

**CONVENZIONE MULTIRISCHI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E
RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA
DI ATLETICA LEGGERA, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE
SOCIETÀ AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI.**

SOMMARIO

<u>Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione</u>	5
<u>Art. 2 Obblighi della Federazione</u>	5
<u>Art. 3 Foro competente - clausola arbitrale</u>	5
<u>Art. 4 Clausola Broker</u>	6
<u>REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE</u>	7
<u>DEFINIZIONI</u>	7
<u>NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI</u>	9
<u>Art. 5 Manifestazioni unitarie</u>	9
<u>Art. 6 Assicurazioni per conto altrui</u>	9
<u>Art. 7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio</u>	9
<u>Art. 8 Aggravamento del rischio</u>	9
<u>Art. 9 Diminuzione del rischio</u>	9
<u>Art. 10 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio</u>	9
<u>Art. 11 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia</u>	10
<u>Art. 12 Titoli che danno diritto all'assicurazione</u>	10
<u>Art. 13 Denuncia dei sinistri</u>	11
<u>Art. 14 Oneri fiscali</u>	11
<u>Art. 15 Modifiche dell'Assicurazione</u>	11
<u>Art. 16 Rinvio alle norme di legge</u>	11
<u>Art. 17 Interpretazione del Contratto</u>	11
<u>Art. 18 Rescissione del contratto</u>	11
<u>Art. 19 Foro competente</u>	11
<u>Art. 20 Dichiarazioni della Società</u>	11
<u>Art. 21 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte</u>	11
<u>Art. 22 Soggetti Assicurati</u>	12
<u>Art. 23 Oggetto del rischio</u>	12
<u>Art. 24 Estensioni di garanzia</u>	12
<u>Art. 25 Esclusioni</u>	13
<u>Art. 26 Esonero denuncia di infermità</u>	13
<u>Art. 27 Esonero denuncia altre assicurazioni</u>	13
<u>Art. 28 Persone non assicurabili</u>	14
<u>Art. 29 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari</u>	14
<u>Art. 30 Infortuni determinati da calamità naturali</u>	14
<u>Art. 31 Evento con pluralità di infortuni</u>	15
<u>Art. 32 Validità territoriale</u>	15
<u>Art. 33 Limite di età</u>	15
<u>Art. 34 Criteri di indennizzabilità</u>	15
<u>Art. 35 Rischio volo</u>	15
<u>Art. 36 Prestazioni</u>	16
<u>Art. 37 Invalidità permanente – anticipo indennizzo</u>	18
<u>Art. 38 Invalidità permanente – franchigia assoluta</u>	18
<u>Art. 39 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave</u>	18
<u>Art. 40 Controversie sulla natura degli infortuni</u>	18

<u>Art. 41 Pagamento dell'indennità</u>	.....
<u>Art. 42 Estensioni speciali</u>	.....
<u>Art. 43 Rimborso Spese Mediche</u>	.....
<u>Art. 44 Denuncia degli infortuni</u>	.....
<u>Art. 45 Rinuncia al diritto di surrogazione</u>	.....
<u>Art. 46 Oggetto della garanzia</u>	.....
<u>Art. 47 Adesione alla formula integrativa</u>	.....
<u>Art. 48 Decorrenza e scadenza della formula integrativa</u>	.....
<u>Art. 49 Somme assicurate</u>	.....
<u>Art. 50 Premi</u>	.....
<u>Art. 51 Invalidità permanente – Franchigia assoluta</u>	.....
<u>Art. 52 Rimborso Spese Mediche</u>	.....

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

<u>Art. 53 Descrizione del rischio</u>	.....
<u>Art. 54 Oggetto dell'assicurazione</u>	.....
<u>Art. 55 Limiti Territoriali</u>	.....
<u>Art. 56 Responsabilità civile personale</u>	.....
<u>Art. 57 Novero dei terzi</u>	.....
<u>Art. 58 Altre assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e di limiti</u>	.....
<u>Art. 59 Gestione delle vertenze e spese di resistenza</u>	.....
<u>Art. 60 Esclusioni</u>	.....
<u>Art. 61 Franchigia</u>	.....

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

<u>Art. 62 Soggetti assicurati</u>	.....
<u>Art. 63 Oggetto dell'assicurazione -Responsabilità Civile verso figure soggette all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. (R.C.O.)</u>	.....
<u>Art. 64 Estensione malattie professionali</u>	.....
<u>Art. 65 Esclusioni</u>	.....
<u>Art. 66 Denuncia dei sinistri e obblighi dell'assicurato</u>	.....

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI GESTIONE IMPIANTI

<u>Art. 67 Soggetti assicurati</u>	.....
<u>Art. 68 Adesione alla formula integrativa</u>	.....
<u>Art. 69 Collaboratori</u>	.....
<u>Art. 70 Danni da sospensione od interruzione di esercizio</u>	.....
<u>Art. 71 Danni da incendio</u>	.....
<u>Art. 72 Danni a cose in consegna e custodia</u>	.....
<u>Art. 73 Servizi complementari di impianti sportivi</u>	.....
<u>Art. 74 Parchi</u>	.....
<u>Art. 75 Estensione di garanzia</u>	.....

SEZIONE SANITARIA

<u>Art. 76 Soggetti Assicurati</u>	.....
<u>Art. 77 Oggetto del rischio</u>	.....
<u>Art. 78 Limiti territoriali</u>	.....
<u>Art. 79 Limiti delle garanzie</u>	.....

<u>Art. 80 Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche garanzie</u>	.....
<u>Prestazioni e limiti</u>	.....
<u>Art. 81 Condizioni Speciali</u>	.....
<u>Art. 82 Esclusioni</u>	.....

SEZIONE TUTELA LEGALE E PERITALE.....

<u>Art. 83 Soggetti assicurati</u>	.....
<u>Art. 84 Oggetto dell'assicurazione</u>	.....
<u>Art. 85 Decorrenza della garanzia</u>	.....
<u>Art. 86 Gestione delle vertenze di danno – libera scelta del legale e del perito</u>	.....
<u>Art. 87 Arbitrato irrituale</u>	.....
<u>Art. 88 Recupero di somme</u>	.....
<u>Art. 89 Presenza di garanzia di responsabilità civile</u>	.....
<u>Art. 90 Altre assicurazioni</u>	.....
<u>Art. 91 Esclusioni</u>	.....
<u>Art. 92 Massimali</u>	.....

SEZIONE SOMME ASSICURATE.....

<u>GARANZIA INFORTUNI</u>	.....
<u>GARANZIA TUTELA LEGALE</u>	.....

SEZIONE PREMI.....

**CONVENZIONE MULTIRISCHI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E
RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DI
ATLETICA LEGGERA DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETÀ
AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI.**

Tra la Federazione Italiana di Atletica Leggera e la Compagnia di Assicurazioni, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Società**, viene stipulata la seguente convenzione per le garanzie contro gli infortuni, la Responsabilità Civile Generale a favore della FIDAL, dei suoi Organi Centrali e Periferici, delle Società Affiliate e dei suoi Tesserati.

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni uno con inizio dalle ore 24,00 del 31 Dicembre 2014 e termina alle ore 24,00 del 31 Dicembre 2016.

Alla scadenza del 31 Dicembre 2016 la presente convenzione potrà essere prorogata per un periodo pari a anni uno a fronte di richiesta scritta formulata dalla Contraente.

Resta convenuto che, in vigenza della presente convenzione, ove da parte di qualsiasi organo legislativo venga sancito obbligo di adesione a diverse condizioni assicurative ovvero a diverso Ente Assicuratore, la presente convenzione si intenderà risolta di diritto dalla data stabilita nell'obbligo stesso ovvero entro la prima scadenza successiva alla data del decreto stesso.

Art. 2 Obblighi della Federazione

La Federazione si impegna a comunicare alla Società tutte le modifiche delle norme federali ed ogni altra circostanza che comporti una variazione od un aggravamento del rischio, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, riservandosi in ogni caso la Società la facoltà di recedere dall'accordo.

Art. 3 Foro competente - clausola arbitrale

La decisione di ogni controversia che dovesse insorgere in relazione a validità, interpretazione, esecuzione e/o scioglimento della presente Convenzione sarà rimessa ad un Collegio arbitrale composto da tre arbitri, dei quali uno nominato da ciascuna delle parti e il terzo di comune accordo dai primi due.

