



AXA ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale: Via Leopardi 15 - 20123 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331
Capitale Sociale: € 211.168.625 integralmente versato
Direzione e coordinamento di AXA Italia S.p.A. ai sensi dell'art. 2497 C.C.
Ufficio Registro delle Imprese di Milano n. 00902170018
Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311
Codice Fiscale e Partita IVA n. 00902170018

ASSICURAZIONI

CONVENZIONE TRA:

SOCIETÀ SPELEOLOGICA ITALIANA

(di seguito denominata SSI) - Partita IVA : 02362100378
con Sede in
Via Zamboni, 67 - 40126 - Bologna

e

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

(di seguito denominata Società)
con Sede in
Via Leopardi, 15
20123 - Milano

per l'assicurazione infortuni, per l'assicurazione del Rimborso Spese Mediche a seguito di infortunio e della Responsabilità Civile nei confronti di Terzi, derivanti al Contraente ed ai suoi associati come definiti a pag. 3 della presente Assicurazione/Convenzione, alle condizioni e nei limiti qui disciplinati.

Resta convenuto fra le Parti che i beneficiari, persone fisiche, delle coperture prestate ai sensi del presente contratto svolgono le attività assicurate a titolo gratuito e non a fine di lucro. Pertanto lo svolgimento di una qualsiasi attività assicurata a fini della percezione personale di un reddito, o nell'ambito di un rapporto lavorativo, costituisce causa di decadenza dai benefici di polizza.

Resta inoltre convenuto che, salvo diversa indicazione, i beneficiari designati in caso di morte da infortunio di uno o più Assicurati/Associati sono gli eredi legittimi e/o testamentari.

La presente Convenzione ha validità di 3 anni, con effetto dalle ore 24.00 del 01/06/2009 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2010, con tacito rinnovo alla scadenza.

Tuttavia il Contraente e la Società hanno facoltà di recedere dalla presente convenzione/assicurazione mediante disdetta data con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima di ogni scadenza annuale.

Il Contraente dichiara che, prima della conclusione del presente contratto, gli è stata consegnata apposita "Nota informativa" conforme a quanto stabilito dall'Art. 123 del decreto legislativo n. 175 del 17/3/1995 e dalla circolare ISVAP n. 303 del 2/6/1997.

IL CONTRAENTE



AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

AGENZIA GENERALE MILANO "B"
1212



AXA ASSICURAZIONI S.p.A.
 Sede Legale e Direzione Generale: Via Leopardi 15 - 20123 Milano - Italia
 Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331
 Capitale Sociale € 211.168.625 interamente versato
 Direzione e coordinamento di AXA Italia S.p.A. ai sensi dell'art. 2497 C.C.
 Ufficio Registro delle Imprese di Milano n. 00902170018
 Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311
 *Codice Fiscale e Partita IVA n. 00902170018

ASSICURAZIONI

INDICE

| | |
|--|----------------|
| DEFINIZIONI COMUNI AD ENTRAMBE LE SEZIONI | pag. 3 |
| NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE | pag. 4 |
| NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN PARTICOLARE | |
| INFORTUNI | pag. 13 |
| Massimali e somme assicurate - Opzione Base | pag. 24 |
| Massimali e somme assicurate - Opzione Plus | pag. 25 |
| CRITERI DI DETERMINAZIONE DEL PREMIO | pag. 26 |

| | |
|-----------------------------|---|
| ESTERNO | La parte della polizza assicurativa, stipulata in un paese diverso da quello in cui ha sede la Società Assicurazioni S.p.A. |
| INDEMNITÀ | La somma versata dalla Società Assicurazioni S.p.A. in caso di sinistro. |
| INFORTUNO | Qualsiasi evento di natura casuale, fortuita, violenta ed esterna che produca un danno. |
| INFERMITÀ | Qualsiasi malattia, lesione o danno fisico o psichico che produca un danno. |
| INFERMITÀ PERMANENTE | La perdita definitiva e irreversibile dell'Assicurato di svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata. |
| MASSIMALE | La somma fino alla concorrenza della quale, per ogni sinistro, la Società presta la garanzia assicurativa. |
| POLIZZA | Il documento che prova l'assicurazione. |
| MODULO DI ADESIONE | Il certificato comprovante la copertura assicurativa. |
| PREMIO | La somma dovuta dal Contraente alla Società. |
| SINISTRO | Il verificarsi del fatto casuale per il quale è prestata l'assicurazione. |
| SOCIETÀ | AXA ASSICURAZIONI S.p.A. |



DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato.

| | |
|--|--|
| CONTRAENTE: | il soggetto che stipula l'assicurazione, ovvero la Società Speleologica Italiana (S.S.I.). |
| ASSICURATO: | il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. |
| ASSICURAZIONE- CONVENZIONE: | il contratto di assicurazione. |
| ASSOCIATO: | il soggetto aderente alla Società Speleologica Italiana. |
| BENEFICIARIO: | la persona fisica o giuridica designata, che ha diritto all'indennizzo in caso di decesso dell'Assicurato. In assenza di designazione specifica i beneficiari designati sono gli eredi legittimi e testamentari. |
| FRANCHIGIA: | parte di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato. |
| GESSATURA: | ogni mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata. |
| SCOPERTO: | quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato. |
| INDENNIZZO: | la somma dovuta dalla Società Assicuratrice in caso di sinistro. |
| INFORTUNIO: | ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. |
| MALATTIA: | ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. |
| RICOVERO: | la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura. |
| ISTITUTO DI CURA: | ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna (day hospital). Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche. |
| INVALIDITÀ PERMANENTE: | L'incapacità fisica definitiva e irrimediabile dell'Assicurato a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata. |
| MASSIMALE: | la somma fino alla concorrenza della quale, per ogni sinistro e/o per ciascun anno assicurativo, la Società presta la garanzia. |
| POLIZZA: | il documento che prova l'assicurazione. |
| MODULI DI ADESIONE: | certificati comprovanti la copertura assicurativa. |
| PREMIO: | la somma dovuta dal Contraente alla Società. |
| SINISTRO: | il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione. |
| SOCIETÀ: | AXA ASSICURAZIONI S.p.A. |



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'Art. 1910 C.C..

Tuttavia il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali assicurazioni infortuni stipulate da altri a favore degli stessi Assicurati/Associati.

Art. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA (vedi anche Art. "Calcolo dei premi")

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00.00 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure ad AXA

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto di AXA al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C.

Il premio è sempre determinato per periodo assicurativo ed è interamente dovuto anche se ne è stato concesso il frazionamento in più rate.

Art. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5 - DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

Le Parti rinunciano alla facoltà di recesso per sinistro.

Art. 6 - ONERI FISCALI

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



Art. 7 - FORO COMPETENTE

Per eventuali controversie le Parti dichiarano di eleggere quale Foro competente quello di Milano.
Resta fermo il disposto di cui all'Art. 1469 bis C.C., qualora applicabile.

Art. 8 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 9 - DURATA DELLA ASSICURAZIONE/CONVENZIONE - RESCINDIBILITÀ ANNUALE

La presente assicurazione/convenzione si intende stipulata per la durata di **1 anno, con effetto dalle ore 24.00 del 01/06/2009 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2010**, e prevede il tacito rinnovo alla naturale scadenza.

Tuttavia il Contraente e la Società hanno facoltà di recedere dalla presente assicurazione/convenzione mediante disdetta data con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima di ogni scadenza annuale.



INFORTUNI - Pol. N. 109061

DEFINIZIONI SPECIFICHE DELLA INFORTUNI

Relativamente alla polizza Infortuni, alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato.

A) Assicurato

- gli Associati alla Società Speleologica Italiana (SSI) che abbiano aderito alla polizza per durata annuale con la formula OPZIONE BASE o con la formula OPZIONE PLUS. La copertura assicurativa c.d "annuale" è operante dalle ore 00.00 della data di associazione alla SSI per un massimo di 365 giorni e comunque non oltre il 31/12 di ciascuna annualità
- I titolari del tagliando giornaliero, che abbia formalmente aderito alla copertura assicurativa giornaliera, unicamente per il periodo di validità dello stesso tagliando. L'utilizzo dei tagliandi giornalieri è in ogni caso escluso per i partecipanti a corsi tecnici omologati di speleologia.

Art. 10 - ATTIVITÀ GARANTITE

L'assicurazione vale - per il periodo di validità della copertura assicurativa - per gli infortuni subiti, nello svolgimento dell'**attività di speleologia** svolta da un Assicurato, persona fisica, **a titolo non professionale**.

Nella valutazione delle conseguenze di un infortunio, non si terrà conto della professione della vittima (si veda quanto previsto dalla definizione di invalidità permanente).

