

SEZIONE I POLIZZA INFORTUNI N. 2013/05/2399182

COPERTURA “INFORTUNI” – Rinnovo anno 2024/2025

La SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI, fondata nel 1828, ha sede legale e sociale in Via Corte d'Appello, 11 - Torino (Italia) ed è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art.65 del R.D.L. 29/04/1923 n. 966, convertito nella legge 17/4/1923, n. 473.

Al presente contratto si applica la legge italiana.

L'esame di eventuali reclami in merito al contratto assicurativo è di competenza dell'ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo - con sede in Via Colonna, 39 - 00139 Roma.

1.0 DEFINIZIONI

Nel testo si intende per:

- *Assicurazione*: il contratto di assicurazione;
- *Polizza*: i documenti che provano l'assicurazione;
- *Contraente (Socio)*: chi stipula l'assicurazione;
- *Assicurato*: il soggetto sulla cui persona é stipulata l'assicurazione;
- *Società*: la SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI;
- *Premio*: la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- *Rischio*: la possibilità che si verifichi il sinistro;
- *Sinistro*: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- *Indennizzo*: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- *Franchigia*: parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Inoltre alle seguenti espressioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui di seguito riportato:

- *Infortunio*: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabile, le quali abbiano per conseguenza la morte dell'Assicurato, oppure una invalidità permanente o una inabilità temporanea;
- *Invalidità Permanente*: diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata;

- *Inabilità temporanea*: temporanea incapacità dell'Assicurato ad attendere alle attività dichiarate in polizza;
- *Istituto di cura*: ospedale, clinica, casa di cura regolarmente autorizzati all'erogazione della assistenza ospedaliera;
- *Degenza in istituto di cura - Ricovero*: permanenza, con almeno un pernottamento, in istituto di cura.
- *Diaria*: la somma assicurata per ogni giorno di inabilità temporanea.

1.1 CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

– Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato, così come disposto dall'art.1891 C.C.

– 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 deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri

– Dichiarazioni relative alle circostanze influenti sulla valutazione del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 del C.C.

– Variazioni nella figura del Contraente

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.

In caso di fusione della società Contraente con una o più società, il contratto continua con la società incorporante o con la nuova società costituita. Nei casi di trasformazione, cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della società Contraente o di sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono

essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi, alla Società; la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di quindici giorni.

– Modifiche dell'assicurazione

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

– Aggravamento del rischio. Cambiamento dell'attività professionale o delle relative condizioni di esercizio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate o delle relative condizioni di esercizio.

La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare come previsto dall'art. 1898 C.C. - la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo; tale perdita verrà determinata con riferimento alle voci della Tariffa adottata dalla Società al momento del sinistro.

– Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società é tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

– Facoltà di recesso dal contratto dopo ogni denuncia di infortunio

Dopo ogni denuncia di infortunio e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di recedere dall'assicurazione nei confronti del singolo assicurato o della singola categoria di assicurati oppure dall'intero contratto con preavviso di almeno 15 giorni. In tal caso la Società rimborserà il premio relativo al periodo compreso fra il giorno della cessazione della garanzia e il termine del periodo di assicurazione in corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia a valersi della facoltà di recesso regolamentata nel presente articolo.

– Durata dell'assicurazione

La presente polizza ha durata annuale con inizio dalle ore 24.00 del 11/06/2024 e scadenza alle ore 24.00 del 11/06/2025. L'assicurazione cessa alla "scadenza del contratto" indicata nel modulo di polizza senza necessità di disdetta.

– Oneri fiscali

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

– Foro competente

Foro competente, a scelta della Parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

– Rinvio alle norme di legge

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

2.0 CHI ASSICURIAMO

La garanzia assicurativa è prestata, alle condizioni di polizza e in una delle forme di copertura previste al punto 8.0, per tutti i "CACCIATORI" e "PESCATORI" associati alla Contraente.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri degli iscritti tenuti dal Contraente. Entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto la Contraente comunicherà alla compagnia assicuratrice i nominativi degli iscritti; eventuali adesioni in corso di annualità assicurativa verranno contrattualizzate mediante appendice mensili riportanti i nomi degli assicurati.