La Parte che intenda promuovere l'arbitrato notificherà all'altra, a mezzo Ufficiale Giudiziario, atto di nomina del proprio arbitro. L'altra parte, entro 20 giorni dal ricevimento della predetta notifica, a sua volta notificherà, a mezzo Ufficiale Giudiziario, atto di nomina dell'arbitro da lei designato. I due arbitri così nominati dalle parti designeranno, entro 20 giorni dalla notifica del atto di nomina del secondo arbitro, il terzo che presiederà il Collegio.

Ove, nei predetti termini, le parti non provvedano alla nomina del proprio arbitro ovvero i due arbitri nominati dalle parti non si accordino per la designazione del terzo, provvederà, su istanza della parte più diligente, il presidente del Tribunale di Roma.

Salvo quanto espressamente previsto dagli artt. 806 e seguenti c.p.c., competerà agli arbitri regolare la procedura arbitrale nel modo che sarà dagli stessi ritenuto più opportuno in relazione alla natura della controversia, ma sempre nel rigoroso rispetto del principio del contraddittorio, e disporre in ordine alle spese.

Il Collegio, che avrà Sede in Roma, deciderà in via rituale e secondo diritto e dovrà pronunciare il lodo entro il termine di giorni 90 (novanta) dalla accettazione salvo proroga del termine.

Salvo quanto sopra convenuto, per le controversie non deferibili ad arbitri è competente in via esclusiva il foro di Roma.

Art. 4 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto per l'intera durata al Broker AON S.p.A. e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker AON S.p.A. il quale tratterà con l'Impresa Assicuratrice..

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker si intenderanno come fatte all'Impresa.

L'opera del broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato assicurativo dalle Compagnie di assicurazione aggiudicatarie della presente Convenzione con un'aliquota provvigionale del 13% (tredici per cento) da applicarsi ai premi imponibili della Convenzione.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker, anche per il tramite dei suoi Collaboratori del cui operato espressamente risponde, si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2005.

**REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE
PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI A FAVORE DEI TESSERATI DELLA
FEDERAZIONE ITALIANA DI ATLETICA LEGGERA**

DEFINIZIONI

Assicurato:	la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa
Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Società:	Compagnia di Assicurazioni.
Premio:	la somma dovuta dalla Contraente alla Società
Tesserato:	ogni singolo soggetto od Ente iscritto o aderente alla Contraente
Atleta:	il tesserato che svolge l'attività sportiva rientrando negli scopi della Contraente a titolo agonistico, non agonistico, amatoriale o ludico.
Dirigente:	il soggetto tesserato con tale titolo
Insegnanti Tecnici:	i soggetti tesserati in qualità di maestri, istruttori, allenatori, collaboratori e le analoghe figure comunque preposte all'insegnamento delle tecniche sportive, all'allenamento degli atleti ed al loro perfezionamento tecnico
Soggetti A:	Componenti del consiglio federale, compresi il Presidente ed il Segretario Generale, i Revisori dei Conti e Segretario Nazionale GGG
Soggetti B:	Presidenti Regionali
Soggetti C:	Componenti della Giunta Nazionale GGG; Dirigenti e Tecnici Federale, Misuratori di Percorso, Medici, Paramedici Fiduciari, Tecnici Regionali, Provinciali e Locali GGG Fiduciari Tecnici Provinciali Commissari Straordinari Componenti della Giunta, Regionale GGG, Giudici Nazionali Internazionali Regionali provinciali e Benemeriti Giudici Assistenti Internazionali Regionali
Club Olimpico :	Atleti facenti parte delle Squadre Nazionali presenti nell'apposito elenco fornito dalla Contraente.
Contraente:	la FEDERAZIONE ITALIANA DI ATLETICA LEGGERA (FIDAL)
Beneficiari:	l'assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato

Franchigia:	è l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico che per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo.
Massimale:	è l'importo massimo della prestazione della Società
Scoperto:	è l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri.
Infortunio:	ogni evento improvviso, che si verifichi indipendentemente dalla volontà dell'assicurato, dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Ricovero:	permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Ambulatorio:	la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;
Istituto di cura:	l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;
Trattamento chirurgico:	provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura
Day Hospital:	struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 5 Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione, a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali FIDAL abbia ufficialmente aderito.

Art. 6 Assicurazioni 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 loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del 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 (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 8 Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 9 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 10 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio

Premesso che:

- i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva Sezione Premi;
- l'importo complessivo previsto alla Sezione Premi (numero adesioni – premio unitario – premio totale), deve considerarsi quale premio anticipato alla Società per ciascun anno assicurativo;

si conviene che:

- il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio verrà effettuato sulla base degli effettivi assicurati previsti alla Sezione Premi.

Entro la data del 31-03 di ciascun anno la Contraente fornirà alla Società elenco riportante il numero degli Assicurati (iscritti) suddivisi per categoria riferito all'anno assicurativo decorso, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze attive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione.

Art. 11 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno del pagamento delle rate di premio così come indicato in polizza.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento in cui consegua il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 12 *"Titoli che danno diritto all'assicurazione"* della presente Sezione, e scadrà al quindicesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzidetto.

I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del Broker.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del 31/12/2014, anche se la prima rata di premio non è stata pagata.

Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 60 giorni.

Trascorso tale termine, senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24,00 del giorno in cui il pagamento del premio comprensivo verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

A parziale deroga del precedente comma, e solo ed esclusivamente per la garanzia infortuni, in caso di mancato pagamento del premio da parte della Contraente, qualora l'Assicurato possa esibire il titolo che dà diritto all'assicurazione rilasciato precedentemente la data di infortunio, l'assicuratore provvede ad erogare la prestazione assicurativa, fatto salvo il diritto di rivalsa ai sensi dell'art. 1916 c.c..

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo, in data posteriore alla adesione alla Convenzione, ma anteriore alla segnalazione dei nominativi alla Società, quest'ultima esprime riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del sinistro.

L'assicurazione vale pregiudizialmente, solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi della legge dello Statuto e dei Regolamenti della Federazione, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti dalla Federazione stessa, e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dalla organizzazione della Federazione.

Art. 12 Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto senza distinzione di attività praticata, rientrante comunque negli scopi della Contraente, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, alle garanzie assicurative è:

- la Tessera nominativa e numerata o la licenza federale della FIDAL;
- per gli Atleti Nazionali la presenza nell'apposito elenco nominativo di convocazione;
- per la Contraente, il presente contratto;
- per le Società affiliate, l'affiliazione alla Contraente.

Le tessere e le Licenze vengono rilasciate a cura della FIDAL; a mezzo dei suoi organi periferici (Comitati regionali/Delegazioni regionali e provinciali) attraverso le forme organizzative che ritiene opportuno adottare.

Art. 13 Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato al Broker entro 30 giorni dall'evento ovvero dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli art.1913 e 1915 del Codice Civile.

Si precisa che la denuncia potrà essere effettuata attraverso internet utilizzando il sistema definito AonSportFed e pertanto i dati relativi alle singole denunce verranno trasmessi alla Compagnia dal Broker in formato elettronico con stringhe che verranno definiti in fase di aggiudicazione.

Art. 14 Oneri fiscali

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

Art. 15 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 16 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 17 Interpretazione del Contratto

In caso di eventuali controversie sull'interpretazione delle clausole del presente contratto, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

Art. 18 Rescissione del contratto

La Società può recedere dal contratto di assicurazione esclusivamente secondo quanto stabilito al precedente Articolo 1 *“Durata e decorrenza della Convenzione”*.

Art. 19 Foro competente

Per ogni controversia inerente questo contratto foro competente sarà quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 20 Dichiarazioni della Società

La Società dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato.

Art. 21 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

SEZIONI INFORTUNI

Art. 22 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i Tesserati, gli appartenenti al Club Olimpico , i Soggetti A ed i Soggetti B e C della Federazione Italiana di Atletica Leggera.

Art. 23 Oggetto del rischio

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva organizzata sotto l'egida della Federazione Italiana di Atletica Leggera ivi compresi gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale e comprese le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara o allenamento.

La copertura è inoltre estesa alle altre attività fisiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, pesistica, atletica, purché rientranti nel programma di allenamento, potenziamento e/o recupero necessari all'attività sportiva.

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi missioni e relativi trasferimenti, compreso il rischio in itinere, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio della Contraente e/o delle Società affiliate.