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato, anche se derivanti da:

- 1) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 2) atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

Inoltre l'assicurazione comprende:

- 4) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- 5) l'asfissia non dipendente da malattia compresa l'asfissia per immersione e/o l'embolia;
- 6) l'awelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- 7) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- 8) le affezioni conseguenti a morsi o punture di animali (con esclusione della malaria);
- 9) le lesioni determinate da sforzi, restano comunque esclusi gli infarti e le ernie.



Per gli Assicurati con l'OPZIONE BASE giornaliera (adesione con tagliando giornaliero)

Per gli Assicurati con l'OPZIONE BASE giornaliera, cioè che hanno aderito alla convenzione mediante tagliandi giornalieri, l'assicurazione infortuni si intende limitata alle sole **attività di speleologia** inerenti l'esplorazione, compreso l'avvicinamento (e l'allontanamento) **a piedi**, effettuata **all'interno** di caverne naturali o cavità artificiali in Unione Europea in progressione orizzontale, senza l'utilizzo di attrezzature personali per progressione verticale (salvo caschetto di sicurezza e simili), restando comunque compreso l'utilizzo di camminamenti fissi qualora già presenti sul luogo.

Restano quindi esclusi per gli Assicurati con l'OPZIONE BASE giornaliera gli infortuni avvenuti:

- durante l'attività di speleologia subacquea;
- durante le esercitazioni alle tecniche esplorative effettuate all'esterno di caverne naturali o cavità artificiali;
- durante gli spostamenti effettuati con ogni mezzo di locomozione terrestre, fluviale, marittimo, aereo, anche se connessi alla pratica della speleologia.

Per gli Assicurati con l'OPZIONE BASE annuale

Per gli Assicurati con l'OPZIONE BASE con polizza di durata annuale, l'assicurazione infortuni comprende lo svolgimento di ogni **attività di speleologia**, cioè ogni attività inerente l'esplorazione di caverne naturali o cavità artificiali in Unione Europea, compresa la progressione verticale nonché l'archeologia sotterranea, così come le esercitazioni alle tecniche esplorative effettuate all'esterno.

Per quanto riguarda le attività **patrociate** dalla Contraente la validità della garanzia si estende alle fasi di avvicinamento (ed allontanamento) **a piedi** alle caverne naturali o cavità artificiali.

Si intendono per attività **patrociate** dalla Contraente :

- lo svolgimento di corsi di speleologia
- le attività di promozione (es. Giornate Nazionali della Speleologia).

Restano quindi esclusi per gli Assicurati con l'OPZIONE BASE annuale gli infortuni avvenuti:

- durante l'attività di speleologia subacquea;
- durante gli spostamenti effettuati con ogni mezzo di locomozione terrestre, fluviale, marittimo, aereo, anche se connessi alla pratica della speleologia.



Per gli Assicurati con l'OPZIONE PLUS

Per gli Assicurati con copertura annuale con l'OPZIONE PLUS l'assicurazione infortuni comprende lo svolgimento di ogni **attività di speleologia**, cioè ogni attività inerente l'esplorazione di caverne naturali o cavità artificiali in ogni luogo, compresa la progressione verticale nonché l'archeologia sotterranea o subacquea, così come le esercitazioni alle tecniche esplorative effettuate all'esterno, ivi compresi:

- 1) **utilizzo di esplosivi**: gli speleologi titolari della assicurazione annuale in corso di validità (esclusi quindi i titolari di coperture giornaliere) e unicamente per l'attività di esplorazione o in occasione di un'operazione di soccorso o di salvataggio o di corsi di addestramento e purché svolte nel rispetto delle disposizioni di legge e normative vigenti;
- 2) **operazioni di soccorso e salvataggio** effettuate da Assicurati, titolari della assicurazione annuale in corso di validità (esclusi quindi i titolari di coperture giornaliere);
- 3) **le attività sportive** seguenti **purché svolte in connessione all'attività della speleologia**: alpinismo comprese vie ferrate, scalate di roccia o di ostacoli artificiali, escursioni a piedi, sci di fondo, sci alpino (ad esclusione dello sci alpino fuori pista, dello sci acrobatico, dello sci estremo, della velocità pura su sci, del salto da trampolino), escursioni con sci o racchette, discese a piedi di canyon, immersioni di ogni forma escluse quelle con uso di autorespiratori ad ossigeno puro (A.R.O.) e purché svolte nel rispetto delle normative vigenti.
È compresa anche l'attività di **rafting** purché svolta per raggiungere e/o lasciare il luogo dell'attività della speleologia ed effettuata in zona esterna non proibita e con idoneo equipaggiamento di sicurezza (casco e giubbotto di salvataggio) e sempre che il percorso sia conosciuto da almeno uno dei rafter o se non conosciuto, che sia stato oggetto di preventivo sopralluogo a piedi del corso d'acqua.
Restano quindi esclusi gli infortuni subiti durante la discese di rapide con qualsiasi altro mezzo diverso dal canotto o battello pneumatico;
- 4) **pratica dell'archeologia** se e in quanto attinente ad attività speleologiche;
- 5) il cosiddetto **rischio "in itinere"**, cioè gli spostamenti effettuati con ogni mezzo di locomozione terrestre, fluviale, marittimo, aereo, fino al luogo della pratica della speleologia e ritorno.