Si precisa che può stipulare la presente polizza anche chi, associato alla Contraente, svolge l'attività di:

- G.G.V.V. (Guardia Giurata Venatoria Volontaria) a seguito di regolare decreto prefettizio, anche se non è in possesso di licenza di caccia (a parziale deroga dell'art. 5.2) limitatamente alle tessere "BASE" - "SPECIALE" - "EXTRA" – "EXTRA PLUS";
- G.V.I.A. (Guardie Volontarie Ittico Ambientali) a seguito di regolare decreto prefettizio, anche se non in possesso di licenza di pesca (a parziale deroga dell'art. 5.2), limitatamente alla tessera "PESCATORI";
- possessori di licenza per l'esercizio della caccia sportiva.

2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia è prestata esclusivamente per gli infortuni subiti dagli Assicurati durante le attività, conformi alle leggi che le regolano, di seguito specificate, in funzione della categoria e tessera:

Cacciatori (Tessere “BASE” - “SPECIALE” - “EXTRA”- “EXTRA PLUS”)

- caccia e attività di cattura temporanea e inanellamento ex art. 4 L.N. 157/92 di selvatici nei periodi venatori autorizzati;
- limitatamente al territorio italiano interventi di controllo e/o cattura di fauna selvatica o domestica inselvatichita compiuti anche in tempo e aree a divieto di caccia sempreché nei modi previsti dalla legge da parte degli Assicurati autorizzati dagli Enti e dalle Autorità competenti;
- manutenzione e preparazione dell'attrezzatura inerente alle attività indicate, compresa la sistemazione del sito per gli appostamenti fissi, anche nei periodi non compresi nel calendario venatorio;
- prestazioni volte all'incremento e la salvaguardia della fauna selvatica compresa l'attività di rilevamento e censimento della fauna stessa, nonché volte al recupero, salvaguardia, palinatura di ambienti destinati alla sosta e/o alla riproduzione della fauna selvatica, alla sua conservazione ai fini venatori e ambientalistici effettuati secondo la disposizione delle competenti Autorità;
- attività di Protezione Civile organizzata dall'Associazione Liberi Cacciatori secondo le disposizioni delle competenti autorità;
- partecipazione ad esercitazioni e gare nei campi di tiro a segno, di tiro a volo, con fucili, pistole, archi e balestre in poligoni di tiro e nei percorsi di caccia, nei quagliodromi, nei fagiani dromi ed in tutti gli impianti ove si eserciti attività sportivo-venatoria e cinofilo-venatoria;
- partecipazioni a gare ed esposizioni cinofile;
- addestramento di cani nelle apposite zone e sui terreni all'uopo destinati ed autorizzati, anche quando sia consentito lo sparo. -

Esclusivamente per la categoria delle G.G.V.V. (Guardie Giurate Venatorie Volontarie) assicurate con la forma di copertura “SPECIALE” - “EXTRA” – “EXTRA PLUS”, la garanzia si intende estesa agli infortuni che avvengono

durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo in cui vengono svolte le attività sopra elencate e viceversa.

La garanzia non è operante se l'Assicurato non è in regola con il porto d'armi e con le altre autorizzazioni o permessi prescritti dalle leggi e regolamenti sulla caccia o dei regolamenti dei quagliodromi e dei campi di tiro.

La garanzia non è valida se il danno è provocato in violazione delle norme e delle leggi di pubblica sicurezza, o in occasione di caccia di frodo, di atti di bracconaggio e di caccia in ore notturne se non sono consentite dal calendario venatorio. L'assicurazione non comprende gli infortuni occorsi durante gli spostamenti effettuati con qualsiasi mezzo di trasporto terrestre, aereo od acquatico, fatta eccezione, in quanto rientranti nella copertura, per i rischi derivanti dall'uso di imbarcazioni a remi per la caccia in paludi, laghi e corsi d'acqua e per i rischi dello sparo o scoppio accidentale del fucile durante viaggi e spostamenti svolti con ogni mezzo di locomozione, purché nel rispetto delle norme vigenti in materia di pubblica sicurezza.