L'assicurazione opera a condizione che le attività anzi descritte si svolgano secondo le modalità, i tempi e nelle strutture o nei luoghi previsti dal regolamento sportivo federale.

Per i Soggetti A, B e C la copertura è operante per i rischi connessi all'espletamento del loro mandato sportivo, anche in occasione di gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della FIDAL.

L'assicurazione opera anche in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggeri o in forma individuale, verso e da luogo di svolgimento delle attività di cui ai precedenti commi, esclusi gli incidenti verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque inosservanza delle norme che regolano il trasferimento.

L'assicurazione opera a condizione che l'infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato all'attività di cui ai precedenti commi, ed in data e orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione al termine dell'attività stessa.

Art. 24 Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
3. gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
4. l'annegamento;

5. l'assideramento e/o il congelamento;
6. colpi di sole e/o di calore;
7. gli infortuni subiti in stato di maleore od incoscienza;
8. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze anche gravi;
9. le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
10. le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari.

Art. 25 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) 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 del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 35 – Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- g) da guerra e insurrezioni;
- h) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- i) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- j) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- k) dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertate in base alle normative vigenti.

Art. 26 Esonero denuncia di infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire.

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dall'art.34 Criteri di indennizzabilità.

Art. 27 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Compagnie per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, lesione, ed indennità di ricovero, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle

maggiori spese.

Art. 28 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sintomi e disturbi mentali organici.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Si intendono comunque assicurati i Soggetti affetti dalle seguenti patologie:

Patologie psichiatriche:

Disturbi mentali come da assi 1, 2, 3 del DSM-IV;
Attention Deficit Hyperactive Disorder;

Patologie Neurologiche:

Patologie neuromotorie:
Paralisi cerebrale infantile;
Malattie degenerative del sistema nervoso adulto;
Patologie dismetaboliche e disgenetiche;
Miopatie e polineuropatie;
Mielopatie
Epilessia non in fase attiva;

Patologie osteoarticolari

Disturbi sensoriali

Art. 29 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 30 Infortuni determinati da calamità naturali

Con riferimento all'art. 1912 del Codice Civile, si pattuisce l'estensione dell'assicurazione agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche ma con il seguente limite:

- In caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del Ramo Infortuni raccolti nell'anno precedente l'evento, rilevabile nel relativo bilancio di esercizio.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 31 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 6.000.000,00.

Art. 32 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, con l'intesa che la valutazione e la liquidazione dei danni avvengono in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro.

Art. 33 Limite di età

Fermi restando i limiti dettati dai Regolamenti Federali, comunque l'assicurazione viene prestata senza limiti di età.

Art. 34 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche preesistenti all'infortunio stesso; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

In caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo Art. 36 lett. c) – lesioni, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (indetta dalla FSN o a cui partecipi la Società Sportiva previa approvazione della Federazione di appartenenza per la quale il soggetto assicurato risulti tesserato) iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa, la prestazione assicurativa è dovuta anche se il decesso sia una conseguenza indiretta dell'infortunio.

Art. 35 Rischio volo

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi per aeromobile:

Euro 5.200.000,00 per il caso morte

Euro 5.200.000,00 per il caso invalidità permanente

Euro 5.200,00 per il caso inabilità temporanea;

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti.

La garanzia inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Art. 36 Prestazioni

a) Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

b) Morte presunta

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 il capitale previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, 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.

c) Lesioni

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

- per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella tabella Lesioni A allegata alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti fermo quanto previsto dall'art. 34.

Precisazioni:

- Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomico-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà venti volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.
- Per 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 molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa".
In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.
L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.
- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrariscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.
Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del

pernottamento in ospedale.

Art. 37 Invalidità permanente – anticipo indennizzo

Qualora trascorsi tre mesi dal termine delle cure mediche, sia prevedibile che all'Assicurato residui un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 25%, la Società - quando richiesta - corrisponderà all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione, da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Art. 38 Invalidità permanente – franchigia assoluta

Sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art.36 lett. c) non supera il 5%.

Qualora la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore al 5% l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.

La franchigia di cui sopra si intenderà ridotta al 3% per i soggetti appartenenti al Club Olimpico, Soggetti A, B e C.

Inoltre, per tali atleti, nel caso in cui il grado di invalidità permanente accertato ecceda il 10%, non si darà luogo ad applicazione di nessuna franchigia.

Art. 39 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

Nel caso in cui la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili sia di grado superiore al 60%, l'indennità per l'invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza

Art. 40 Controversie sulla natura degli infortuni

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

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. E' 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 dei 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 o violazione dei 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; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 41 Pagamento dell'indennità

Nel caso di Infortunio il pagamento dell'indennità sarà effettuato in Euro e comunque in Italia.

Art. 42 Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo delle entità delle lesioni, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, all'assicurato verrà corrisposto un indennizzo incrementato del 20%.

La predetta garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentano scuole nella Repubblica di San Marino, nonché scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, sarà aumentata del 100%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 25 lettera g), l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 36 lett c), per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 36 lett. c), a seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 36 lett. c), a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate

Danno estetico

Al soggetto assicurato che non abbia compiuto il 14° anno di età alla data dell'infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito.

Art. 43 Rimborso Spese Mediche

Le garanzie qui di seguito riportate si devono intendere prestate solo ed esclusivamente se le spese mediche siano diretta conseguenza di un intervento chirurgico.

Entro il limite della somma assicurata a questo titolo, la Società rimborsa le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio che comporti intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.) per:

onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.

Inoltre l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, per:

Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;

Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;

Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;

Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;

Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori.

La garanzie previste nel presente articolo si intendono estese ai casi di forzata completa immobilità, limitatamente alle frattura vertebrale anche se non dovesse comportare ricovero.

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 150,00.

Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di € 2.000,00 per anno e per persona ed un massimo di € 50,00 per singola prestazione.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro.

Art. 44 Denuncia degli infortuni

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono:

- a) Darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Compagnia legittimo impedimento alla trattazione del sinistro;
- b) In caso di sinistro occorso in allenamento anche individuale previsto disposto ed autorizzato o controllato dall'organizzazione sportiva, anche per i tramite dei suoi organismi periferici e delle società affiliate o aggregate della Federazione, ai fini dell'ammissione del sinistro all'indennizzo, la denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo per il quale l'assicurato è tesserato che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione stessa.

- c) Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- d) Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;
- e) Consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

Art. 45 Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e/o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI AD ADESIONE

Art. 46 Oggetto della garanzia

Alle condizioni che seguono, è data facoltà ai singoli tesserati, che ne facciano espressa richiesta e ne onorino il relativo premio, di integrare le coperture previste nella presente convenzione.

Art. 47 Adesione alla formula integrativa

Alla fine di aderire alla formula integrativa, il singolo tesserato, dopo aver provveduto alla compilazione del modulo telematico pubblicato sul sito federale ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via fax al n° 06.77400338.

Art. 48 Decorrenza e scadenza della formula integrativa

Le garanzie previste dalla formula integrativa decorreranno dalle ore 24,00 del giorno di adesione e scadranno, inderogabilmente, alle ore 24,00 del successivo 31.12.

Art. 49 Somme assicurate

Le somme garantite si intenderanno quelle indicate nella successiva sezione "Somme assicurate" afferenti la formula integrativa e tali somme si dovranno intendere in sostituzione a quelle previste dalla copertura prevista per i Tesserati.

Art. 50 Premi

I premi previsti nella successiva "Sezione premi" dovranno essere pagati direttamente all'assicuratore per il tramite del broker.

Art. 51 Invalidità permanente – Franchigia assoluta

Relativamente a quanto previsto nel precedente art. 38, resta convenuto che, all'atto dell'adesione alla presente formula integrativa, la percentuale di franchigia si intenderà ridotta al 3%.

Pertanto, sul capitale assicurato, non si corrisponde alcun indennizzo se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art. 36 lett. C) non supera il 3%.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 3% ed inferiore al 10%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Qualora, invece, la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore al 10%, la franchigia si intenderà annullata e l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla percentuale di invalidità.

Art. 52 Rimborso Spese Mediche

Le garanzie qui di seguito riportate si devono intendere prestate anche se non in diretta conseguenza di un intervento chirurgico.

Entro il limite della somma assicurata a questo titolo, la Società rimborsa le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio che comporti intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.) per:

onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);

assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;

rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.

Inoltre l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, per:

Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;

Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;

Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;

Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;

Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori.

