

CONDIZIONI PARTICOLARI ALLA POLIZZA INFORTUNI P.G.S. N° 8440**1) CONTRAENTE**

P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane con sede in Roma, Via Marsala 42 - 00185

2) ASSICURATO

Tutti i tesserati P.G.S.

3) DURATA DELLA CONVENZIONE

Anni UNO a partire dalle ore 24 del 31.08.08 e sino alle ore 24 del 31.08.09

4) DURATA DELLA ASSICURAZIONE

Dalle ore 24 del giorno di rilascio del tesserino risultante dal timbro apposto dal Comitato Regionale o, comunque, dalla data di iscrizione P.G.S. dimostrata dal Contraente con documentazione probante, purché il premio anticipato di convenzione sia stato pagato e sino alle ore 24 del giorno di scadenza della presente Convenzione

5) SOMME E/O MASSIMALI ASSICURATI -

€. 26.000,00 per il Caso Morte

€. 26.000,00 per il Caso Invalidità Permanente Assoluta (Franchigia Fissa 4%)

€ 5,00 per indennità giornaliera perricovero ospedaliero a seguito di infortunio

€. 520,00 per rimborso delle spese mediche (Franchigia Fissa € 50,00), di cui € 100,00 per il trasporto in ambulanza e simili.

6) PREMIO LORDO

Per ogni tesserato P.G.S. € 2,00 (compresa tassa del 2.5%)

Per ogni tesserato P.G.S. che svolge attività di ARBITRO € 2,60 (compresa tassa del 2.5%)

Il Contraente versa a titolo di anticipazione € 700,00

7) PAGAMENTO DEL PREMIO E REGOLAZIONI

Il pagamento del premio anticipato e dei conguagli deve essere effettuato alla Società CARIGE Assicurazioni tramite la Janua B&A S.p.A Via XX Settembre 33/1 - Genova - che gestisce la polizza. Il premio delle singole polizze costituenti la Convenzione è soggetto a conguaglio in funzione del numero delle tessere rilasciate dai Comitati Regionali P.G.S.. La Contraente fornirà alla Società CARIGE Assicurazioni tramite la Janua Caer S.p.A. - Via XX Settembre 33/1-, entro il 31/12 di ogni anno, i tabulati dei tesserati per il periodo dal 01/09 al 31/12. A fine anno associativo (31/08) e comunque entro il 30/09, il Contraente fornirà i tabulati consuntivi con i tesserati per il periodo dal 31/12 al 31/08. La Compagnia, in base a tali elenchi, procederà alle emissioni di appendici di Regolazione Premio rispettivamente per i tesserati del periodo dal 31/08 al 31/12 (rimborsando il premio anticipato) e per i tesserati nel periodo dal 31/12 al 31/08 di ogni anno. E' stabilito che i suddetti tabulati e/o elenchi devono contenere inseguenti dati:

- numero progressivo
- cognome e nome del tesserato
- numero tessera PGS
- data del rilascio

Si conviene che il Contraente si obbliga ad elencare ed a richiedere l'assicurazione di tutti i tesserati PGS.

Il Contraente é tenuto ad effettuare il pagamento del conguaglio entro i 30 giorni successivi a quello in cui ne riceve la comunicazione. La garanzia per i nuovi iscritti decorre dalle ore 24 della data di rilascio della tessera.

8) NORMA TRANSITORIA

Preso atto di quanto segue:

- che i rinnovi dei tesseramenti P.G.S. iniziano il 1 Settembre di ogni anno e che la distribuzione delle tessere avviene nell'arco dei 30/60 giorni successivi;
- che le garanzie della presente polizza cessano per tutti i tesserati alla fine dell'anno sociale P.G.S. e cioè il 31/08 di ogni anno e iniziano dalla data di rilascio della tessera.

Tutto ciò premesso per evitare che per i tesserati che rinnovano l'iscrizione vi sia un periodo di scopertura, dal 31/08 al giorno del rilascio della nuova tessera, si conviene di mantenere operanti le garanzie in questi periodi purché gli associati dimostrino:

- di essere stati tesserati P.G.S. nell'anno precedente;
- di aver espresso la volontà di rinnovare la tessera in data antecedente al sinistro.

Questa Norma transitoria è valida per 60 giorni e cioè dal 31/08 al 30/10 di ogni anno e semprechè l'associazione P.G.S. abbia rinnovato e pagato il premio della presente polizza.

9) OGGETTO DELLA COPERTURA

La presente garanzia assicura gli iscritti P.G.S. per le somme indicate al punto 5) esclusivamente contro gli infortuni subiti dagli assicurati durante le gare e gli allenamenti a cui il P.G.S. partecipa od organizza, nonché le attività istituzionali del P.G.S.

La garanzia comprende gli infortuni determinati da:

- malore, vertigini o incoscienza;
- imprudenza o negligenza grave;
- influenze termiche ed atmosferiche;
- e quelli derivanti da aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico o sociale.

La garanzia viene estesa agli infortuni subiti durante i viaggi e trasferimenti collettivi, con automezzi pubblici e/o privati, per le gare, gli allenamenti e le attività istituzionali organizzate dalle P.G.S.

Le garanzie della presente polizza, per Tesserati P.G.S. che svolgono l'attività di ARBITRI, devono intendersi estese ai viaggi di trasferimento, effettuati sia in forma collettiva che individuale, con l'uso di ordinari mezzi di trasporto pubblico, nonché con l'uso e la guida di autoveicoli e motocicli privati, unicamente però connessi con lo svolgimento dell'attività arbitrale per conto e con ordine di servizio delle P.G.S.