Pescatori (Tessera "PESCATORI")

- pesca sportiva, in acque dolci e di mare, esclusa la pesca subacquea;
- servizio di vigilanza svolto dalle Guardie Volontarie Ittico Ambientali effettuato per conto dell'Associazione Liberi Cacciatori per la Protezione Civile e/o Pubbliche Autorità e/o Enti Pubblici;
- attività di raccolta di tartufi e funghi e di caccia fotografica;
- attività di Protezione Civile organizzate dall'Associazione Liberi Cacciatori secondo le disposizioni delle competenti Autorità;
- prestazioni volte alla salvaguardia e incremento della fauna ittica, e quant'altro mirante al recupero, miglioramento e salvaguardia di ambienti destinati alla sua conservazione, incremento e riproduzione effettuate secondo le disposizioni delle competenti Autorità.

La garanzia non è operante se:

- a) se l'Assicurato non è in possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti, in particolare se non in possesso di regolare e valida licenza di pesca qualora sia richiesta per l'esercizio della stessa;
- b) se l'attività di pesca, o altra attività garantita, viene svolta con mezzi e modi non consentiti dalla legge, nonché in luoghi e periodi vietati e comunque non in conformità alle vigenti disposizioni di legge e regolamenti.

Esclusivamente per la categoria delle G.V.I.A. (Guardie Volontarie Ittico Ambientali) la garanzia si intende estesa agli infortuni che avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo in cui vengono svolte le attività sopra elencate e viceversa.

L'assicurazione non comprende gli infortuni occorsi durante gli spostamenti effettuati con qualsiasi mezzo di trasporto terrestre, aereo od acquatico, fatta eccezione, in quanto rientranti nella copertura, per i rischi derivanti dall'uso di imbarcazioni a remi per la pesca.

2.2 ESTENSIONE TERRITORIALE DELLA GARANZIA

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Resta convenuto che:

- l'accertamento di eventuali postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia;
- la garanzia di "inabilità temporanea" conseguente ad infortunio verificatosi in territorio extraeuropeo é valida soltanto per il periodo di degenza - documentata - in istituto di cura; permanendo lo stato di inabilità al rientro in Europa, questo deve essere comunicato alla Società entro tre giorni, pena la decadenza del diritto all'indennizzo corrispondente.

2.3 DECORRENZA DELLA GARANZIA E TERMINI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurato dichiara, ai fini dell'operatività della presente polizza, che il versamento del premio da parte di ciascun cacciatore assicurato non avviene contro rilascio di tessera a ricalco.

Si prende atto che il pagamento della quota di premio da parte di ciascun cacciatore avviene secondo la seguente procedura:

- l'associazione Contraente provvede a predisporre bollettini postali (del tipo in 2 sezioni) precompilati nello spazio relativo al beneficiario del versamento (l'associazione medesima) e con la seguente causale: **"Premio ass. resp. civ. anno 2024-2025"**;
- gli uffici periferici dell'associazione Contraente vengono dotati di bollettini sufficienti a far fronte alla rispettiva utenza;
- l'ufficio periferico consegna ai cacciatori istanti il bollettino di c.c.p. per il versamento; ciascun cacciatore deve quindi effettuare il versamento e mostrare la ricevuta di versamento all'ufficio periferico;
- l'ufficio provvede a rilasciare la polizza (tagliando) che il socio dovrà tenere nella licenza di caccia con la ricevuta del versamento; un tagliando viene invece trattenuto dall'ufficio, a riprova della corretta operazione di rilascio della tessera; il secondo tagliando dovrà comunque essere inoltrato alla sede centrale della Contraente, per i propri archivi;



- l'associazione (sede centrale), che sul proprio c/c postale riceve tutti i versamenti, comunica alla compagnia assicuratrice, entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, i nominativi degli iscritti, versando il corrispondente premio;
- le eventuali adesioni successive in corso di annualità assicurativa andranno contrattualizzate mediante appendici mensili riportanti i nominativi entrati, con contestuale pagamento del relativo premio secondo le modalità anzidette.

Il contratto ha efficacia dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

La garanzia assicurativa per ogni singolo Associato decorrere dalle ore 24.00 della data del timbro postale apposto sul c.c.p.

Le ricevute di versamento dovranno essere inviate alla Spett.le **SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI – AGENZIA DI ACIREALE – PIAZZA EUROPA N. 5 – 95024 ACIREALE (CT)**

3.0 CASI ASSICURABILI

3.1 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi.