Art. 11 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI - TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 C.C.



Art. 12 - OGGETTO DELLE GARANZIE

12.1 - MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, purché quest'ultimo si sia verificato entro i termini di validità delle Convenzione medesima. Tale indennizzo viene corrisposto dalla Società direttamente alla Società Speleologica Italiana (SSI) che provvederà successivamente all'erogazione dello stesso ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, fermo quanto previsto dall'Art. 27 - "Limite catastrofale infortuni". Pertanto se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero gli importi previsti per il caso morte dall'Art. 27 - "Limite catastrofale infortuni" si procederà alla loro riduzione proporzionale.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari o eredi di cui sopra la somma prevista per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Artt. 60 e 62 C.C.

Qualora, dopo il pagamento dell'indennizzo, l'Assicurato risultasse in vita, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

12.2 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

- A) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.
- B) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Perdita anatomica o funzionale di:

| | |
|--|-------------------------|
| - un arto superiore | 70% |
| - una mano o un avambraccio | 60% |
| - un pollice | 18% |
| - un indice | 14% |
| - un medio | 8% |
| - un anulare | 8% |
| - un mignolo | 12% |
| - falange ungueale del pollice | 9% |
| - una falange di altro dito della mano | 1/3 del valore del dito |

Anchilosi:

| | |
|---|-----|
| - della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola | 25% |
| - del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera | 20% |
| - del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera | 10% |



| | |
|--|------|
| Paralisi completa: | |
| - del nervo radiale | 35% |
| - del nervo ulnare | 20% |
| Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore: | |
| - al di sopra della metà della coscia | 70% |
| - al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio | 60% |
| - al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba | 50% |
| - un piede | 40% |
| - ambedue i piedi | 100% |
| - un alluce | 5% |
| - un altro dito del piede | 1% |
| - la falange ungueale dell'alluce | 2,5% |
| Esiti di: | |
| - lesioni meniscali (menisco mediale e/o laterale) con o senza meniscectomia | 2% |
| - rottura parziale o totale, di legamenti crociati e/o collaterali del ginocchio | 6% |
| - rottura della cuffia dei rotatori della spalla | 5% |
| - lussazione della spalla con instabilità di grado medio | 6% |
| - dell'anca in posizione favorevole | 35% |
| - del ginocchio in estensione | 25% |
| - della tibio-tarsica ad angolo retto | 10% |
| - della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica | 15% |
| Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno | 15% |
| Esiti di frattura: | |
| - di scafoide con evoluzione in pseudo artrosi | 5% |
| - della clavicola con sfumata compromissione funzionale | 2% |
| - della scapola con sfumata compromissione funzionale | 3% |
| - del radio o dell'ulna, viziosamente consolidata, con compromissione funzionale | 5% |
| - del femore con sfumata compromissione funzionale | 6% |
| - della tibia con sfumata compromissione funzionale | 5% |
| - del perone con sfumata compromissione funzionale | 3% |
| - biossee della gamba con disturbi del circolo e compromissione funzionale | 8% |
| - delle ossa nasali con disturbi di respirazione | 3% |
| - scomposta di una costa | 1% |
| Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di: | |
| - una vertebra cervicale | 12% |
| - una vertebra dorsale | 5% |
| - 12ª dorsale | 10% |
| - una vertebra lombare | 10% |
| Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo | 2% |
| Esiti di frattura del sacro | 3% |
| Esiti di frattura del coccige con callo deforme | 5% |
| Perdita totale, anatomica o funzionale di: | |
| - un occhio | 25% |
| - ambedue gli occhi | 100% |



| | |
|--|-----|
| Sordità completa di: | |
| - un orecchio | 10% |
| - ambedue gli orecchi | 40% |
| Perdita della voce | 30% |
| Stenosi nasale assoluta: | |
| - monolaterale | 4% |
| - bilaterale | 10% |
| Perdita anatomica di: | |
| - un rene | 20% |
| - della milza senza compromissioni significative della crasi ematica | 10% |
| Rotture sottocutanee: | |
| - del tendine di Achille | 4% |
| - di altri tendini | 2% |

Tutti i valori suindicati sono da ritenersi quali valori massimi.

C) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate alla lettera B), le stesse sono calcolate con il limite delle percentuali sopra indicate in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera B) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera B) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

12.3 - FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO E CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Per gli Assicurati con l'OPZIONE BASE (annuale o giornaliera)

L'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 5 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato.

Pertanto non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari od inferiore al 5%; per invalidità permanente superiore, l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota eccedente detta percentuale del 5%.

Tuttavia la suindicata franchigia del 5% non trova applicazione nel caso di invalidità permanente accertata di grado superiore al 60%.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, verrà pagato agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.



Per gli Assicurati con l'OPZIONE PLUS (annuale)

L'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 3 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato.

Pertanto non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari od inferiore al 3%; per invalidità permanente superiore, l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota eccedente detta percentuale del 3%.

Tuttavia la suindicata franchigia del 3% non trova applicazione nel caso di invalidità permanente accertata di grado superiore al 60%.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, verrà pagato agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

12.4 - INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO PER INFORTUNIO

Se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, comporta il ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, dalle ore 24 del giorno del ricovero e sino al giorno di cessazione dello stesso, per un periodo massimo di 90 giorni per sinistro.

Inoltre solo per gli Assicurati che hanno sottoscritto l'**OPZIONE PLUS** il periodo massimo viene elevato da 90 giorni a 180 giorni per sinistro.

12.5 - INDENNITÀ GIORNALIERA DI GESSATURA

Nei casi di applicazione di gessatura - con o senza ricovero - resa necessaria da infortunio la Società corrisponde l'indennità giornaliera di gessatura assicurata dal giorno di applicazione al giorno di rimozione della stessa con il massimo di 30 giorni per sinistro.

Qualora l'Assicurato si stato ricoverato in istituto di cura il periodo di gessatura decorre dal giorno successivo alla data di cessazione del ricovero (o del day hospital).

La garanzia opera nei casi di gessatura prescritta od applicata in seguito a:

- trattamento o riduzione di fratture in genere (con o senza intervento chirurgico) purché radiograficamente accertate.
- lesioni alla colonna vertebrale (con esclusione dei traumi distorsivi al rachide cervicale senza lesione mio-capsulo-legamentosa-scheletrica *(c.d. colpo di frusta)*).

Inoltre solo per gli Assicurati che hanno sottoscritto l'**OPZIONE PLUS** la **garanzia opera anche** nei casi di gessatura (con o senza fratture) prescritta od applicata **in seguito a lesioni ad articolazioni (distorsioni, lussazioni, rotture e/o lesioni ai legamenti articolari)** nonché in caso di applicazione del collare di Schanz o assimilabili, per traumi distorsivi al rachide cervicale senza lesione mio-capsulo-legamentosa-scheletrica *(c.d. colpo di frusta)* documentata da accertamenti strumentali; l'indennità di gessatura verrà corrisposta per un periodo massimo di 20 giorni per sinistro.



Sono comunque escluse:

- le gessature applicate per lesioni meniscali, salvo se prescritte od applicate in conseguenza di un intervento chirurgico;
- le gessature applicate per il trattamento di scoliosi e/o cifosi.

12.6 - RIMBORSO SPESE DI RIMPATRIO

La Società - fino a concorrenza del massimale assicurato - rimborsa le spese di rimpatrio del corpo del beneficiario della copertura deceduto in Italia o all'estero fino al luogo di sepoltura in Italia.

Le spese di trasporto, imbalsamazione, feretro, ad eccezione delle spese funebri, sono a carico della Società fino a concorrenza, per beneficiario, della somma indicata nel presente contratto.

La garanzia - fino a concorrenza del massimale assicurato - è allo stesso modo estesa in caso di infortunio alle spese di rimpatrio dell'infortunato con qualsiasi mezzo di trasporto purché abbia comportato o si presuma un'inabilità permanente non inferiore al 5%, fino al domicilio o ad un ospedale più vicino al domicilio della vittima.

I rimborsi vengono effettuati dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in valuta corrente. Qualora l'Assicurato fruisca di altri rimborsi previsti da altre coperture o da altre assicurazioni, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Il totale dei risarcimenti percepiti dall'Assicurato non può eccedere l'importo delle spese da lui realmente sostenute.

