermediario, bonifico bancario con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Compagnia o all'intermediario, in contanti (entro il limite di € 750 annui) o con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'intermediario alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

La copertura può avere una durata:

- annuale: in tal caso è previsto il tacito rinnovo automatico alla scadenza anniversaria
- temporanea, cioè inferiore ad un anno: in tal caso l'assicurazione termina alla scadenza indicata

Per la garanzia Malattia è previsto un periodo di carenza, cioè un periodo in cui la copertura non è valida/operante.



Come posso disdire la polizza?

La polizza può essere disdetta dal Contraente o dalla Compagnia, con le seguenti modalità:

- durata annuale: mediante l'invio di lettera raccomandata o di comunicazione di posta elettronica certificata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.
- durata temporanea: la polizza scade automaticamente senza nessun obbligo tra le parti.
- dopo ogni avviso di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto di un indennizzo, mediante l'invio di lettera raccomandata o di comunicazione di posta elettronica certificata spedita con preavviso di almeno 30 giorni.

Assicurazione Multirischi

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi Danni
(DIP aggiuntivo danni)



Impresa: Assimoco S.p.A.

Prodotto: "Tutela Multirischi per il Volontariato"

Data ultimo aggiornamento: 07/2026 – Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Assimoco S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale: Centro Leoni – Edificio B – Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) - Italia - Telefono 02/269621 – www.assimoco.it – PEC: assimoco@legalmail.it – Registro Imprese di Milano-Monza Brianza-Lodi e C.F. n. 03250760588 - R.E.A. n. 1086823 - P.I. n. 11259020151* – Albo Imprese IVASS n. 1.00051 – Gruppo Assimoco (Albo Gruppi IVASS n. 051) Capogruppo del Gruppo Assimoco. - *Per fatturazione Partita IVA n. 10516920963 (Gruppo IVA)

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio il **Patrimonio netto è € 516.756.451** e il **Risultato economico è € 16.167.002,23**
Per ulteriori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet <https://www.assimoco.it/assimoco/gruppo/chi-siamo/Bilanci-e-dichiarazione-non-finanziaria.html>, di cui si specifica il valore dell'**indice di solvibilità: 277%**

Al contratto si applica la Legge italiana

Prodotto



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate con il contraente. Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

Opzioni con riduzione del premio

Non previste dal prodotto

Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Che cosa NON è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Assimoco non è obbligata a fornire copertura assicurativa o prestazioni o a pagare sinistri se ciò comporta il rischio di sanzioni, divieti o restrizioni da parte delle Nazioni Unite o di disposizioni di tipo economico o commerciale in base a leggi o regolamenti di altri ordinamenti giuridici applicabili ad Assimoco.

Sezione responsabilità civile verso terzi

Sono esclusi dalla copertura i danni:

Causati da:

- (i) sostanze radioattive, apparecchi per accelerazione di particelle atomiche, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate da accelerazione di particelle atomiche,
- (ii) presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione, stoccaggio di amianto e prodotti contenenti amianto,
- (iii) inquinamento dell'aria, acqua o suolo, inclusi danni da interruzione, impoverimento, deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari e di quanto si trova nel sottosuolo,
- (iv) detenzione o impiego di esplosivi,
- (v) emissione di onde o campi elettrici o magnetici,
- (vi) atti di guerra, guerra civile, insurrezione, sommosse, tumulti popolari, invasione, occupazione militare,
- (vii) atti di terrorismo,
- (viii) veicoli a motore in circolazione su strade pubbliche o aree equiparate, navigazione di natanti o uso di aeromobili, inclusi danni alle persone trasportate,
- (ix) persone non assicurate e non in rapporto di dipendenza con il Contraente, inclusi subappaltatori e loro dipendenti,
- (x) furto,

- (xi) macchine, merci, prodotti dopo la consegna a terzi,
 - (xii) causati da opere o installazioni dopo il loro completamento, inclusi danni da mancata manutenzione,
 - (xiii) causati da veicoli, macchinari e impianti condotti da persone non abilitate o minori di 16 anni,
 - (xiv) causati da inadempimenti contrattuali, penali o risarcimenti punitivi,
 - (xv) causati da responsabilità assunte volontariamente e contrarie alla legge.
- Causati a:
- (xvi) cose trasportate
 - (xvii) opere in costruzione, opere sulle quali si eseguono lavori, cose di terzi nei luoghi di esecuzione dei lavori (esclusi i danni a cose che non possono essere rimosse),
 - (xviii) condutture e impianti sotterranei, inclusi danni indiretti,
 - (xix) cose di terzi dovuti ad assestamento, cedimento, franamento del terreno, vibrazioni o scuotimenti,
 - (xx) mezzi di trasporto durante operazioni di carico e scarico