L'indennizzo per il caso di Morte non é cumulabile con quello per invalidità permanente; 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, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

Qualora, a seguito di un infortunio, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 Cod. Civile.

Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato é vivo, la Società avrà diritto alla restituzione - entro 15 giorni dalla richiesta - della somma pagata.

3.2 INVALIDITA' PERMANENTE

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

A VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ

Il grado di invalidità è accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri secondo le tabelle INAIL di cui all'Allegato 1 al D.P.R. 1124 del 30/06/1965 in vigore al 31/12/1999.



L'afonia (perdita totale della voce) è indennizzata con il 30% della somma assicurata per invalidità permanente totale; la perdita parziale della voce non è indennizzabile.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

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

Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere, al massimo, il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'assicurato.

B LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

L'indennizzo per invalidità permanente è calcolato applicando una franchigia assoluta del 5%; pertanto la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità (X) è pari o inferiore alla franchigia (fr.) e liquida un indennizzo proporzionale al residuo grado di invalidità ($X - fr.$) se il grado di invalidità è maggiore.

C Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennizzo per l'invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

3.3 INABILITA' TEMPORANEA

DIARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO O DI TUTORI IMMOBILIZZANTI EQUIVALENTI

Qualora l'infortunio comporti applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, resi necessari da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose articolari clinicamente diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico (nel rischio si intende compreso anche l'immobilizzazione dovuta a rottura costole, rottura coccigee, rottura bacino e o simili).

La diaria per applicazione di apparecchio gessato è corrisposta secondo lo schema indicato nella classificazione delle tessere di cui al punto "8.0 SOMME ASSICURATE"



DIARIA PER DEGENZA IN ISTITUTO DI CURA

Se l'infortunio rende necessario il ricovero in istituto di cura, per tutte le forme di copertura "BASE", "SPECIALE" "EXTRA" – "EXTRA PLUS" - e "PESCATORI", la Società corrisponde la diaria assicurata per ogni pernottamento secondo lo schema indicato nella classificazione delle tessere di cui al punto "8.0 SOMME ASSICURATE"

Si prende atto che le diarie non sono cumulabili tra loro.

3.4 RIMBORSO SPESE DI CURA

In caso di infortunio la Società rimborsa - fino alla concorrenza del massimale assicurato - le spese effettivamente sostenute per :

- trasporto in ambulanza, elisoccorso o altro mezzo di trasporto, dal luogo dell'infortunio al luogo ove vengono prestate le prime cure;
- eventuali ticket, pubblici o privati dell'avvenuto infortunio
- tutte le spese sostenute dell'avvenuto infortunio
- Franchigia fissa Euro 100,00 (cento /00)

4.0 RISCHI ASSICURATI

4.1 RISCHI ASSICURATI

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

- a) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- b) atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- c) movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe e uragani, entro i limiti del punto 4.2 e a condizione che il contratto abbia durata non inferiore ad un anno.

Inoltre, l'assicurazione comprende:

- d) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- e) l'asfissia non dipendente da malattia;
- f) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze
- g) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo;



h) le conseguenze (con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari) obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali.

4.2 EVENTI CATASTROFICI (la garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore a un anno).

L'assicurazione vale per gli infortuni causati da terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe, uragani, ma per la metà delle somme indicate in contratto e per un massimo comunque di € 125.000,00 per persona per ciascun caso di morte ed invalidità permanente totale.

Inoltre se più Assicurati con la presente polizza fossero coinvolti in un medesimo evento, l'esborso massimo della Società non potrà superare l'importo di € 1.500.000,00; se gli indennizzi spettanti complessivamente eccedessero tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti.

Gli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, trombe, uragani, verificatisi fuori dai confini degli stati d'Italia, di San Marino, del Vaticano sono indennizzati senza tener conto dei limiti sopra indicati.

5.0 DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

5.1 ESCLUSIONE

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) guerra ed insurrezione in genere;
- b) stato di ubriachezza; uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- c) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio;
- d) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- e) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine; regate oceaniche; sci estremo).

Sono comunque esclusi:

- g) l'infarto e le ernie non traumatiche.

