

**AGESCI**

**Assicurazioni 2008**

**Guida per i Gruppi**

La nuova polizza si applica ai sinistri che si dovessero verificare dalle ore 24 del 30.9.2007 in poi.  
Ai sinistri che si sono verificati prima di tale data restano applicabili le polizze precedenti.

Qui di seguito trovate tutti i materiali relativi alla polizza 2007/2008.

Restano pubblicati sul sito [www.agesci.org](http://www.agesci.org) nella cartella "Vita di gruppo", i files relativi alla polizza in vigore in precedenza.

**ASSICURAZIONI 2008**  
**Per informazioni tel. 06/68166222 fax 06/68166236**  
**email: [assicura@agesci.it](mailto:assicura@agesci.it)**

**Contatti:**

**Agesci**

- Gabriella Valdroni
- Piazza Pasquale Paoli 18 00186 Roma
- tel 06/68166222
- fax 06/68166236
- email: [assicura@agesci.it](mailto:assicura@agesci.it)

**ARA – Attività e Rappresentanze Assicurative**

- Giorgio Maggioncalda
- Via Brigata Liguria 105R/5 16121 Genova
- tel. 010/544371
- fax 010/5959498
- email: [g.maggioncalda@arasrl.it](mailto:g.maggioncalda@arasrl.it)

**Informazioni generali**

**la polizza completa è sul sito**

|

L'AGESCI ha stipulato una polizza Multirischi che comprende - **Infortuni e Responsabilità civile verso terzi** - e che garantisce gli associati durante le loro attività svolte in ambito Agesci.

**PRESENTAZIONE TABELLA LESIONI**

La tabella Lesioni introduce nella polizza Multirischi A.G.E.S.C.I. un concetto nuovo nella valutazione, quantificazione degli indennizzi in caso di infortunio.

E' un metodo innovativo rispetto al tradizionale sistema di valutazione che, considera come evento indennizzabile la lesione e non più i postumi di invalidità permanente.

La tabella prevede una gamma completa di Lesioni per ognuna delle quali è stabilito un valore di indennizzo dovuto in caso di sinistro, comprende altresì numerose lesioni che, con la valutazione della tradizionale Invalidità Permanente, non verrebbero risarcite per l'applicazione della franchigia.

Il sinistro indennizzabile è rappresentato dalla lesione diretta conseguente ad evento fortuito, violento ed esterno, quindi risarcimenti immediati indipendenti dalle valutazioni postume sulle conseguenze.

Le voci inserite nella tabella, definite con l'ausilio di medici legali, hanno un'origine precisa nell'ambito della traumatologia sportiva, comprendendo tutti gli eventi statisticamente verificatisi nell'ambito delle attività organizzate dall'A.G.E.S.C.I. e riconducendo gli stessi nelle voci di lesione.

## Polizza Infortuni

L'infortunio è un evento generato da causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili che determinano la morte, un'invalidità permanente e la necessità di cure mediche. Tale evento deve verificarsi *durante le attività scout*.

Sono compresi anche tutti gli spostamenti, comunque effettuati, per il tragitto "domicilio del socio - luogo attività" e viceversa.

### **✘ Sono escluse dalla copertura assicurativa le seguenti attività:**

1. la pratica di paracadutismo;
  2. le immersioni subacquee con uso di autorespiratore;
  3. salto dal trampolino con gli sci, bob;
  4. pugilato;
  5. deltaplano,;
  6. sport aerei in genere;
  7. l'alpinismo con scalata di rocce di grado oltre il 3° della Scala U.I.A.A.;
  8. l'arrampicata oltre il 3° grado;
  9. la speleologia
- per i punti 7, 8, 9, vedere il capitolo intitolato: Estensione attività non comprese in polizza

## Polizza Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)

La polizza RCT assicura tutti gli associati che operano nell'ambito AGESCI per eventuali richieste di risarcimento ai danni provocati a terzi.

I soci agesci sono considerati terzi tra loro.