12.7 - RIMBORSO TICKET SANITARI RESI NECESSARIE DA INFORTUNIO (valido solo per gli Assicurati con l'OPZIONE BASE annuale o giornaliera)

Per gli Assicurati con l'OPZIONE BASE (annuale o giornaliera) se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, comporta spese di cura, la Società - fino a concorrenza del massimale assicurato - rimborsa il 100% delle spese relative ai ticket previsti dal "Servizio Sanitario Nazionale" sostenute dall'Assicurato nei 360 giorni successivi all'infortunio:

- a) per visite mediche, analisi ed esami strumentali e di laboratorio,
- b) per cure sanitarie sempre che sostenute nei 90 giorni successivi all'intervento chirurgico o alla cessazione del ricovero;
- c) per trattamenti fisioterapici e rieducativi.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in valuta corrente. Qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Non è previsto il rimborso dei ticket previsti dal "Servizio Sanitario Nazionale" relativi a medicinali.



12.8 - RIMBORSO SPESE MEDICHE RESE NECESSARIE DA INFORTUNIO (valido solo per gli Assicurati con l'OPZIONE PLUS)

Solo per gli Assicurati che hanno sottoscritto l'OPZIONE PLUS se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, comporta spese di cura, la Società - fino a concorrenza del massimale assicurato - rimborsa le spese:

- a) per visite mediche, analisi ed esami strumentali e di laboratorio,
- b) per trattamenti fisioterapici e rieducativi,
- c) per trasporto sanitario dell'Assicurato stesso, con qualunque mezzo, con il limite di 400,00 euro per sinistro;
- d) per rette di degenza,
- d) per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; per i diritti di sala operatoria e per il materiale d'intervento,

sostenute nei 360 giorni successivi al sinistro;

la Società rimborsa altresì le spese:

- f) per cure e medicinali sostenute durante il ricovero e nei 90 giorni successivi all'intervento chirurgico o alla cessazione del ricovero.

La garanzia è estesa alle spese di protesi (esclusi occhiali, lenti a contatto e apparecchi acustici) e corone dentarie e alle spese oculistiche prescritte da medici autorizzati, che siano conseguenti a infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Il massimale prescelto costituisce il massimo rimborso per persona per uno o più sinistri verificatisi nello stesso anno assicurativo.

Qualora l'Assicurato si avvalga di **medici e/o istituti di cura privati** il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza del 90% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 10% a carico dell'Assicurato con il minimo di 50,00 euro per:

- ogni visita medica;
- ogni serie di accertamenti diagnostici previsti da un'unica prescrizione medica;
- ogni ciclo di trattamenti o cure di cui alla lettera b) previsti da un'unica prescrizione medica.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", la Società rimborserà integralmente le spese non riconosciute dal precitato Servizio, compresi eventuali ticket, sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in valuta corrente. Qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Il totale dei risarcimenti percepiti dall'Assicurato non può eccedere l'importo delle spese da lui realmente sostenute.



12.9 - SPESE DI RICERCA E SALVATAGGIO (valido solo per gli Assicurati che hanno sottoscritto l'OPZIONE PLUS)

Solo per gli Assicurati che hanno sottoscritto l'OPZIONE PLUS la Società garantisce, fino a concorrenza di 20.000,00 euro per persona, per sinistro e per anno, il rimborso dietro presentazione di giustificativi, delle spese sostenute per la partecipazione ad operazioni di ricerca e salvataggio.

Si intendono per spese di ricerca e salvataggio, l'insieme delle spese sostenute in occasione della partecipazione ad operazioni di ricerca e salvataggio, compresa la perdita ed i danni causati al materiale utilizzato dai soccorritori, le spese di trasferimento e vitto e la perdita di salario dei soccorritori.

Si precisa inoltre che, a titolo della presente garanzia, la Società conserva la possibilità di fare rivalsa contro la/e persona/e soccorsa/e o i loro eredi ed aventi diritto, nel caso in cui la/e persona/e soccorsa/e non sia/siano Socio/i della S.S.I. La presente garanzia comprende ugualmente le spese di ricerca e recupero degli speleologi deceduti in corso di uscite.

I rimborsi vengono effettuati dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in valuta corrente. Qualora l'Assicurato fruisca di altri rimborsi previsti da altre coperture o da altre assicurazioni, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Il totale dei risarcimenti percepiti dall'Assicurato non può eccedere l'importo delle spese da lui realmente sostenute.