5.2 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone che non sono in possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti (se "cacciatore" della licenza di caccia o di attività di cattura temporanea e inanellamento ex art. 4 L.N. 157/92, ovvero se "pescatore" di regolare e valida licenza di pesca qualora richiesta per l'esercizio della pesca), o che pur in possesso dei predetti requisiti di Legge siano affette da mutilazioni gravi o da malattie gravi quali: apoplezia, epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcolismo. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società a richiesta del Contraente.

5.3 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 esente da menomazioni preesistenti, di qualsiasi origine e tipologia, 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 menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente, le percentuali di cui al punto 3.2. sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

5.4 LIMITI DI INDENNIZZO

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare per la somma complessiva di € 3.000.000,00, intendendosi proporzionalmente ridotti gli indennizzi per ciascun assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano l'importo predetto.

Per le calamità naturali l'esborso massimo in caso di sinistro è quello previsto al punto 4.2.

6.0 DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

6.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Entro quindici giorni dalla data del sinistro deve esserne dato avviso all'Associazione Liberi Cacciatori o all'Agenzia a cui è assegnata la polizza a mezzo posta, fax o comunicazione telefonica al numero 095/7647121 (da confermare a mezzo posta o fax), secondo quanto stabilito dagli artt. 1913, 1915 e 1910 del C.C..



La denuncia dell'infortunio deve contenere: descrizione dell'incidente, luogo, giorno, ora, cause che lo determinarono; essa deve essere corredata dal certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa - anche parziale - dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

In caso di inabilità temporanea i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Per il rimborso delle spese di cura devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notule, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la documentazione medica relativa. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'Ente pubblico o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

Per le spese sostenute all'estero si rinvia al punto 6.2.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono:

- consentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso;
- autorizzare la Società, secondo le disposizioni della legge 675/96, al trattamento dei dati di cui venga in possesso per la finalità di accertamento e di liquidazione del sinistro.

6.2 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Ricevuta la necessaria documentazione, la Società liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il rimborso di spese di cura effettuate all'estero verrà eseguito al cambio medio desunto dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi - della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

6.3 ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

L'Assicurato, qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia, può richiedere un anticipo sul pagamento dell'indennizzo nei seguenti casi:



A) INVALIDITÀ PERMANENTE

Trascorsi 90 giorni dalla guarigione clinica e se la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Società in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%, potrà essere corrisposto all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base al presumibile indennizzo definitivo.

B) INABILITÀ TEMPORANEA

A guarigione clinica avvenuta la Società, in base alla documentazione acquisita, potrà corrispondere all'Assicurato l'indennizzo maturato fino al momento della richiesta.

6.4 TUTELA DELL'AVVENNUTA RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato, o, in caso di morte, i beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di risarcimento dei danni per responsabilità civile, l'indennità viene computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

6.5 CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZA DELLE LESIONI

In caso di divergenza sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente o sulla durata e pertinenza dell'inabilità temporanea e delle spese di cura, si procederà mediante arbitrato di un Collegio Medico, i cui due primi componenti saranno designati dalle Parti e il terzo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla 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. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

7.0 ALTRE NORME

7.1 ESONERO DALLA DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI SOTTOSCRITTE DAGLI ASS.TI

Il Contraente è esonerato dal denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio con altre o con la sottoscritta Compagnia.



7.2 ESONERO DELLA DENUNCIA DI INFERMITÀ

Il Contraente è esonerato dal denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute. E tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo i "criteri di indennizzabilità" stabiliti dal punto 5.3.

8.0 SOMME ASSICURATE

La Società Reale Mutua di Assicurazioni assicura per ogni associato alla Contraente una delle seguenti forme di copertura assicurativa:

TESSERA "BASE" DENOMINATA TESSERA "A"

- € 100.000,00 Morte
- € 90.500,00 Invalidità Permanente (franchigia 5% assoluta)
- € 30,00 Diaria per Degenza in istituto di cura (a partire dal quarto giorno e con il massimo di 45 gg.)
- € 25,00 Diaria per applicazione di apparecchio gessato, tutore e/o simili
(a partire dal quarto giorno e con il massimo di 35 gg.)
- € 516,00 Rimborso Spese di cura (franchigia assoluta di Euro 100,00)
 - eventuali ticket, pubblici o privati dell'avvenuto infortunio
 - tutte le spese sostenute dell'avvenuto infortunio entro il limite del massimale assicurato
 - Franchigia fissa Euro 100,00 (cento /00)

