

POLIZZA CONVENZIONE MULTIRISCHI INFORTUNI – RCTO



FEDERAZIONE ITALIANA
DI ATLETICA LEGGERA

CATTOLICA ASSICURAZIONI



CIG 7273343883

Polizza RCTO n. 00079732000003
Polizza Infortuni n. 00079731000114
Decorrenza 31.12.2017
Scadenza 31.12.2020

**CONVENZIONE ASSICURATIVA MULTIRISCHI A FAVORE DELLA FIDAL,
FEDERAZIONE ITALIANA ATLETICA LEGGERA , DEI SUOI TESSERATI , SUOI ORGANI
PERIFERICI E ALLE ASSOCIAZIONI E SOCIETA' SPORTIVE AFFILIATE**

DEFINIZIONI

Contraente

F.I.D.A.L. Federazione Italiana Atletica Leggera

Assicurato

La persona o l'Ente il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione

Società

L'impresa assicuratrice nonché le eventuali coassicuratrici

Premio

La somma dovuta dalla Contraente alla Società

Beneficiario

L'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

Associazioni Sportive

Associazioni e Società sportive affiliate alla F.I.D.A.L.

Tesserato

Ogni singolo soggetto iscritto alla Federazione Italiana Atletica Leggera autorizzato e convocato

Atleta nazionale

Il tesserato F.I.D.A.L. facente parte delle squadre nazionali dalla Federazione

Atleta di interesse federale

Il tesserato F.I.D.A.L. non facente parte stabilmente delle squadre nazionali che viene saltuariamente e temporaneamente convocato per gare, stage, allenamenti come aggregato alle squadre nazionali

Soggetti A:

Presidente, Membri del Consiglio Federale, Revisori dei Conti Nazionali, Segretario Generale, Presidenti e Membri dei Consigli Regionali e Provinciali, Revisori dei Conti Periferici, Delegati Regionali e Provinciali, Componenti Giunta Nazionale, Presidenti Regionali.

Soggetti B

Delegati Tecnici, Massaggiatori, Allenatori e responsabili della preparazione atletica con un contratto in essere con F.I.D.A.L., Direttori Agonistici e Tecnici, Direttori Sportivi, Giudici di Gara in attività,

Membri delle Commissioni federali Tecniche Agonistiche e Funzionali, Membri degli Organi di Giustizia Federali, Membri di Federazioni Internazionali, Medici e Paramedici Federali e Membri Commissione Antidoping, Giudici Internazionali, Nazionali, Regionali e Provinciali, Benemeriti Giudici Assistenti Internazionali Regionali.

Massimale

L'importo massimo della prestazione della Società.

Franchigia

L'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo.

Scoperto

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.

Day Hospital

Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

Indennizzo

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro; per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base alla Tabella A di cui al Decreto del 3-11-2010, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20 dicembre 2010, n° 296. S, al netto della franchigia prevista dalla presente convenzione.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte o una invalidità permanente.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Invalidità permanente

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Inabilità temporanea

Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni.

Ricovero

Periodo di degenza in istituto di cura (pubblico o privato). Viene considerata ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purché certificata da cartella clinica.

Trattamento chirurgico

Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista.

Istituto di cura

L'ospedale, la clinica o istituto universitario, la casa di cura, le strutture di pronto soccorso, gli ambulatori e le strutture di riabilitazione 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 e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

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.

Assistenza Infermieristica

L'assistenza prestata da personale munito di diploma.

CONVENZIONE ASSICURATIVA MULTIRISCHI A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA ATLETICA LEGGERA DEI SUI TESSERATI, ORGANI PERIFERICI E ALLE ASSOCIAZIONI E SOCIETA' SPORTIVE AFFILIATE

Tra la FEDERAZIONE ITALIANA ATLETICA LEGGERA qui di seguito in brevità definita anche "F.I.D.A.L." e la Compagnia di Assicurazione, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole Contraente e Società, viene stipulata la seguente convenzione per le seguenti coperture assicurative:

- Polizza sezione Infortuni;
- Polizza sezione Rimborso Spese Mediche (esclusivamente per gli Atleti Elite e di interesse nazionale)
- Polizza sezione R.C.T personale tesserati; a favore della F.I.D.A.L., 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 3 (tre) anni con decorrenza dalle ore 24.00 del 31.12.2017 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2020. **In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata inviata da una delle parti entro il 30/09 di ciascuna annualità, la presente polizza si intende prorogata per un ulteriore anno e così successivamente.**

E' facoltà della Contraente, alla naturale scadenza del 31.12.2020, richiedere alla Compagnia la proroga della convenzione assicurativa fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione di nuova convenzione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni, proroga che dovrà essere concessa alle condizioni economiche e normative vigenti all'atto della richiesta.

Art. 2 - Titoli che danno diritto all'assicurazione

I titoli che costituiscono diritto alle garanzie assicurative, senza distinzione di attività praticata purché rientrante negli scopi della Federazione Italiana Atletica Leggera, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, sono la registrazione ovvero la registrazione on-line in caso di tesseramento elettronico, effettuata direttamente anche dal singolo tesserato- RUN CARD -.