# **NORME DA SEGUIRE IN CASO DI LESIONE CONVENZIONE A.G.E.S.C.I**

IN CASO DI LESIONE PREVISTA DALLA TABELLA DI POLIZZA A CONVENZIONE A.G.E.S.C.I. COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO RACCOMANDATA POSTALE CON RICEVUTA DI RITORNO ENTRO 30 GIORNI DALL'EVENTO STESSO A :

**A.R.A. – ATTIVITA' E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l.**  
**Via Brigata Liguria 105 r - int. 5 – 16121 GENOVA**

## **ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA COMPILATO IN OGNI SINGOLA VOCE:**

- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DLgs 196/2003 PER LA SOCIETA' A.R.A. SRL (SOCIETA' INCARICATA DALLA ZURICH INSURANCE COMPANY S.A. ALLA GESTIONE DEI SINISTRI)
- FOTOCOPIA DEL PRIMO CERTIFICATO MEDICO DA CUI DOVRA' RISULTARE LA DIAGNOSI, LA PROGnosi, E L'EVENTUALE CONFEZIONAMENTO DI APPARECCHI ORTOPEDICI IMMOBILIZZANTI
- FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE (NEL CASO NON SIA STATO INDICATO PER ISCRITTO SUL MODULO DI DENUNCIA)
- ACCERTAMENTO RADIOLOGICO E RELATIVO REFERTO DAI QUALI DOVRA' RISULTARE L'IDENTITA', LA DATA DI EFFETTUAZIONE DELL'INDAGINE E IL TIPO DI LESIONE PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO.
- COPIA CONFORME CARTELLA CLINICA (PER LE LESIONI IL CUI RIMBORSO E' SUBORDINATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO)
- FOTOCOPIA DELL'EVENTUALE VERBALE REDATTO DALL'AUTORITA' INTERVENUTA SUL LUOGO DEL SINISTRO
- FATTURE, TICKETS SANITARI, COMPROVANTI EVENTUALI SPESE MEDICHE SOSTENUTE

N.B. : ANCHE PER LE LESIONI PARTICOLARI CONTENUTE NELLA CONVENZIONE E VERIFICATE SI ENTRO 60 GIORNI DALL'EVENTO OCCORRE INVIARE LA DOCUMENTAZIONE SOPRA DESCRITTA.

PER I CASI DI LESIONI LEGAMENTOSE L'INDENNIZZO A TERMINI DI POLIZZA E' PREVISTO ESCLUSIVAMENTE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO EFFETTUATO ENTRO SEI MESI DAL PRODURSI DELL'EVENTO STESSO.

PER LA ROTTURA DEI DENTI SI INTENDE LA PERDITA DI ALMENO 1/3 DEL TESSUTO DURO DI DENTE DECIDUO (SONO ESCLUSE LE LESIONI DEL TESSUTO PARADONTALE E DEI DENTI MOLLII) PER L'ACCERTAMENTO DEL CASO E' RICHIESTA LA DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA.

## **\*\*\* ATTENZIONE \*\*\***

**IN MANCANZA DELLA DOCUMENTAZIONE SOPRA EVIDENZIATA NECESSARIA AD UNA CORRETTA VALUTAZIONE DELLA LESIONE RIPORTATA NON SARA' POSSIBILE DARE CORSO ALLA PRATICA**

## **DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO (OLTRE A QUELLA NORMALMENTE PREVISTA PER L'INFORTUNIO)**

- CERTIFICATO DI MORTE (IN ORIGINALE)
- STATO DI FAMIGLIA STORICO (IN ORIGINALE)
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA' AI FINI SUCCESSORI
- VERBALI AUTORITA' INTERVENUTE
- CARTELLA CLINICA E COPIA REFERTO AUTOPTICO O CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LE CAUSE CLINICHE CHE HANNO PROVOCATO IL DECESSO
- EVENTUALI DICHIARAZIONI DI TERZI PRESENTI AL FATTO
- EVENTUALI ARTICOLI DI STAMPA

**INVIARE DOCUMENTAZIONE RACCOLTA ALLA**  
**A.R.A. – ATTIVITA' E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE SRL**

**PER OGNI DUBBIO CHE DOVESSE INSORGERE, L'INFORTUNATO POTRA' RIVOLGERSI ALLA :**

**A.G.E.S.C.I. Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani**  
**Tel. 06/68166222 - Fax 06/68166236 o e-mail: [assicura@agesci.it](mailto:assicura@agesci.it)**

**A.R.A. – ATTIVITA' E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.R.L.**  
**CALL CENTER 010/5443871 – 010/5443851-852 - Fax 010/5959468**

# MODULO DENUNCIA LESIONI CONVENZIONE A.G.E.S.C.I.

( DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

## DATI ANAGRAFICI DELL' INFORTUNATO

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ COMUNE: \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_ INDIRIZZO E-MAIL : \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ COD. FISCALE DELL'INFORTUNATO \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CATEGORIA ASSICURATO :  SOCIO GIOVANE  SOCIO ADULTO  NUOVO SOCIO  OSPITE  VOLONTARIO