Tessera "SPECIALE" DENOMINATA TESSERA "B"

- € 150.000,00 Morte
- € 95.000,00 Invalidità Permanente (franchigia 5% assoluta)
- € 40,00 Diaria per Degenza in istituto di cura (a partire dal quarto giorno e con il massimo di 45 gg.)
- € 35,00 Diaria per applicazione di apparecchio gessato, tutore e/o simili
(a partire dal quarto giorno e con il massimo di 45 gg.)
- € 1000,00 Rimborso Spese di Cura (franchigia assoluta di Euro 100,00)
 - eventuali ticket, pubblici o privati dell'avvenuto infortunio
 - tutte le spese sostenute dell'avvenuto infortunio entro il limite del massimale assicurato
 - Franchigia fissa Euro 100,00 (cento /00)



Tessera “EXTRA” DENOMINATA TESSERA “C”

- € 200.000,00 Morte
- € 125.000,00 Invalidità Permanente (franchigia 5% assoluta)
- € 50,00 Diaria per Degenza in istituto di cura (a partire dal quarto giorno e con il massimo di 60 gg.)
- € 45,00 Diaria per applicazione di apparecchio gessato, tutore e/o simili
(a partire dal quarto giorno e con il massimo di 60 gg.)
- € 1500,00 Rimborso Spese di Cura (franchigia assoluta di Euro 100,00)
 - eventuali ticket, pubblici o privati dell’avvenuto infortunio
 - tutte le spese sostenute dell’avvenuto infortunio entro il limite del massimale assicurato
 - Franchigia fissa Euro 100,00 (cento /00)

RISCHI DEL CANE DENOMINATA TESSERA “D”**13.0 SOMME ASSICURATE RISCHI DEL CANE**

La Società Reale Mutua di Assicurazioni assicura per ogni “CACCIATORE” associato alla Contraente una delle seguenti forme di copertura assicurativa:

“D” EXTRA

- € 1.000,00 massimo indennizzo € 1.000,00 (franchigia frontale € 100,00)
- € 150,00 per le spese veterinarie in caso di infortunio durante l’esercizio venatorio.

RISCHI DEL CANE DENOMINATA TESSERA “D”**“D” EXTRA PLUS**

- € 1.000,00 Massimo indennizzo per singolo cane € 1.000,00
(franchigia frontale per ogni sinistro € 100,00)
- € 150,00 per le spese veterinarie in caso di infortunio durante l’esercizio venatorio.
- € 2.500,00 massimo indennizzo, qualora in occasione di un medesimo evento restassero morti o feriti più cani di proprietà del medesimo tesserato;
- € 400,00 per spese veterinario in caso di infortunio durante l’esercizio venatorio.

Si precisa che la copertura Rischi Cane DENOMINATA TESSERA “D” può essere venduta al Socio solo ed unicamente in abbinamento alla TESSERA “C”

Tessera “PESCATORI”

€ 26.000,00 Morte

€ 52.000,00 Invalidità Permanente (franchigia assoluta 5%)

€ 26,00 Diaria per Degenza in istituto di cura (a partire dal settimo giorno e con il massimo di 30 gg.)

€ 16,00 Diaria per applicazione di apparecchio gessato (a partire dal settimo giorno e con il massimo di 30 gg.)

Il Contraente

La Società

SOCIETA' REALE MUTUA DI
ASSICURAZIONI



Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 C.C. il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni seguenti riportate nelle Condizioni di Assicurazione: art. 1.1. Altre assicurazioni – Facoltà di recesso dal contratto dopo ogni denuncia di infortunio – Durata dell'assicurazione – Foro competente; art. 2.0 Persone non assicurabili; art. 5.4 Limiti di indennizzo.

Il Contraente

IL PREMIO È STATO INCASSATO IL 11/06/2024 IN ACIREALE

SOCIETA' REALE MUTUA DI
ASSICURAZIONI