10) - INDENNITA' GIORNALIERA

A deroga di quanto indicato nelle condizioni generali di assicurazione, si prende atto che, se l'infortunio comporta il ricovero in ospedali, cliniche o case di cura, CARIGE Assicurazioni, corrisponde per ogni giorno di ricovero la somma assicurata indicata al punto 5) "SOMME E/O MASSIMALI ASSICURATI".

Tale indennità verrà corrisposta al termine del ricovero e previa presentazione di idonea documentazione, per un periodo massimo di 100 giorni per ogni infortunio, a partire dal giorno successivo a quello del ricovero.

11) RIMBORSO SPESE MEDICHE

Per quanto riguarda la garanzia "RIMBORSO SPESE MEDICHE si precisa che La Società assicuratrice assicura il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle spese farmaceutiche

nonché le rette di degenza conseguenti ad un evento considerabile come infortunio a norma delle condizioni generali di assicurazione:

- il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'Assicurato, dei documenti giustificativi in originale;
- la denuncia dell'infortunio, anche agli effetti del presente articolo, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste; in caso di ritardata denuncia non vengono rimborsate le spese relative al periodo anteriore al giorno della denuncia stessa;
- la domanda per il rimborso delle spese, corredata dai documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il 60° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza;
- sono comprese le spese di trasporto della persona infortunata all'Ospedale o Pronto Soccorso e viceversa fino ad un massimo di €.100,00 per ogni infortunio; il pagamento dell'indennizzo viene effettuato su presentazione di documento attestante la spesa sostenuta;
- nel Rimborso Spese Mediche si comprendono anche :
 1. le protesi dentarie ed ogni altra protesi, resa necessaria sempre a seguito di infortunio, nel limite del massimale assicurato
 2. le spese per l'acquisto di lenti ed occhiali, sempreché previsto dal medico curante a seguito di infortunio con menomazione della vista, fino al limite di €. 150,00 per infortunio;
 3. le spese per l'acquisto e/o l'affitto di materiale necessario all'infortunato per un corretto decorso dell'infortunio (ad es. stampelle, busti ortopedici, sedia a rotelle, ecc.) nel limite del massimale assicurato.

FRANCHIGIA:

Il rimborso verrà effettuato previa detrazione dell'importo di €. 50.00 per ogni denuncia di sinistro relativa a ciascun Assicurato.

Per gli assicurati che abbiano compiuto il 75° anno di età la franchigia si intende elevata ad € 100,00

12)FRANCHIGIA SU INVALIDITA PERMANENTE

A parziale deroga di quanto disposto dalle norme che regolano l'assicurazione, è stabilito che non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 4% della totale.

Se l'invalidità Permanente supera il 4%. della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Per gli assicurati che abbiano compiuto il 75° anno di età la franchigia si intende elevata all' 8%.

13)ESCLUSIONI

A deroga di quanto indicato nelle Condizioni generali di assicurazione si prende atto che sono esclusi:

- gli infortuni derivanti dalla guida ed uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei, pure di autoveicoli e motoveicoli (se non diversamente pattuito);
- gli infortuni dovuti ad ingestione od assorbimento di sostanze, le ernie, le conseguenze di sforzi muscolari così come quelli sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'influsso di sostanze stupefacenti ;
- le conseguenze derivanti da punture di insetti e da morsi di rettili;
- gli avvelenamenti e le ingestioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione corporale obiettivamente constatabile;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche e di trattamenti non resi necessari da Infortunio e delle pratiche riguardanti la cura della propria persona;
- sport aerei in genere.

14) LIMITI DI RISARCIMENTO

In caso di sinistro che coinvolga più persone., la Società non sarà tenuta a risarcire somma superiore a € 500.000,00 (CINQUECENTOMILA).

15) DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI

Ad integrazione delle Condizioni generali di assicurazione , si precisa che in caso di sinistro deve essere fatta denuncia scritta indirizzata al Broker Janua B&A S.p.A: - Via XX Settembre 33/1 – 16121- GENOVA - entro 5 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Circolo P.G.S. o gli aventi diritto dell'assicurato ne hanno avuto conoscenza.

La denuncia di Infortunio del Tesserato P.G.S. dovrà riportare gli estremi delle registrazioni di tesseramento dell'assicurato.

In caso di sinistro mortale o di notevole gravità, la denuncia deve essere preceduta da telegramma.

Alla denuncia, compilata con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinano, corredata di certificato medico, deve seguire mensilmente l'invio dei referti medici sul decorso e sulle conseguenze delle lesioni, l'assicurato inoltre deve sottoporsi agli accertamenti e controlli eventualmente disposti dalla Compagnia di Assicurazione..

Se il sinistro interessa anche la garanzia INDENNITA' DA RICOVERO il referto medico dovrà attestare anche la necessità del ricovero e, l'assicurato, al termine del ricovero, dovrà produrre copia della cartella clinica più eventuali ricevute di spese in originale.

16)- PROROGA TERMINE DI PAGAMENTO

In mancanza di disdetta data da una delle parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova per un anno e così successivamente.

A deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il termine di rispetto per il pagamento delle rate successive alla prima viene portato a 45 giorni.