NUMERO PERSONALE CENSIMENTO \_\_\_\_\_

### IN CASO DI MINORE INDICARE

PATERNITA' : \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

MATERNITA' \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

## ESTREMI SULL'INFORTUNIO

DATA E ORA LESIONE \_\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE HANNO PROVOCATO L'INFORTUNIO : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TESTIMONI PRESENTI AL FATTO \_\_\_\_\_

INFORTUNI PRECEDENTI (SI/NO) \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ SE SI, QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO ? :

\_\_\_\_\_

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

## DA COMPILARSI A CURA DEL CAPOGRUPPO O RESPONSABILE DELL'UNITA'

(Con la sottoscrizione del presente modulo, il responsabile conferma, sotto la propria responsabilità, che il sinistro e' avvenuto durante le attività promosse dall'A.G.E.S.C.I. e come tali rientranti negli scopi della copertura assicurativa)

DATI DEL CAPO GRUPPO RESPONSABILE : COGNOME NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO COMPLETO DI C.A.P. / N.TELEFONICO / E-MAIL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOME DEL GRUPPO: \_\_\_\_\_ INDIRIZZO COMPLETO DI C.A.P. / N.TELEFONICO / E-MAIL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TIMBRO

FIRMA

\_\_\_\_\_

**INVIARE AD : A.R.A. ATTIVITA' E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l.  
VIA B. LIGURIA, 105/R - 16121 GENOVA- TEL. 010/5443851 – 010/5443852 – FAX 010/5959498**

## **NORME DA SEGUIRE IN CASO DI INCIDENTE CONVENZIONE A.G.E.S.C.I.**

COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA INCIDENTE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO RACCOMANDATA POSTALE CON RICEVUTA DI RITORNO ENTRO 30 GIORNI DALL' EVENTO STESSO A:

**A.R.A. – ATTIVITA' E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l.**  
**Via Brigata Liguria 105 r - int. 5 – 16121 GENOVA**

L'ASSICURATO/DANNEGGIANTE DOVRA'

### **1 ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA COMPILATO IN OGNI SINGOLA VOCE**

- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DLgs 196/2003 PER LA SOCIETA' A.R.A. SRL (SOCIETA' INCARICATA DALLA ZURICH INSURANCE COMPANY S.A. ALLA GESTIONE DEI SINISTRI)
- FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE (NEL CASO NON SIA STATO INDICATO PER ISCRITTO SUL MODULO DI DENUNCIA)
- FOTOCOPIA DELL'EVENTUALE VERBALE REDATTO DALL'AUTORITA' INTERVENUTA SUL LUOGO DEL SINISTRO

### **2 SEGNALARE SEMPRE AL DANNEGGIATO IL TIPO DI DOCUMENTAZIONE SOTTORIPORTATA NECESSARIA PER UNA COMPLETA ISTRUTTORIA DEL DANNO**

#### **NEL CASO DI DANNI A COSE**

- RICHIESTA DANNI
- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DLgs 196/2003 PER LA SOCIETA' A.R.A. SRL (SOCIETA' INCARICATA DALLA ZURICH INSURANCE COMPANY S.A. ALLA GESTIONE DEI SINISTRI)
- PREVENTIVO, FATTURA O COMUNQUE GIUSTIFICATIVI SPESE (IN ORIGINALE)
- FOTOGRAFIE DEI PARTICOLARI DANNEGGIATI
- DOCUMENTI ATTI A DIMOSTRARE LA PROPRIETA' DELL'OGGETTO DANNEGGIATO.
- EVENTUALI DICHIARAZIONI TESTIMONIALI DI TERZI PRESENTI AL FATTO
- FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
- COPIA DEL VERBALE DELLE AUTORITA' INTERVENUTE SUL LUOGO DEL SINISTRO

#### **NEL CASO DI LESIONI PERSONALI**

- RICHIESTA DANNI
- FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DLgs 196/2003 PER LA SOCIETA' A.R.A. SRL (SOCIETA' INCARICATA DALLA ZURICH INSURANCE COMPANY S.A. ALLA GESTIONE DEI SINISTRI)
- DOCUMENTAZIONE MEDICA
- GIUSTIFICATIVI SPESE MEDICHE (IN ORIGINALE)
- CERTIFICATO DI GUARIGIONE
- EVENTUALI DICHIARAZIONI TESTIMONIALI DI TERZI PRESENTI AL FATTO
- COPIA DEL VERBALE DELLE AUTORITA' INTERVENUTE SUL LUOGO DEL SINISTRO