Art. 13 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, parapendio e simili;
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento di sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- f) da guerra (dichiarata e non) o insurrezioni;
- g) da atti di terrorismo e sabotaggio durante viaggi di trasporto aerei su velivoli od elicotteri;
- h) da 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.);
- i) da campi elettromagnetici;
- j) dalla presenza, detenzione e dall'impiego dell'amianto;
- k) da proprietà, uso e possesso a norma dell'Art.2052 C.C., di animali domestici ascrivibili alla categoria "A RISCHIO DI AGGRESSIVITA" così come indicati nell'ordinanza del 27-08-2004 del Ministero della Salute pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n° 213 del 10-09-2004;



Sono inoltre sempre escluse:

- l) le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) nonché le malattie (e loro conseguenze) non derivanti da infortunio compreso in garanzia, l'apoplessia, le varici, le ulcere varicose;
- m) le operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- n) le infermità, le malformazioni e le anomalie congenite.

Art. 14 - VALIDITÀ TERRITORIALE DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Le garanzie prestate valgono in Unione Europea per gli assicurati con l'OPZIONE BASE e per il mondo intero per gli Assicurati con l'OPZIONE PLUS.

Art. 15 - LIMITE CATASTROFALE INFORTUNI

Nel caso di sinistro infortuni che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a:

- 1.500.000,00 euro per evento e per anno assicurativo relativamente a tutte le prestazioni infortuni previste dal contratto;
- 30.000,00 euro per evento relativamente al caso morte da infortunio per Assicurati con OPZIONE BASE;
- 60.000,00 euro per anno assicurativo relativamente al caso morte da infortunio per Assicurati con OPZIONE BASE.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tali importi, si procederà alla loro riduzione proporzionale.

Art. 16 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO INFORTUNI

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Società Speleologica Italiana oppure direttamente alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 C.C.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 C.C.

In caso di sinistro la Società Speleologica Italiana si impegna a trasmettere, via fax, alla Società, unitamente alla denuncia di sinistro (oppure entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza) gli elenchi riepilogativi delle adesioni (giornaliere e/o annuali) con i dati degli Assicurati che hanno aderito alla copertura assicurativa presenti e/o coinvolti al momento del sinistro; fermo restando che la Società, potrà eventualmente richiedere di visionare gli originali dei moduli di adesione e/o degli elenchi trasmessi al responsabile assicurativo della SSI (con la data del fax o della lettera raccomandata o del timbro postale data certa).

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico o di pronto soccorso. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.



L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari. In caso di operatività della garanzia "Indennità giornaliera da ricovero per infortunio", la denuncia deve essere corredata da certificato di ricovero e dimissione e/o da cartella clinica. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma della Legge 31 dicembre 1996, n. 675 (cosiddetta "Legge sulla Privacy").

Art. 17 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, 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 nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'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 e 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. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Art. 18 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui al precedente punto 24.2 - "Invalidità permanente" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 19 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida gli indennizzi che risultino dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato in Italia e in valuta corrente.



Art. 20 - CUMULO DI INDENNITÀ

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente da infortunio è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Le indennità per tutte le garanzie sono cumulabili fra di loro tranne quella per il caso morte che non è cumulabile con quella per l'invalidità permanente da infortunio.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente (fermo comunque quanto previsto dall'Art. 27 - "Limite catastrofale infortuni").

Art. 21 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. nei soli confronti della Società Speleologica Italiana e dei suoi Associati.

Art. 22 - ANTICIPO INDENNIZZI SULLA INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di Invalidità Permanente, se l'accordo tra le Parti sulla percentuale di invalidità definitivo non è raggiunto a scadenza del termine di un anno a partire dalla data di denuncia del sinistro e sempre che:

- non esistano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio;
- il grado di invalidità permanente stimato dalla Società non sia inferiore al 25%

su richiesta dell'Assicurato la Società anticiperà il 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per invalidità permanente da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Quanto sopra senza che l'anticipo venga considerato impegno definitivo della Società sul grado percentuale di invalidità permanente da liquidarsi.

MASSIMALI E SOMME ASSICURATE - OPZIONE BASE **per copertura annuale o giornaliera**

Art. 23 - MASSIMALI E SOMME ASSICURATE PER GLI ADERENTI ALL'OPZIONE BASE (per copertura annuale o giornaliera)

Il limite contrattuale massimo di indennizzo riguardante l'insieme delle garanzie prestate per la Sezione II secondo quanto previsto dall'Art. 27 - "Limite catastrofale infortuni".

