

VADEMECUM ASSICURATIVO

Guida pratica riassuntiva
(EDIZIONE PER ANNUALITÀ 2018)



Contraente:

CGS CINECIRCOLI GIOVANILI SOCIOCULTURALI

Via Marsala, 42 – 00185 Roma (RM)

IMPORTANTE

In questo Vademecum sono state riassunte le principali caratteristiche delle polizze in corso, riepilogando in modo sintetico e non esaustivo gli ambiti di operatività delle tutele prestate. Per una più approfondita e corretta analisi delle singole garanzie, limitazioni ed esclusioni, rimandiamo sempre alle Condizioni Generali dei singoli contratti.

Vi esortiamo a contattarci per qualsiasi esigenza di carattere informativo sulle garanzie di polizza, sugli aspetti procedurali e sulla gestione dei sinistri. Siamo sempre a Vostra completa disposizione per ogni eventuale approfondimento e necessità.

SOMMARIO

- 1) POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI
- 2) POLIZZA INFORTUNI
- 3) MODALITÀ DI GESTIONE DEI SINISTRI

tramite

PCA S.p.A.
Insurance and Reinsurance Brokers
ex s.s.10 per Alessandria, 6/a
15057 Tortona (AL)
Tel +39 0131 87.25.11

1) POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

La Società si obbliga a tenere indenne Ente Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi derivanti all'Ente contraente dalla gestione e/o esercizio di tutte le attività istituzionali e/o comunque promosse. A titolo esemplificativo e non limitativo, sono comprese nella garanzia: le attività (in Italia) del Consiglio Nazionale CGS, dei Comitati Regionali CGS, dei singoli Circoli CGS e dei singoli tesserati, per l'organizzazione e l'esercizio delle attività svolte dalle CGS, compresa la conduzione dei circoli e l'organizzazione di stand.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Ente Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

Si ribadisce pertanto che la polizza opera esclusivamente in presenza di responsabilità da parte dell'Assicurato.

MASSIMALI DI POLIZZA

Le garanzie della presente polizza si intendono prestate per i seguenti massimali:

RCT: € 1.500.000,00 unico;

con Sottolimito per singolo tesserato di € 100.000,00;

NON SONO CONSIDERATI TERZI

a) Il coniuge, i genitori ed i figli dell'Assicurato;

b) Quando l'Assicurato non sia persona fisica, il Legale rappresentante, i Soci a responsabilità illimitata, gli Amministratori e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lettera a);

c) Le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscono il danno in occasione di lavoro o di servizio; i subappaltatori ed i loro dipendenti, nonché tutti coloro che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato, subiscono il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'assicurazione

2) POLIZZA INFORTUNI

Con questa copertura la Società corrisponde un indennizzo in caso di infortunio, indipendentemente dal fatto che esista una Responsabilità Civile del Contraente.

L'assicurazione viene prestata per gli infortuni che potessero occorrere ai tesserati CGS in relazione alla gestione ed esercizio di tutte le attività istituzionali e/o comunque promosse dall'Ente stesso

Si precisa che, in particolare, per gli spettacoli organizzati e/o promossi dalle CGS la copertura assicurativa è operante anche entro 1 ora successiva dal termine dello spettacolo visionato per il ritorno alla propria abitazione previa presentazione di adeguata documentazione o biglietto d'ingresso ove previsto.

La garanzia è estesa alla guida di autovetture a condizione che gli assicurati siano in possesso della prescritta e valida patente di guida e che tale guida sia esclusivamente ai fini ed in occasione della partecipazione e svolgimento delle attività. Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- j) gli infortuni dipendenti da punture di insetti e morsi di animali e di rettili (esclusa la malaria e le malattie in genere).

GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA	
GARANZIE	CAPITALI
Morte da infortunio	€ 30.000,00
Invalidità Permanente da infortunio	€ 30.000,00
Trasporto in ambulanza e simili	€ 154,93
Rimborso Spese mediche da infortunio	€ 2.582,28
Indennità giornaliera da ricovero	€ 5,16

FRANCHIGIE INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

- franchigia 3% che viene eliminata se l'invalidità supera il 10%

3) MODALITA' DI GESTIONE DEI SINISTRI E MODULI DI DENUNCIA

GESTIONE SINISTRI RESPONSABILITÀ CIVILE (RCT / RCO)

Per la gestione di questi sinistri occorre trasmettere a PCA una segnalazione tramite apposito modulo (anche a mezzo e-mail) contenente i dati fondamentali dell'evento:

- Richiesta danni che vi è stata trasmessa dal danneggiato
- Descrizione dell'evento
- Data
- Danneggiato
- Luogo accadimento
- Nominativo del danneggiato

La predetta denuncia deve essere indirizzata alla Sig.ra Francesca Arona (Francesca.Arona@pcabroker.com - tel: 0131/872504) che si occuperà delle Vostre pratiche. E' necessario tenere informata PCA su ogni sviluppo successivo alla denuncia che dovesse pervenire in relazione alla pratica denunciata (ad es. atti di citazione, querele, documentazione fotografica, rivalse INAIL, ecc...).

GESTIONE SINISTRI INFORTUNI

Per la gestione di questi sinistri occorre trasmettere a PCA una segnalazione tramite apposito modulo (anche a mezzo e-mail) contenente i dati fondamentali dell'evento:

- Certificato del pronto soccorso o in assenza di questo, primo certificato medico
- Descrizione dell'evento
- Data
- Luogo accadimento
- Eventuali certificati medici già pervenuti

La predetta denuncia deve essere indirizzata alla Sig.ra Francesca Arona (Francesca.Arona@pcabroker.com - tel: 0131/872504) che si occuperà delle Vostre pratiche.

Fermo restando la nostra completa disponibilità nei Vostri confronti tutti i giorni durante l'orario di ufficio, evidenziamo che il nostro Ufficio Sinistri fornisce anche un servizio di assistenza telefonica ai Terzi Danneggiati che subiscono un danno presso le Vostre strutture e vogliono conoscere lo stato delle loro pratiche.

Il tutto con i seguenti orari e referenti:

SOGGETTI DEDICATI	ORARI
CGS	Dal LUNEDI' al VENERDI' 08:30 – 12:30 e 14:00 – 18:00
TERZI DANNEGGIATI	MERCOLEDI' 09:00 – 12:00 e 14:00 – 16:30 VENERDI' 09:00 – 12:00

SINISTRI INFORTUNI

Francesca Arona
TEL : 0131/872504

SINISTRI RCT/RCO

Francesca Arona
TEL : 0131/872504

MODULO PER DENUNCIA SINISTRO RCT/RCO
Data e luogo di compilazione:

ISTITUTO – ENTE – OPERA					
DANNEGGIATO: (nome – cognome):					
SE MINORE NOMINATIVO GENITORE:					
INDIRIZZO DANNEGGIATO					
CAP		CITTA'		TEL.	

DESCRIZIONE DEL MODO IN CUI E' AVVENUTO IL SINISTRO RCT/O

DATA: _____ ORA: _____ LUOGO: _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- Certificato medico di Pronto Soccorso
 Cert. Medici
 lettera di legale
 Fatture/ricevute
 Richiesta danni
 Foto
 Altro

OSSERVAZIONI: _____
(testimoni dell'evento,
primi soccorsi...)

FIRMA

TIMBRO DELL'ISTITUTO SCOLASTICO FIRMA DEL DIRIGENTE

MODULO PER DENUNCIA INFORTUNIO

Data e luogo di compilazione:

ISTITUTO – ENTE – OPERA			
ASSICURATO (nome – cognome):			
SE MINORE NOMINATIVO GENITORE:			
QUALIFICA <input type="radio"/> RELIGIOSO <input type="radio"/> ORATORIANI <input type="radio"/> UTENTI <input type="radio"/> DIPENDENTI E COLLABORATORI NON SCOLASTICI <input type="radio"/> ALLIEVI <input type="radio"/> DIPENDENTI E COLLABORATORI SCOLASTIVI <input type="radio"/> CONVITTORI E SEMICONVITTORI			
INDIRIZZO ASSICURATO			
CAP		CITTA'	
			DATA DI NASCITA
TEL.		CELL.	
			MAIL

DESCRIZIONE DEL MODO IN CUI E' AVVENUTO L'INFORTUNIO

DATA: _____ ORA: _____ LUOGO: _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- Certificato medico di Pronto Soccorso Cert. Medici lettera di legale
- Fatture/ricevute Altro

OSSERVAZIONI: _____
(testimoni dell'evento,
primi soccorsi...)

FIRMA

FIRMA DELL'ASSICURATO(se minore del genitore)
 DIRIGENTE

TIMBRO DELL'ISTITUTO SCOLASTICO FIRMA DEL