**PER OGNI DUBBIO CHE DOVESSE INSORGERE, L'INFORTUNATO POTRA' RIVOLGERSI ALLA :**

**A.G.E.S.C.I. Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani**  
**Tel. 06/68166222 - Fax 06/68166236 o e-mail: [assicura@agesci.it](mailto:assicura@agesci.it)**

**A.R.A. – ATTIVITA' E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.R.L.**  
**CALL CENTER 010/5443871 – 010/5443851-852 - Fax 010/5959468**

**MODULO DENUNCIA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI  
CONVENZIONE A.G.E.S.C.I.**

( DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

**DATI ANAGRAFICI DEL DANNEGGIANTE**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

COD. FISCALE DEL DANNEGGIANTE \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ **NUMERO PERSONALE CENSIMENTO** \_\_\_\_\_ **TEL** \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ COMUNE: \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_ INDIRIZZO E-MAIL : \_\_\_\_\_

**IN CASO DI MINORE INDICARE**

PATERNITA' : \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

MATERNITA' : \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

**ESTREMI SINISTRO**

DATA E ORA SINISTRO \_\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE HANNO PROVOCATO E RELATIVI DANNI : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TESTIMONI PRESENTI AL FATTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL TESSERATO POSSIEDE ALTRA COPERTURA ASSICURATIVA PER LA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI? SI - NO

SE SI INDICARE: NR. DI POLIZZA \_\_\_\_\_ COMPAGNIA \_\_\_\_\_

AGENZIA \_\_\_\_\_ (VIA \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
(ALLEGARE COPIA DELLA POLIZZA)

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**DATI CONTROPARTE/DANNEGGIATO**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

COD. FISCALE DEL DANNEGGIATO \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ **NUMERO PERSONALE CENSIMENTO** \_\_\_\_\_ **TEL** \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ COMUNE: \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_ INDIRIZZO E-MAIL : \_\_\_\_\_

**IN CASO DI MINORE INDICARE**

PATERNITA' : \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

MATERNITA' \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

**ESTENSIONI GARANZIE A PERSONE NON CENSITE CHE PARTECIPANO ALLE  
ATTIVITA' ORGANIZZATE DALL'AGESCI**

***Polizza ospiti***

---

Le garanzie, i capitali e i massimali previsti dalla Multirischi (Infortuni e RCT) sono estesi ad eventuali ospiti che partecipano alle attività organizzate dall'AGESCI o dai suoi organi periferici (regione, zona, gruppo)

La copertura ha validità di **un mese** e decorre dal giorno indicato dal gruppo alla Segreteria Nazionale Agesci.

**Il costo per attivare la polizza è di:**

euro 10,00 pro capite

euro 10,95 pro capite per gli stranieri

**MODALITA'**

Inviare prima dell'evento, il seguente modulo alla Segreteria Nazionale a mezzo fax 06/68166236

Scheda Polizza Ospiti



**Costo della Polizza Ospiti:**  
10,00 euro pro capite (10,95 euro pro capite se ospite straniero)  
Periodo di copertura : massimo 30 gg

**Il presente modulo, insieme alla ricevuta di conto corrente postale, (intestato a AGESCI n° 54849005) deve essere inviato alla Segreteria Nazionale a mezzo fax al nr. 06.68166236**

**Nome del gruppo:**

**Eventuale numero di telefono da poter contattare nel caso in cui il fax non dovesse essere leggibile:**

**Data inizio e fine attività:**

**elenco partecipanti**

**nome e cognome:**

**luogo di nascita:**

**data di nascita:**

**nome e cognome:**

**luogo di nascita:**

**data di nascita:**

**nome e cognome:**

**luogo di nascita:**

**data di nascita:**

**nome e cognome:**

**luogo di nascita:**

**data di nascita:**

**nome e cognome:**

**luogo di nascita:**

**data di nascita:**

**nome e cognome:**

**luogo di nascita:**

**data di nascita:**

**nome e cognome:**

**luogo di nascita:**

**data di nascita:**

### ***Polizza week end***

---

La polizza Multirischi (infortuni + RCT) può essere estesa anche a persone non censite che partecipano ad una manifestazione organizzata dall'Agesci o dai suoi organi periferici (regione, zona, gruppo) per un massimo di **due giorni**.