Sezione Infortuni

Sono esclusi gli infortuni:

Causati da:

- (i) partecipazione a gare o allenamenti con veicoli o natanti a motore (salvo gare di regolarità pura),
- (ii) guida in stato di ebbrezza,
- (iii) delitti dolosi dell'assicurato,
- (iv) malattie mentali, epilessia, sindromi cerebrali, schizofrenia, stati paranoici, ansiosi o depressivi,
- (v) uso di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci non terapeutici,
- (vi) uso di sostanze biologiche o chimiche non per fini pacifici
- (vii) avvenuti su aeromobili di lavoro aereo, aeroclub, apparecchi per volo sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio, paracadutismo),
- (viii) occorsi come pilota o equipaggio di aeromobili,
- (ix) avvenuti durante azioni temerarie e inusuali (salvo atti di solidarietà umana),
- (x) durante pratica di sport professionistici o estremi (free climbing, skydiving, bungee jumping, freestyle ski, helisnow, kitewings, base jumping, sci estremo, airboarding e simili),
- (xi) avvenuti durante guida di veicoli o natanti senza abilitazione di legge (salvo patente scaduta poi rinnovata o minorenni non abilitati esclusa guida di veicoli soggetti a obbligo),
- (xii) durante arruolamento o richiamo militare,
- (xiii) durante attività circensi, acrobatiche, da stunt-man o con materiali pirotecnici,
- (xiv) per ernie diverse da quelle addominali da sforzo e infarti,
- (xv) per operazioni chirurgiche o cure non necessarie per infortunio indennizzabile.

Sezione Malattia

Sono esclusi ricoveri e/o le spese mediche per:

- (i) malattie insorte, diagnosticate o curate prima della stipula,
- (ii) cure o interventi per eliminare difetti fisici o malformazioni preesistenti,
- (iii) chirurgia estetica,
- (iv) curare malattie mentali o disturbi psichici,
- (v) soggiorni in case di riposo, convalescenza o lungodegenza,
- (vi) cure dietologiche,
- (vii) cure odontoiatriche, parodontopatie, implantologia e protesi dentarie,
- (viii) interruzione non terapeutica della gravidanza, trattamenti per infertilità o fecondazione assistita,
- (ix) curare alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, AIDS.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a tutti gli Enti del Terzo Settore che vogliono assicurare i volontari che partecipano alle attività istituzionali, rispettando gli obblighi previsti dal Codice del Terzo Settore e dalle norme vigenti.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: i costi di intermediazione sono pari al 25,00% calcolati sul premio imponibile. Costi dei PPI: Non previsti in quanto il prodotto non è abbinabile a finanziamenti.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, agli uffici reclami dell'Impresa indicando i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico, numero di polizza o numero di sinistro, denominazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze. I recapiti sono: per reclami che riguardano il rapporto contrattuale: Assimoco S.p.A. - Ufficio Reclami Premi e Gestione - Centro Leoni Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI), fax 02-2696.2466, e-mail: ufficioreclamipremi@assimoco.it . per reclami che riguardano i sinistri: Assimoco S.p.A. - Ufficio Reclami Sinistri - Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI), fax 02-2696.2405, e-mail: ufficioreclamisinistri@assimoco.it . L'Ufficio Reclami fornisce una risposta entro quarantacinque giorni dalla ricezione del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all' IVASS, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, fax 06-42.133.206, pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it , info su: www.ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo	È possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Deve obbligatoriamente essere attivata, prima dell'introduzione di un processo civile, presentando istanza a un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito https://mediazione.giustizia.it . L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Perizia contrattuale e arbitrato: Il contratto prevede che le parti possono devolvere la risoluzione di una controversia tra essi insorta per l'accertamento del danno ad un collegio periti e/o arbitri. Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed una Compagnia avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede la Compagnia di Assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'Ivass che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Imposte sul premio: 22,25% per Responsabilità Civile verso Terzi; 2,50% per Infortuni e Malattia
---	--

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori , indicati nella Tabella consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link www.assimoco.it/dam/assimoco/pdf/Offerta/OblioOncologico/Tabella-Oblio-oncologico-Assimoco.pdf
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE - AREA CLIENTI), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.