La garanzie previste nel presente articolo si intendono estese ai casi di forzata completa immobilità, limitatamente alle frattura vertebrale anche se non dovesse comportare ricovero.

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 150,00.

Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di € 2.000,00 per anno e per persona ed un massimo di € 50,00 per singola prestazione.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Art. 53 Descrizione del rischio

L'assicurazione è prestata a favore di tutti i Tesserati, delle Società Affiliate e della Contraente, comprese le strutture periferiche per tutte le attività inerenti l'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative rientranti negli scopi della Contraente.

Sono comprese tutte le attività di allenamento, di corsi, manifestazioni sportive, ricreative e culturali, di gare, organizzate dalla FIDAL per proprio conto, dai Comitati o Delegazioni Territoriali e dalle Società Sportive affiliate.

Art. 54 Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenne:

- la Contraente, le sue strutture;
- i tesserati alla FIDAL;
- le Società affiliate alla FIDAL,

per quanto siano tenute a pagare ai sensi di legge a titolo di risarcimento capitale, interessi e spese per 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 per i quali è stipulata l'Assicurazione.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare ai sopracitati soggetti da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

L'assicurazione vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 Giugno 1984 n° 222.

Art. 55 Limiti Territoriali

La presente assicurazione vale per i danni che avvengono nel Mondo intero.

Non saranno risarciti i danni derivanti da condanne punitive e/o esemplari.

Art. 56 Responsabilità civile personale

L'assicurazione si estende alla responsabilità civile personale derivante ai tesserati partecipanti alle manifestazioni sportive, ricreative e culturali, comprese le attività di allenamento, di corsi, di gare organizzate dalla Contraente e dai Comitati Provinciali, Regionali e dalle Società Sportive affiliate, per danni involontariamente cagionati a terzi ai sensi di legge.

La presente estensione di garanzia è prestata entro i limiti della normativa e dei massimali convenuti per l'assicurazione di R.C.T. per danni a terzi, e, ove sia operante, di R.C.O. per danni a prestatori di lavoro. In ogni caso i massimali per sinistro della R.C.T. e della R.C.O. convenuti in polizza restano il limite entro cui la Società può essere chiamata a rispondere anche in caso di corresponsabilità dei soggetti sopra menzionati con l'Assicurato o fra di loro.

Art. 57 Novero dei terzi

Non sono considerati terzi i prestatori di lavoro - dipendenti e non dipendenti - nei confronti dei quali la Contraente, le sue strutture e le Società affiliate alla FIDAL siano tenute all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L., quando subiscano il danno in occasione di servizio.

Sono considerati Terzi fra di loro:

- il coniuge, i genitori, i figli degli Assicurati, nonché qualsiasi parente o affine con essi convivente, esclusivamente nel caso in cui, pur sussistendo i precedenti rapporti, il danno si sia verificato durante l'effettivo svolgimento delle attività per cui è operante la garanzia ed alle quali partecipano contemporaneamente danneggiante e danneggiato.

Art. 58 Altre assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e di limiti

Qualora a favore dell'Assicurato fossero in corso al momento del sinistro altre assicurazioni sui medesimi rischi coperti dalla presente polizza, quest'ultima si considera operante nei casi e con le modalità seguenti:

- a) se il rischio non fosse garantito nelle predette altre assicurazioni ma lo fosse in base alle garanzie prestate con la presente Polizza a favore dell'Assicurato stesso, saranno operanti per quel rischio i capitali e/o massimali e le condizioni previsti in quest'ultima, come se le predette altre assicurazioni non esistessero;
- b) se il rischio fosse garantito e liquidato in base alle predette altre assicurazioni ma i massimali e/o capitali o le somme in esse previsti fossero insufficienti a coprire l'intero danno, la presente Polizza risarcirà l'Assicurato per la sola parte di danno eccedente quella risarcita a norma delle predette altre assicurazioni, nei limiti ed alle condizioni tutte della presente Polizza.

Art. 59 Gestione delle vertenze e spese di resistenza

La Società assume, fino a quando né ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile sia penale, a nome dell'Assicurato, designando, previa intesa con lo stesso, ove occorra, legali e/o insegnanti tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti od azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa dal danneggiato contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali e/o insegnanti tecnici che non siano designati nelle modalità di cui sopra e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.

La Società si impegna a fornire tempestivamente copia degli atti processuali ed ogni informazione relativa all'andamento delle liti giudiziali.

Si precisa che la difesa dell'Assicurato viene assunta dalla Società in sede sia civile sia penale fino alla definitiva tacitazione dei terzi e ad esaurimento del giudizio nel grado in corso al momento della liquidazione del sinistro.

Art. 60 Esclusioni

L'assicurazione R.C.T. non comprende:

- a) le gare che coinvolgono i natanti in quanto soggette alla legge 990 del 24/12/1969;

- b) i rischi di responsabilità civile dei proprietari e/o dei conducenti degli autoveicoli e natanti al seguito di gare sportive.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i danni:

- c) conseguenti a inquinamento in genere, comunque cagionato; interruzioni, deviazioni, impoverimento ed alterazioni di sorgenti, di corsi d'acqua sotterranei, di falde acquifere e di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- d) provocati a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- e) provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da questi detenute;
- f) da furto;
- g) dovuti ad errori od omissioni, disguidi o ritardi nella redazione, consegna, conservazione, pubblicazione, diffusione di atti, documenti, valori e simili; da responsabilità volontariamente assunte e non derivanti direttamente per legge;
- h) alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate;
- i) ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano i lavori;
- j) derivanti dalla circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore e dalla navigazione di natanti a motore;
- k) derivanti dalla detenzione o dall'impiego di aeromobili;
- l) cagionati da opere ed installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori, nonché i danni cagionati da prodotti e cose dopo la consegna a terzi; per le opere che richiedono spostamenti successivi e, comunque, ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori che la riguardano e, comunque, dopo trenta giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso od aperta al pubblico;
- m) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli Artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile;
- n) da detenzione od impiego di esplosivi;
- o) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- p) di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, ne per i danni da campi elettromagnetici;
- q) verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;
- r) direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni;
- s) causato o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.

Art. 61 Franchigia

L'assicurazione si intende prestata previa detrazione di Euro 150,00 per ogni sinistro che comporti danni a cose.

A parziale deroga dell'art. 6 - "Assicurazioni per conto altrui", la franchigia di cui al presente articolo sarà a totale carico dell'Assicurato responsabile civile del danno e non potrà essere richiesta alla Contraente.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

Art. 62 Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per la Contraente, per le sue strutture Regionali e Provinciali e per le Società affiliate alla FIDAL. quando svolgono attività organizzate dalla FIDAL.

Art. 63 Oggetto dell'assicurazione -Responsabilità Civile verso figure soggette all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. (R.C.O.)

La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile verso i prestatori di lavoro subordinato da lui dipendenti, i prestatori di lavoro parasubordinati e quelli appartenenti all'area dirigenziale, siano essi:

- non soggetti all'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro,
- assicurati, ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, nonché ai sensi del D.lgs. 23/02/2000 n° 38, per gli infortuni (escluse le malattie professionali) da essi sofferti.

Relativamente alla componente "Danno Biologico" l'assicurazione si intende prestata con l'applicazione della franchigia di € 2.582,28 per ogni persona infortunata.

La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. Non costituisce però causa di decadenza della copertura la mancata assicurazione di personale presso l'INAIL, se ciò deriva o da inesatta ed erronea interpretazione delle norme di legge vigenti, o da una involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL.

L'assicurazione R.C.O. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

Art. 64 Estensione malattie professionali

A parziale deroga delle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione la garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) è estesa al rischio delle malattie professionali (escluse asbestosi e silicosi) tassativamente indicate nelle tabelle allegate al D.P.R. n.1124 del 30 giugno 1965, o contemplate dal D.P.R. del 9 giugno 1975 n.482 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni, in vigore al momento del sinistro, nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali dalla Magistratura.

L'estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino in data posteriore a quella della stipulazione del presente documento e siano conseguenza di fatti colposi commessi dall'Assicurato o da persone delle quali deve rispondere, verificatisi durante il tempo dell'assicurazione.

L'estensione non ha effetto per le malattie che si manifestino dopo 12 mesi dalla data di cessazione della polizza o della data di cessazione del rapporto di lavoro.