Nei limiti e secondo le disposizioni delle presenti condizioni di polizza valgono inoltre i seguenti sottolimiti:

23.1 - Somma assicurata per il caso Morte

- **10.000,00** euro per persona, secondo quanto previsto al punto 24.1 delle presenti condizioni di polizza.

23.2 - Somma assicurata per il caso Invalidità Permanente da infortunio

- **20.000,00** euro per persona, secondo quanto previsto al punto 24.2 delle presenti condizioni di polizza.

23.3 - Franchigia per Invalidità Permanente da infortunio e criteri di liquidazione

L'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 5 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato. Pertanto non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari od inferiore al 5%; per invalidità permanente superiore, l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota eccedente detta percentuale del 5%. Tuttavia la suindicata franchigia del 5% non trova applicazione nel caso di invalidità permanente accertata di grado superiore al 60%.

23.4 - Indennità giornaliera da ricovero per infortunio

- **25,00** euro al giorno col massimo di 90 giorni per sinistro, secondo quanto previsto al punto 24.4 delle presenti condizioni di polizza.

23.5 - Indennità giornaliera di gessatura

- **25,00** euro al giorno col massimo di 30 giorni per sinistro, secondo quanto previsto al punto 24.5 delle presenti condizioni di polizza.

23.6 - Rimborso spese di rimpatrio

- **2.000,00** euro per persona, secondo quanto previsto al punto 24.6 delle presenti condizioni di polizza.

23.7 - Rimborso ticket sanitari resi necessarie da infortunio

- **2.000,00** euro massimale annuo per persona

per rimborso integrale dei tickets sanitari, secondo quanto previsto al punto al punto 24.7 delle presenti condizioni di polizza.



MASSIMALI E SOMME ASSICURATE - OPZIONE PLUS **solo per copertura annuale**

Art. 24 - MASSIMALI E SOMME ASSICURATE PER GLI ADERENTI ALL'OPZIONE PLUS (solo per copertura annuale)

Il limite contrattuale massimo di indennizzo riguardante l'insieme delle garanzie prestate per la Sezione II secondo quanto previsto dall'Art. 27 - "Limite catastrofale infortuni".

Nei limiti e secondo le disposizioni delle presenti condizioni di polizza valgono inoltre i seguenti sottolimiti:

24.1 - Somma assicurata per il caso Morte

- **40.000,00** euro per persona, secondo quanto previsto al punto 24.1 delle presenti condizioni di polizza.

24.2 - Somma assicurata per il caso Invalidità Permanente da infortunio

- **120.000,00** euro per persona, secondo quanto previsto al punto 24.2 delle presenti condizioni di polizza.

24.3 - Franchigia per Invalidità Permanente da infortunio e criteri di liquidazione

L'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia di 3 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertato. Pertanto non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari od inferiore al 3%; per invalidità permanente superiore, l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota eccedente detta percentuale del 3%. Tuttavia la suindicata franchigia del 3% non trova applicazione nel caso di invalidità permanente accertata di grado superiore al 60%.

24.4 - Indennità giornaliera da ricovero per infortunio

- **36,00** euro al giorno col massimo di 180 giorni per sinistro, secondo quanto previsto al punto 24.4 delle presenti condizioni di polizza.

24.5 - Indennità giornaliera di gessatura

- **36,00** euro al giorno col massimo di 30 giorni per sinistro (ridotto a 20 giorni in caso del cosiddetto colpo di frusta).

La garanzia opera anche nei casi di gessatura (con o senza fratture) prescritta od applicata **In seguito a lesioni ad articolazioni (distorsioni, lussazioni, rotture e/o lesioni ai legamenti articolari).**

24.6 - Rimborso spese di rimpatrio

- **8.000,00** euro per persona per spese di rimpatrio, secondo quanto previsto al punto 24.6 delle presenti condizioni di polizza.

24.7 - Rimborso spese mediche rese necessarie da infortunio

- **10.000,00** euro massimale annuo per persona.

Qualora l'Assicurato si avvalga di medici e/o istituti di cura privati il rimborso viene effettuato fino alla concorrenza del 90% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 10% a carico dell'Assicurato con il minimo di 50,00 euro, secondo quanto previsto al punto 24.8 delle presenti condizioni di polizza (con rimborso integrale dei tickets sanitari).

24.8 - Spese ricerca e salvataggio

- **20.000,00** euro per persona per spese di ricerca e salvataggio, secondo quanto previsto al punto 24.9 delle presenti condizioni di polizza.