La polizza week end può essere così suddivisa:

- ✓ Polizza week end per addetti
- ✓ Polizza week end partecipanti

### ***Polizza week end per addetti***

Assicura il personale non censito addetto a manifestazioni organizzate dall'Agesci o dai suoi organi periferici (regione, zona, gruppo)

**Il costo per attivare la polizza è di:**

euro 15,50, fino a 30 addetti per 2 giorni di copertura.

oltre i primi 30 addetti il costo pro capite è di euro 0,50 per 2 giorni di copertura.

**MODALITA'**

**La richiesta deve essere inviata a mezzo Fax (06/68166236) alla Segreteria Nazionale.**

**Nella richiesta indicare:**

- Nome del gruppo
- Denominazione della manifestazione
- Elenco dei nominativi del personale addetto
- Decorrenza e durata della manifestazione
- Unire al modulo la copia del bollettino di conto corrente postale  
Estremi del conto corrente n° 54849005 intestato Agesci  
Causale: polizza week end addetti (indicare il nome del gruppo)

### ***Polizza week end partecipanti***

Assicura il personale non censito che partecipa a manifestazioni organizzate dall'Agesci o dai suoi organi periferici (regione, zona, gruppo)

**Il costo per attivare la polizza è di:**

fino a 300 partecipanti 103,30 €

da 301 a 1.000 partecipanti 413,17 €

da 1.001 a 5.000 partecipanti 1.032,29 €

oltre 5.000 partecipanti 180,76 € ogni 1.000 partecipanti in più

**MODALITA'**

**La richiesta deve essere inviata a mezzo Fax (06/68166236) alla Segreteria Nazionale.**

**Nella richiesta indicare:**

- Nome del gruppo
- Denominazione della manifestazione
- Decorrenza e durata della manifestazione
- Unire al modulo la copia del bollettino di conto corrente postale  
Estremi del conto corrente n° 54849005 intestato Agesci  
Causale: polizza week end partecipanti (indicare il nome del gruppo)

## **Polizza campo**

La polizza Multirischi (infortuni + RCT) può essere estesa anche a persone non censite che partecipano ad attività e campi scout organizzati dall' AGESCI (gruppi, zona, regione) la cui durata non supera **7 giorni**

**Il costo per attivare la polizza è di:**

euro 103,29 da 1 a 80 partecipanti non censiti

### **MODALITA'**

**La richiesta deve essere inviata a mezzo Fax (06/68166236) alla Segreteria Nazionale.**

**Nella richiesta indicare:**

- nome del gruppo
- nome del campo
- luogo del campo
- il periodo del campo (la polizza non può avere durata superiore ai 7 giorni);
- Unire al modulo la copia del bollettino di conto corrente postale  
Estremi del conto corrente n° 54849005 intestato Agesci  
Causale: polizza campo (indicare il nome del gruppo)

\*\*\*\*\*

## **ESTENSIONE ATTIVITA' NON COMPRESSE IN POLIZZA**

La Compagnia, sulla base dei capitali previsti in convenzione, assicura i soci che durante i campi organizzati dai gruppi/zone/regioni svolgono le seguenti attività:

- Ⓢ Speleologia
- Ⓢ Arrampicata / Alpinismo oltre il 3° fino al 5° compreso.

**MODALITA' PER LA COMUNICAZIONE DEI "PARTECIPANTI" ALLE ATTIVITA' :**

Per l'attività di speleologia, il premio da versare è di € 5,00 a giornata per ciascun socio Agesci per i primi tre giorni e di € 9,00 per una settimana di garanzia;

Per le attività di Alpinismo ed Arrampicata, il premio da versare è di € 5,00 a giornata per ciascun socio Agesci

Per i campi organizzati dal nazionale che prevedono le suddette attività, **NON DOVRA' ESSERE VERSATA L'ESTENSIONE**

### **MODALITA'**

**La richiesta deve essere inviata a mezzo Fax (06/68166236) alla Segreteria Nazionale.**

**Nella richiesta indicare:**

- luogo del campo
- durata del campo e giorni/o in cui viene praticata l'attività
- tipo attività (nel caso di arrampicata e alpinismo indicare il grado)
- nome e cognome dei partecipanti
- Unire al modulo la copia del bollettino di conto corrente postale  
Estremi del conto corrente n° 54849005 intestato Agesci  
Causale: estensione polizza attività (specificare se alpinismo - speleologia - arrampicata + nome del gruppo)