Ferme, in quanto compatibili, le Condizioni Generali di assicurazione in punto di denuncia dei sinistri, l'Assicurato ha l'obbligo di denunciare senza ritardo alla Società l'insorgenza di una malattia professionale rientrante nella garanzia e di fare seguito, con la massima tempestività, con le notizie, documenti e gli atti relativi al caso denunciato.

Art. 65 Esclusioni

La presente garanzia non comprende unicamente i danni:

- da detenzione od impiego di esplosivi;
- verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, ne per i danni da campi elettromagnetici;
- verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;
- direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni;
- causato o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.

Art. 66 Denuncia dei sinistri e obblighi dell'assicurato

La Contraente e le sue strutture devono fare denuncia alla Società soltanto degli infortuni per i quali ha luogo l'inchiesta pretorile a norma della legge infortuni.

Inoltre, se per l'infortunio viene iniziato procedimento penale, deve darne avviso alla Società appena ne abbia notizia.

La Società ha diritto di avere in visione i documenti concernenti sia l'assicurazione obbligatoria sia l'infortunio denunciato in relazione all'assicurazione stessa che abbia dato luogo al reclamo per responsabilità civile.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI GESTIONE IMPIANTI

(Estensione della Sezione Responsabilità Civile verso Terzi)

Art. 67 Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per la Contraente, per le sue strutture Regionali e Provinciali e per le Società Affiliate alla FIDAL quando svolgono attività inerenti l'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative rientranti negli scopi della Contraente.

Sono, inoltre, operanti per le Società affiliate alla FIDAL che, per la gestione dell'impianto al di fuori dell'attività FIDAL, ne facciano espressa richiesta e ne onorino il relativo premio assicurativo. Per dette Società Affiliate l'estensione di garanzia decorrerà dalle ore 24,00 della data di pagamento del premio assicurativo.

Art. 68 Adesione alla formula integrativa

Alla fine di aderire alla formula integrativa, la Società sportiva affiliata, dopo aver provveduto alla compilazione del modulo telematico reperibile sul sito federale ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via fax al n° 06.77400338.

Art. 69 Collaboratori

La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione nei confronti delle persone che non essendo alle dirette e regolari dipendenze svolgano la loro opera quali collaboratori inquadrati nelle forme consentite dalle leggi vigenti o comunque addetti e volontari, con mansioni di qualunque natura, all'organizzazione di gare, manifestazioni e attività sportive in genere.

Art. 70 Danni da sospensione od interruzione di esercizio

La garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni arrecati a terzi in conseguenza di interruzione o sospensione totale o parziale di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi. A condizione però che tali danni siano la conseguenza di morte o di lesioni personali o di danneggiamenti a cose risarcibili a termini di polizza.

La presente estensione di garanzia viene prestata nell'ambito del massimale pattuito in polizza, con un limite pari al 20% del massimale stesso.

Art. 71 Danni da incendio

A parziale deroga di quanto stabilito nelle esclusioni, la garanzia comprende la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per i danni di cose da terzi causati da incendio di cose di sua proprietà o da lui detenute ferma l'esclusione dei danni alle cose che l'assicurato abbia in consegna o detenga a qualsiasi titolo.

Qualora l'Assicurato abbia in corso coperture assicurative prestate con rischio accessorio a polizza del ramo incendio la presente estensione di garanzia opera in eccedenza a tale copertura.

La garanzia viene prestata nell'ambito del massimale di polizza con il limite del 20% del massimale stesso.

Art. 72 Danni a cose in consegna e custodia

A parziale deroga di quanto stabilito nelle esclusioni, la garanzia comprende i danni alle cose che l'Assicurato abbia in consegna e/o custodia.

Sono comunque esclusi:

- i danni alle cose costituenti oggetto diretto dei lavori e delle attività descritte in polizza;
- i danni ai beni strumentali utilizzati per l'attività assicurata.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 63, la presente garanzia è prestata con uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo di € 150,00, fermo restando che la Società non risponde oltre il 20% del massimale assicurato per uno o più sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo.

Art. 73 Servizi complementari di impianti sportivi

La garanzia comprende il rischio della proprietà e/o conduzione di impianti sportivi in genere anche per danni subiti dai Soci e/o frequentatori degli impianti stessi.

Art. 74 Parchi

La garanzia comprende il rischio della proprietà e/o conduzione di parchi alberati e/o aree verdi adibite a maneggi, compresa la manutenzione degli stessi, anche se effettuata attraverso Ditte e/o persone non alle dipendenze e con l'uso di macchine e attrezzi sia di proprietà dell'Assicurato che di terzi.

Art. 75 Estensione di garanzia

A maggiore precisazione e/o estensione dell'oggetto dell'assicurazione si conviene che sono comprese in garanzia i sotto - elencati rischi e/o attività anche cedute in appalto con l'intesa che in tal caso la garanzia comprende solo la R.C. dell'appaltante.

- A. servizio pubblicitario tramite insegne, cartelli e striscioni;
- B. organizzazione o partecipazione ad esposizioni, fiere, mostre, mercati, congressi e convegni, compresi l'allestimento e lo smontaggio
- C. servizio mense, bar, ristoranti, compresa la somministrazione di cibi e bevande;
- D. operazioni di progettazione, montaggio, collaudo, manutenzione, riparazione e installazione degli impianti dell'Assicurato;
- E. conduzione, manutenzione, pulizia, riparazione e proprietà dei fabbricati in cui si svolge l'attività;
- F. servizio di vigilanza effettuato anche con guardiani armati e con cani, anche fuori dal recinto dello stabilimento;
- G. servizio antincendio aziendale, anche in occasione di eventuale intervento al di fuori dell'area dell'azienda e/o circolo;
- H. proprietà ed uso, anche all'esterno dell'azienda e/o circolo, di velocipedi e ciclo furgoncini senza motore;
- I. operazione di prelievo e/o consegna merci e materiali, comprese le operazioni di carico e scarico.
- J. servizi sanitari prestati in ambulatori, infermerie e posti di pronto soccorso, siti all'interno dei complessi sportivi, compresa la responsabilità personale dei sanitari e del personale ausiliare addetto purché tesserato.
- K. esercizio di uffici, depositi, magazzini e dalle attrezzature ivi esistenti, ovunque ubicati sul territorio italiano purché inerenti all'attività dichiarata in polizza, esclusa la responsabilità civile professionale derivante dall'attività svolta negli stessi.

L. proprietà o esercizio delle attrezzature, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva compresi tribune, stadi.

M. L'assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'Art.2049 del Codice Civile per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti in relazione alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà od in usufrutto dell'Assicurato od allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati. La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati, alle persone trasportate.

È fatto salvo in ogni caso il diritto di surrogazione della Società nei confronti dei responsabili.

Questa specifica estensione di garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa di € 260,00 per ogni sinistro e vale nei limiti territoriali dello Stato Italiano, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. Per la garanzia di cui al presente articolo non vale, quindi, l'eventuale estensione territoriale ad altri paesi.

PERSONALE NON TESSERATO ADDETTO A GARE O MANIFESTAZIONI

LE GARANZIE INFORTUNI E RESPONSABILITÀ CIVILE, PREVISTE PER I SOGGETTI A, SONO ESTESE, IN SEGUITO A RICHIESTA SCRITTA E PAGAMENTO PREMIO A:

- Personale non tesserato addetto a gare e/o manifestazioni.

1) MODALITÀ PER LA COMUNICAZIONE DI PERSONALE NON TESSERATO ADDETTO DA ASSICURARE

La Società organizzatrice (Comitato o Delegazione Territoriale, Società Sportiva Affiliata, Comitato organizzatore) della gara o manifestazione dovrà comunicare preventivamente al Broker:

- Denominazione della manifestazione da assicurare;
- L'elenco nominativo del personale addetto;
- Decorrenza e durata della manifestazione;
- Fotocopia dell'avvenuto versamento al broker, a mezzo bonifico bancario, dell'importo del premio dovuto.

PARTECIPANTI A CORSI, GARE O MANIFESTAZIONI

LE GARANZIE INFORTUNI E RESPONSABILITÀ CIVILE, PREVISTE PER I SOGGETTI A, SONO ESTESE, IN SEGUITO A RICHIESTA SCRITTA E PAGAMENTO PREMIO AI:

- Partecipanti a corsi, gare e/o manifestazioni.

2) MODALITÀ PER LA COMUNICAZIONE DI PARTECIPANTI DA ASSICURARE

La Società organizzatrice (Comitato o Delegazione Territoriale, Società Sportiva Affiliata, Comitato organizzatore) del corso, della gara o manifestazione dovrà comunicare preventivamente al Broker:

- Denominazione della manifestazione da assicurare;
- L'elenco nominativo dei partecipanti;
- Decorrenza e durata della manifestazione;
- Fotocopia dell'avvenuto versamento al broker, a mezzo bonifico bancario, dell'importo del premio dovuto.

SEZIONE SANITARIA

Art. 76 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti gli Atleti Top facenti parte del Club Olimpico.

Art. 77 Oggetto del rischio

L'assicurazione garantisce, entro i massimali previsti, il rimborso delle spese di cura sostenuti dall'Assicurato a seguito di infortunio o malattia occorsi o manifestatisi durante il periodo di convocazione alle squadre nazionali.

Art. 78 Limiti territoriali

La presente copertura si intende valida ed operante nel Mondo intero

Art. 79 Limiti delle garanzie

Rimborso Spese Mediche

La Società rimborsa fino alla concorrenza delle somme assicurate le spese sostenute nel caso di:

- a) Ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day-hospital) con o senza intervento chirurgico, nonché di intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, che si siano resi necessari per infortunio o malattia;
- b) Prestazioni specialistiche e diagnostica strumentale extraospedaliere;
- c) Prestazioni ambulatoriali e domiciliari;
- d) Acquisto di apparecchi protesici e terapeutici;
- e) Diaria sostitutiva
- f) Diaria da Immobilizzazione

La presente polizza garantisce altresì il rimborso delle spese sostenute per:

- malattie anche se queste sono diretta conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula del contratto;
- infortuni derivanti da situazioni preesistenti.

Somme Assicurate

Le garanzie di cui sopra prestate fino alla concorrenza delle seguenti somme assicurate che costituiscono la massima disponibilità per anno assicurativo e per assicurato:

- | | |
|---|--|
| - Ricovero in istituto di cura | Euro € 140.000,00 |
| - Ricovero per G.I.C. | Euro € 140.000,00 |
| - Prestazioni specialistiche extraospedaliere | Euro € 10.000,00 |
| - Prestazioni ambulatoriali e domiciliari | Euro € 10.000,00 |
| - Apparecchi protesici e terapeutici | Euro € 10.000,00 |
| - Diaria da Immobilizzazione | € 100,00 Max 45 gg - Scoperto 10 % minimo € 500,00 |

Art. 80 Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche garanzie

Prestazioni e limiti

- a) Spese rimborsabili in caso di ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza Intervento Chirurgico effettuato In Ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, che si siano resi necessari per Infortunio, malattia.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un intervento chirurgico rientrante tra quelli definiti «Grande intervento chirurgico» (come da elenco allegato), la somma assicurata per la garanzia si intende raddoppiata, fermo restando che tale disponibilità è da considerarsi per anno assicurativo e per persona.

La Società rimborsa:

nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura o l'intervento chirurgico, effettuato anche in ambulatorio, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, cure omeopatiche ed esami pre-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- prestazioni di laboratorio;
- onorari medici;
- trasporto all'istituto di cura dell'assicurato a seguito di malattia o infortunio con ogni mezzo sanitariamente attrezzato fino alla concorrenza di 1.600,00 Euro;
- trattamento laser per peggioramento visus

durante il ricovero in istituto di cura, le spese sostenute per:

- onorari dei medici;
- rette di degenza fino alla concorrenza di Euro 200,00 giornaliere;
- accertamenti diagnostici (analisi ed esami);
- medicinali;
- cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- assistenza infermieristica;
- rette di vitto e pernottamento, nell'istituto di cura, dell'accompagnatore, fino alla concorrenza di 80,00 Euro giornaliere e per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo elevate a 130,00 Euro in caso di ricovero c/o intervento all'estero, in quest'ultimo caso ove la struttura ospedaliera non preveda l'alloggio per l'accompagnatore saranno rimborsate le spese alberghiere purché documentate;

nonché in caso di intervento chirurgico (anche in ambulatorio e pronto soccorso) per:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, dell'assistente dell'anestesista, e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento);
- ricovero del donatore dell'organo trapiantato all'Assicurato;

nei 120 giorni dopo la cessazione del ricovero in istituto di cura (con o senza intervento chirurgico), o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso (limitatamente alle spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio, della malattia che hanno dato luogo al ricovero e/o intervento chirurgico) fino alla concorrenza della somma assicurata per:

- onorari dei medici;
- accertamenti diagnostici;
- prestazioni di laboratorio (analisi ed esami);
- trattamenti medico chirurgico infermieristici, fisioterapici, rieducativi;
- medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche anche derivanti da intervento chirurgico;
- cure termali (escluse le spese di natura alberghiera).

La presente garanzia è prestata con l'applicazione di uno scoperto del 10%, con il minimo di 260,00 Euro per sinistro.

b) Spese rimborsabili in caso di prestazioni extraospedaliere

La Società rimborsa le seguenti prestazioni sanitarie di diagnostica strumentale conseguenti a malattia o infortunio:

angiografia;
 artrografia;
 endoscopia;
 laser terapia
 risonanza magnetica nucleare;
 densitometria ossea;
 TAC;
 doppler;
 ecografia;
 elettroencefalografia;
 telecuore

La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza di 10.000,00 Euro da intendersi come disponibilità unica per anno assicurativo e per assicurato, con applicazione di uno scoperto per ogni sinistro nella misura del 10% con il minimo di 250,00 Euro delle spese effettivamente sostenute e documentate.

c) Spese rimborsabili in caso di prestazioni domiciliari e ambulatoriali

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni effettuate fuori dall'Istituto di cura conseguenti a malattia o infortunio:

onorari medici specialisti (escluse visite pediatriche, odontoiatriche, ortodontiche);
 accertamenti diagnostici;
 esami di laboratorio.

La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza di 10.000,00 Euro da intendersi come disponibilità unica per anno assicurativo e per assicurato con applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di 250,00 Euro.

d) Acquisti protesici e terapeutici

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici a seguito di infortunio o malattia che abbiano reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza di 10.000,00 Euro con applicazione di uno scoperto del 10%.

Art. 81 Condizioni Speciali

Sarà altresì rimborsata, entro il massimale di polizza e senza applicazione di alcuna franchigia:

1) Trasformabilità della prestazione

Se tutte le spese, esclusi eventuali "ticket", sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, la Società corrisponde un'indennità di 100,00 Euro per ogni giorno di ricovero, escluso in ogni caso il primo o l'ultimo, con il massimo di 150 giorni per ciascuna persona e per anno assicurativo.

2) Diaria giornaliera di convalescenza

In caso di convalescenza a seguito di ricovero che comporti intervento chirurgico, viene erogata una diaria di 55,00 Euro al giorno, fino ad un massimo di giorni pari a quello della durata del ricovero, e non oltre i 15 giorni.

3) Diaria sostitutiva

In caso di ricovero in pubblico presidio ospedaliero in sostituzione delle indennità previste per il ricovero viene erogata una diaria di 55,00 Euro al giorno, fino ad un massimo di giorni pari a quello della durata del ricovero, e non oltre i 15 giorni.

4) Anticipo indennizzi

Nei casi di ricovero in Istituto di cura è facoltà dell'assicurato richiedere anticipatamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate in contestuale presentazione di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, il giorno del ricovero, le cure e gli interventi previsti, il presunto ammontare totale delle spese.

L'anticipazione delle spese, sino al 50% può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle stesse non sia inferiore a 4.000,00 Euro ed avrà luogo entro 10 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda alla Società.

Art. 82 Esclusioni

Sono esclusi dal rimborso le spese relative a:

- malattie mentali e neuropsichiche;
- tossicodipendenze;
- H.I.V.;
- malattie dolosamente procurate;

- applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;
- cure dentarie conservative e/o chirurgiche, protesi dentarie, quando non sono rese necessarie infortunio;
- tutte le prestazioni sia sanitarie che economiche, eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up).