## Polizza Assistenza

### la polizza completa è sul sito

- ❑ I soci Agesci possono usufruire della polizza Assistenza (Mondial Assistance Italia)
- ❑ La polizza fornisce una assistenza sia in caso di malattia che di infortunio tramite una centrale operativa 24 ore su 24
- ❑ **Per qualsiasi prestazione di assistenza è necessario contattare prima la Centrale Operativa ai numeri:**

**800-727541 (valido solo in Italia) 02/26609288**

**I soci quando si recano in Italia o all'estero devono portare i propri codice personali AGESCI poiché la centrale operativa al telefono richiede: nome cognome e codice personale.**

### **Informazioni per campi all'estero - Assicurazioni**

L'assicurazione offre le garanzie a tutti i soci censiti in associazione ed è prestata in tutto il mondo.

Per la garanzia responsabilità civile è esclusa la validità in USA e CANADA.

In caso di infortunio in Italia o all'estero si può telefonare alla Mondial Assistance Italia (Polizza Assistenza).

---

Nel caso in cui il Paese è "a rischio guerra" è possibile effettuare la Polizza "RISCHIO GUERRA"

### **Polizza "Rischio guerra"**

La polizza a Rischio Guerra è strutturata per la copertura assicurativa dei soci Agesci in età compresa tra i 16 e i 65 anni.

La polizza è consigliata nel caso in cui è prevista la partecipazione alle attività promosse e/o organizzate dalla Contraente in paesi a rischio guerra e/o sommosa.

La garanzia copre se l'infortunio (o la morte accidentale) avviene in conseguenza ad atti di guerra (dichiarata e non dichiarata) invasioni, ostilità, atti di nemici stranieri, guerra civile, sommosse civili, rivoluzioni, ribellioni, esplosioni di armi da guerra. Sono esclusi comunque gli infortuni conseguenti ad ordigni nucleari.

CASO MORTE euro 77,462,00

CASO I.P: da infortunio euro 129.114,00

Escluso I.P. da Malattia

Condizioni aggiuntive rischio guerra: la garanzia verrà prestata purchè l'assicurato lasci il paese entro il 14° giorno dall'accaduto.

#### **Importante:**

Per capire se è necessario attivare la polizza rischio guerra è possibile contattare la Segreteria Nazionale Assicurazioni oppure consultare il sito che il Ministero degli Affari Esteri e l'AcI, che, nell'ambito delle loro competenze, mettono a disposizione di tutti il seguente sito:

<http://www.viaggiareassicuri.mae.aci.it>

Nel sito compaiono gli avvisi sulle condizioni di tutti i paesi del mondo.

Le stesse informazioni sui paesi stranieri si possono avere anche attraverso la Centrale Operativa Telefonica, attiva tutti i giorni (con servizio vocale nell'orario notturno):

dall'Italia 06-491115

dall'Estero ++39-06-491115

#### **MODALITA':**

Per attivare la polizza Rischio Guerra è necessario:

Inviare alla Segreteria Nazionale 15 giorni prima della partenza (fax 06/68166236) il seguente modulo compilato completo di fotocopia di versamento effettuato il premio è di euro 28,37 pro capite.



**Scheda Polizza Rischio Guerra**

**Costo della Polizza Rischio Guerra:  
28,37 euro pro capite**

**recapito telefonico nel caso in cui il fax dovesse essere incompleto:**

**Il presente modulo, insieme alla ricevuta di conto corrente postale,  
(intestato a AGESCI n° 54849005)  
deve essere inviato alla Segreteria Nazionale a mezzo fax al n.  
06.68166236  
15 giorni prima della partenza**

<b>Gruppo:</b>	
<b>Data campo:</b>	<b>luogo del campo:</b>

**Elenco partecipanti**

**nome e cognome:**  
**luogo di nascita:**  
**data di nascita:**

**nome e cognome:**  
**luogo di nascita:**  
**data di nascita:**

**nome e cognome:**  
**luogo di nascita:**  
**data di nascita:**

**nome e cognome:**  
**luogo di nascita:**  
**data di nascita:**

**nome e cognome:**  
**luogo di nascita:**  
**data di nascita:**

**nome e cognome:**  
**luogo di nascita:**  
**data di nascita:**