ELENCO RIMBORSO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali;
- Asportazione di neoplasie endocrinatiche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche;
- Cranioplastiche;
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico;
- Interventi per deviazione liquorale diretta o indiretta;
- Operazioni per encefalo meningocele;
- Lobotomia ed altri interventi di psicotomia;
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari;
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica;
- Interventi per epilessia focale;
- Interventi endorachidei per esportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari;
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi;
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale;
- Emisferectomia;
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici;
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale;
- Vagotomia per via toracica;

Faccia e bocca

- Plastica per paralisi del nervo facciale;
- Correzione naso a sella;
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- Parotidectomia con conservazione del facciale;
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne;
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo;
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare;
- Demolizione dell'osso frontale;
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne;
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- Resezione del mascellare superiore;
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronide mandibolare. Trattamento chirurgico e ortopedico;
- Fratture dei mascellari superiori. Trattamento chirurgico e ortopedico;

Collo

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne;

Esofago

- Interventi per diverticolo dell'esofago;
- Resezione dell'esofago cervicale;
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo;
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toracica – laparotomica;

- Mediastinotomia soprasternale per enfisema medianistico;
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post operatoria;
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne per tumori, resezioni parziali basi, alte e totali;

Torace

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare;
- Interventi sul mediastino per tumori;
- Resezioni segmentarie e lobectomia;
- Pneumectomia;
- Decorticazione polmonare;
- Pleuropneumonectomia;
- Toracectomia;
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi;
- Interventi per fistole bronchiali – cutanee;
- Asportazioni del timo;
- Toracoplastica totale;

Chirurgia cardiaca

- Pericardiectomia;
- Sutura del cuore per ferite;
- Interventi per corpi estranei del cuore;
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici;
- Commissurotomia;
- Operazioni per embolia dell'arteria polmonare;
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta;
- Sostituzione valvolare con protesi;
- Infartectomia in fase acuta;
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro;
- Bypass aorto - coronarico con vena;
- Bypass aorto - coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro;
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio;
- Impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenico – pericardica;
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore;

Stomaco, duodeno

- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro - digiunale per ulcera peptica post anastomotica
- Intervento per fistola gastro – digiuno – colica
- Cardiomioma extramucosa

Peritoneo e Intestino

- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesioni di organi interni parenchimali
- Idee con lesioni dell'intestino – Resezione intestinale
- Occlusione intestinale, di varia natura – resezione intestinale
- Resezione del tenue
- Resezione ileocecale
- Colectomia totale

Retto

- Amputazione del retto per via sacrale
- Amputazione del retto per via ad domino - perineale

Fegato e vie biliari

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Resezione epatica
- Epatico e coledoctomia
- Papillotomia per via transduodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrotomia, colecisto e enterostomia)

Pancreas - Milza

- Interventi di necrosi acuto del pancreas
- Interventi per cisti o pseudocisti:
 - o enucleazioni delle cisti
 - o marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi del pancreas:
 - o totale o della testa
 - o della coda
- Splenectomia
- Anastomosi mesenterica – cava
- Anastomosi porto – cava e spleno – renale

Vasi

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: Carotidi, vertebrale, succlavia, tronco branco-cefalico, iliache
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima
- Disostruzione bypass aorta addominale
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale

Pediatria

- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia dell'esofago
- Fistola dell'esofago
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento ad domino peritale
- Atresia dell'ano con fistola retto uretale o retto vulvare – abbassamento addomino perineale
- Eteratoma sacrococcigeo
- Megauretere
- Resezione con reimpianto
- Resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Megacolon – operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson

- Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

Ortopedia e traumatologia

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Artroprotesi di anca
- Protesi di femore
- Artroprotesi di ginocchio
- Artroprotesi di gomito
- Protesi di Thompson
- Protesi di spalla e gomito
- Protesi di polso
- Protesi di ginocchio
- Vertebrotonia

Urologia

- Intervento per fistola vescico – rettale
- Cistectomy totale con ereterosigmoidostomia
- Ileocisto plastica – colicisto plastica
- Cistectomy totale
- Intervento per fistola vescico – intestinale
- Intervento per estrofia della vescica
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefroureterectomy totale

Apparato genitale

- Orchiectomy per neoplasie maligne con linfadenectomy
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- Crazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- Crazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- Crazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- Cura chirurgica di fistola vescico – vaginale
- Cura chirurgica di fistola uterale
- Cura chirurgica di fistola retto vaginale
- Metroplastica
- Pannistectomy radicale per via addominale
- Pannistectomy radicale per via vaginale
- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomy totale

Oculistica

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Trabeculectomy

Otorinolaringoiatria

- Chirurgia della sordità otosclerotica
- Timpanoplastica
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine
- Decompressione del nervo facciale
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia

- Resezione del nervo petroso superficiale

Laringe

- Laringectomia orizzontale sopraglottica
- Laringectomia parziale verticale
- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia

SEZIONE TUTELA LEGALE E PERITALE

Art. 83 Soggetti assicurati

Le garanzie vengono prestate a tutela dei diritti della FIDAL, dei Soggetti A, B e C per fatti inerenti l'esercizio delle loro funzioni istituzionali.

Art. 84 Oggetto dell'assicurazione

La Società assume a proprio carico con la stipulazione del presente contratto, in luogo dei Soggetti Assicurati, gli oneri, le spese e competenze del legale liberamente scelto dalle persone assicurate, le spese giudiziarie e processuali, gli onorari dei periti di parte e quelli nominati dal Giudice, le spese di transazione e soccombenza, per fatti inerenti all'attività esercitata e/o connessi allo svolgimento dei rispettivi incarichi e mansioni e si riferisce ai seguenti casi:

la difesa in procedimenti penali per delitti colposi e/o contravvenzioni, compresi quelli derivanti dalla circolazione stradale, purché conseguenti ad incidente. La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato;

la difesa in procedimenti penali per delitti dolosi conclusi con proscioglimento o assoluzione con decisione passata in giudicato; sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi causa. La Società rimborsa le spese di difesa sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato;

l'esercizio di pretese di risarcimento danni a persone e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi;

resistere a pretese risarcitorie per danni extracontrattuali cagionati a terzi ai sensi degli artt. 2392, 2394 e 2395 C.C. ove, ai sensi dell'art. 1917 C.C., risultino adempiuti gli obblighi dell'Assicuratore di responsabilità civile degli Assicurati;

recupero danni a persone e/o cose subiti per fatti illeciti di terzi nello svolgimento delle attività istituzionali sia in fase stragiudiziale che giudiziale. Sono compresi i danni subiti per eventi originati dalla circolazione stradale con mezzi dell'Ente e/o Società di appartenenza o di proprietà privata sempreché connessi all'espletamento di servizi autorizzati dall'Ente e/o dalla Società di appartenenza;

la Società rimborsa inoltre le spese di difesa sostenute per vertenze di natura fiscale ed amministrativa.

Vengono escluse le richieste di tutela relative alla giustizia sportiva.

Art. 85 Decorrenza della garanzia

L'assicurazione vale per i casi assicurativi presentati per la prima volta all'Assicurato entro il periodo di efficacia dell'assicurazione e comunque non oltre il limite di un anno dalla cessazione del contratto stesso, e a condizione che tali casi siano conseguenti a fatti posti in essere nei tre anni antecedenti alla data di stipula del contratto, con l'esclusione dei casi già noti al Contraente e/o all'Assicurato alla data di stipula del contratto.

Art. 86 Gestione delle vertenze di danno – libera scelta del legale e del perito

Ad integrazione di quanto stabilito all'art. 13 – Denuncia dei sinistri - L'Assicurato è tenuto a denunciare all'Assicuratore eventuali sinistri non appena abbia avuto la possibilità e, comunque

entro 30 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza. In ogni caso deve, pena la decadenza del diritto alla garanzia assicurativa, fare pervenire all'Assicuratore la notizia di ogni atto a lui notificato entro 30 (trenta) giorni dalla data della notifica stessa.

Contemporaneamente con la denuncia, l'assicurato ha diritto di indicare un unico legale, segnalandone il nominativo all'Assicuratore, che assumerà a proprio carico le spese relative. Dalle spese si intendono escluse quelle relative all'eventuale trasferta del Legale o del Perito nominato.

In caso di omissione di tale indicazione, l'Assicuratore si intende delegato a provvedere direttamente alla nomina di un legale al quale l'Assicurato deve conferire il proprio mandato.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interesse con l'Assicuratore.

Pena la decadenza dal diritto al rimborso, l'Assicurato non può dare corso ad azioni, né raggiungere accordi, né addivenire, direttamente con la controparte, ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, senza preventiva autorizzazione dell'Assicuratore, pena il rimborso delle spese, competenze ed onorari sostenuti dall'Assicurato stesso.

L'assicuratore non è responsabile dell'operato di Legali e di Periti.

Art. 87 Arbitrato irrituale

Le parti si obbligano a devolvere ad un Collegio Arbitrale qualsiasi controversia che dovesse insorgere circa l'interpretazione, la validità o l'esecuzione del presente contratto. Il collegio sarà costituito da tre Arbitri di cui le parti designeranno i primi due singolarmente, ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo, il terzo competente il Collegio Arbitrale sarà nominato dal Presidente del Consiglio dell'Ordine degli avvocati del luogo ove si svolgerà l'arbitrato.

Tale luogo è quello del Comune di residenza dell'Assicurato, Ciascuna delle parti risponde delle spese del proprio arbitro e della metà di quelle del terzo arbitro.

La decisione del Collegio è inappellabile ed obbligatoria per le parti, anche se uno degli arbitri si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 88 Recupero di somme

Tutte le somme comunque liquidate in caso di soccombenza della Controparte a titolo di capitale ed interessi, spettano integralmente all'Assicurato.

Gli onorari, le competenze e le spese recuperate in sede giudiziale o concordate in via transattiva spettano invece all'Assicuratore che le ha sostenute o anticipate.

Art. 89 Presenza di garanzia di responsabilità civile

Qualora l'Assicurato abbia in corso una polizza contro la responsabilità Civile, si dà atto che la presente assicurazione viene prestata per l'eccedenza rispetto a quanto indennizzato dalla predetta polizza a titolo spese di resistenza (art. 1917 C.C.) e fino alla concorrenza dei massimali pattuiti.

Art. 90 Altre assicurazioni

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente assicurazione ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza dei limiti previsti dal presente contratto.

Per quanto coperto sia dalla presente assicurazione sia dalle altre polizze, stipulate dal

medesimo Contraente/Assicurato, la Società risponde solo per le somme eccedenti le suddette polizze fino alla concorrenza dei limiti previsti dal presente contratto. In caso di inoperatività per qualunque motivo delle suddette polizze (limiti, condizioni, franchigie, ecc.), la presente assicurazione opererà senza tenere conto dei contratti preesistenti.

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Art. 91 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per controversie che traggano origine:

- a) per vertenze concernenti il diritto di famiglia, delle successioni e delle donazioni;
- b) dal recupero dei crediti relativi a prestazioni prestate dagli Assicurati;
- c) da fatti connessi alla navigazione e giacenza in acqua di natanti, nonché all'impiego di aeromobili;
- d) da responsabilità penali derivanti da fatto doloso degli assicurati;
- e) per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
- f) per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, e serrate, nonché da detenzione o impiego di sostanze radioattive;
- g) per vertenze concernenti diritto di brevetto, marchio, autore, esclusiva, concorrenza sleale, rapporti tra Soci e Amministratori;
- h) se il conducente non è abilitato alla guida del veicolo oppure se il veicolo è usato in difformità da immatricolazione, per una destinazione o un uso diversi da quelli indicati sulla carta di circolazione, o non è coperto da regolare assicurazione obbligatoria RCA, salvo che l'Assicurato, occupato alle altrui dipendenze in qualità di autista ed alla guida del veicolo in tale veste, dimostri di non essere a conoscenza dell'omissione degli obblighi di cui alla legge 24/12/1969 n. 990 e s.m.i.;
- i) nei casi di guida sotto l'influenza dell'alcool (art. 18 N.C.d.S) guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (art. 187 N.C. d.S.) o per violazione dell'art. 189, comma 1 N.C.d.S. (comportamento in caso di incidente)

Art. 92 Massimali

L'assicurazione è prestata – per evento denunciato, senza limite per anno assicurativo- per un massimale nelle misure di seguito riportate nella sezione somme assicurate.

SEZIONE SOMME ASSICURATE

GARANZIA INFORTUNI

Tesserati

Caso morte	€	80.000,00
Caso lesioni	€	80.000,00 – Franchigia 5%
Rimborso spese mediche (solo in caso di trattamento chirurgico)	€	5.000,00

Integrativa Tesserati

Caso morte	€	120.000,00
Caso lesioni	€	120.000,00 – Franchigia 3%
Rimborso spese mediche (anche senza intervento chirurgico)	€	5.000,00

Soggetti A

Caso morte	€	250.000,00
Caso lesioni	€	250.000,00 – Franchigia 3%
Rimborso spese mediche	€	10.000,00

Soggetti B

Caso morte	€	150.000,00
Caso lesioni	€	150.000,00 - Franchigia 3%

Soggetti C

Caso morte	€	120.000,00
Caso lesioni	€	120.000,00 - Franchigia 3%
Diaria da gesso	€	200,00 - una tantum
Diaria da ricovero	€	50,00/die - Max 60 gg.
Franchigia 3 gg.		

Club Olimpico

Caso morte	€	250.000,00
Caso lesioni	€	250.000,00 – Franchigia 3%

GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Tesserati e Soggetti A

per ogni sinistro	€ 550.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 550.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 550.000,00

Società Affiliate

per ogni sinistro	€ 2.000.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 2.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 2.000.000,00

Contraente e "Gestione impianti"

per ogni sinistro	€ 3.000.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 3.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 3.000.000,00

GARANZIA RESPONSABILITÀ VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

Contraente, Società Affiliate

per ogni sinistro	€ 1.000.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.000.000,00

GARANZIA SANITARIA

Atleti Top facenti parte del
Club Olimpico
Rimborso spese sanitarie

Vedi sezione dedicata

GARANZIA TUTELA LEGALE

Soggetti Assicurati: Componenti de Consiglio Federale
(compreso Presidente e Segretario Generale), revisori dei
Conti e componenti degli Organi di Giustizia Federali

€ 30.000,000

Presidenti regionali, Presidenti e Delegati Provinciali e
Responsabili dei settori federali

€ 15.000,00

A) - PREMI UNITARI INFORTUNI

Tesserati	n.	185.000	x	€	=	€
Integrativa Tesserati	n.	1	x	€	=	€
Club Olimpico	n.	200	x	€	=	€
Soggetti A	n.	15	x	€	=	€
Soggetti B	n.	21	x	€	=	€
Soggetti C	n.	24.255	x	€	=	€
Totale premi				=	=====	
				€		

PRODOTTI AD ADESIONE PER SOCIETÀ AFFILIATE

Personale non tesserato addetto a gare e manifestazioni (premi per singola giornata)	
Fino a 30 addetti	€
Da 31 a 50 addetti	€
Ogni addetto oltre i 50	€

Partecipanti a corsi, gare e manifestazioni (premi per singola giornata)	
Fino a 100 partecipanti	€
Da 101 a 300 partecipanti	€
Ogni partecipante oltre i 300	€

B) - PREMI UNITARI RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI/VERSO PRESTATORI DI LAVORO

Tesserati	n.	185.000	x	€	=	€
Club Olimpico	n.	200	x	€	=	€
Soggetti A	n.	15	x	€	=	€
Soggetti B	n.	21	x	€	=	€
Soggetti C	n.	24.255	x	€	=	€
Società Affiliate	n.	2610	x	€	=	€
Gestione impianti	n.	1	x	€	=	€
Federazione	n.	1	x	€	=	€

=====

Totale premi = €

Personale non tesserato addetto a gare e manifestazioni (premi per singola giornata)	
Fino a 30 addetti	€
Da 31 a 50 addetti	€
Ogni addetto oltre i 50	€

Partecipanti a corsi, gare e manifestazioni (premi per singola giornata)	
Fino a 100 partecipanti	€
Da 101 a 300 partecipanti	€
Ogni partecipante oltre i 300	€

C) - PREMI SANITARIA

Atleti Top facenti parte del
Club Olimpico n. 200

x € = €
=====

Totale Premi = €

D) - PREMI TUTELA LEGALE

Soggetti A n. 15 x € = €

Soggetti B n. 21 x € = €

Soggetti C n. 24.255 x € = €

Totale Premi = €

TOTALE PREMI GENERALE (A+B+C+D)	€
--	----------

PREMIO MINIMO ANNUALE

La contraente riconosce un premio annuale, corrispondente al totale dell'importo derivato dalla somma dei premi relativi alla Sezione Premi, di €

PAGAMENTO DEL PREMIO

La Contraente riconosce un premio minimo annuale complessivo di €

Il pagamento dei premi verrà corrisposto in n° 2 rate di cui €alla firma e, successivamente in n° 1 rate di pari importo alla prima.

LA CONTRAENTE

LA COMPAGNIA ASSICURATRICE