La registrazione a cura della F.I.D.A.L. a mezzo dei suoi organi periferici (Comitati regionali, provinciali, territoriali, Società, etc.) da questa specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Si precisa inoltre che la F.I.D.A.L., le associazioni e le società sportive affiliate alla F.I.D.A.L. ed i Soggetti A, B e C sono da intendersi automaticamente assicurati.

Per gli Atleti Elite e di interesse Nazionale la presenza nell'apposito elenco nominativo di convocazione.

Art. 3 - 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. 4 - Foro competente - clausola arbitrale

Le controversie che dovessero insorgere fra le parti della presente Convenzione, escluse quelle non compromettibili ad arbitri, inerenti l'interpretazione e/o l'esecuzione e/o lo scioglimento della presente Convenzione saranno deferite al Tribunale di Roma.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 5 - Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti gli assicurati anche in caso di partecipazione a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali F.I.D.A.L. 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 - Variazioni del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 (ex artt. c.c. 1892, 1893 e 1894). L'omissione della dichiarazione da parte della Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza aggravante del rischio durante il corso della polizza medesima, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 8 – Aggravamento del rischio

Ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile 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.

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 – Buona fede

Si conviene che l'eventuale omissione, incompletezza, inesattezza della dichiarazione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio durante il corso della validità del presente contratto non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, **sempreché tali omissioni o inesatte o incomplete dichiarazioni siano avvenute in buona fede.**

L'assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio concordato tra le parti in relazione al maggior rischio esistente, con decorrenza retroattiva dal momento in cui la circostanza aggravante ha avuto inizio, ma il massimo di una annualità dal momento dell'accertamento e/o notifica.

Art. 11 – Pluralità di Assicurati

Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati tra di loro.

Art. 12 - Costituzione del Premio- Incasso degli acconti e regolazioni premio

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla “Sezione premi” nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

La Contraente fornirà quindi alla Società, entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo annuale ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti del Contraente inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati. A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

Per “parametri di riferimento” si intende:

per la Sezione RCT/O:

1. n. Soggetti A / B
2. n. Atleti Elite e di interesse nazionale;
3. n. Tesserati ;
4. n. Run Card ;
5. Contraente ;
6. n. Società affiliate .

per la Sezione Infortuni:

1. n. Soggetti A /B ;
2. n. Atleti Elite e di Interesse Nazionale .
3. n. Tesserati ;
4. n. Run Card .

per la Sezione Rimborso Spese Mediche:

1. n. Atleti Elite e di interesse nazionale .

Il Contraente è esonerato dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Altrettanto, il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

Art. 13 - Frazionamento del Premio Annuo

Il premio annuale viene corrisposto in due rate semestrali anticipate di cui la prima alla decorrenza del presente contratto. Per le successive rate viene stabilito un periodo di mora di 60 giorni.

Art. 14 - 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 del rilascio del titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi dell'art. 2 del presente contratto *"Titoli che danno diritto all'assicurazione"*, e scade il 31.12 successivo di ogni anno, ferma restando la disponibilità da parte della Contraente di inviare alla Società, su supporto meccanografico, l'elenco nominativo di tutti i Tesserati iscritti, nonché gli elenchi o calendari contenenti l'indicazione della data e del luogo delle gare e/o manifestazioni organizzate sotto l'egida della F.I.D.A.L.

Durata e decorrenza Tessera RUN CARD: La stessa decorre dalle ore 24:00 del giorno del tesseramento online – purché sia compreso nel periodo di durata della Convenzione (fissato al precedente Art 1) e scade alle ore 24:00 del 365° giorno successivo (366° in caso di anno bisestile).

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 31.12.2017, 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 verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo, in data posteriore all'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 Contraente, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti dalla Contraente stessa, e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dall'organizzazione della F.I.S.I., dei suoi Organi Periferici e delle Società/Associazioni Sportive Affiliate.

Limitatamente alla Sezione Infortuni l'assicurazione cesserà comunque *alle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza del tesseramento stesso anche nel caso di cessazione di validità dell'assicurazione.*

Sempre e solo limitatamente alla Sezione Infortuni, in caso di omesso pagamento del premio da parte del Contraente, qualora l'assicurato possa esibire la tessera associativa per la qualifica rivestita al momento del sinistro rilasciata prima della data dell'Infortunio, la Società provvederà ad erogare l'indennizzo fatto **salvo il diritto di rivalsa ai sensi dell'articolo 1916 del c.c.**

Art. 15 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 16 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero. **Limitatamente alla garanzia di R.C.T., la garanzia è operante in U.S.A. e CANADA relativamente alle attività svolte per motivi di lavoro o servizio, di rappresentanza o per la partecipazione ad attività sportive. Sono comunque esclusi i sinistri derivanti o conseguenti a guerra e terrorismo.**

Il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato in Euro e comunque in Italia.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 - Altre assicurazioni

L'Assicurato e/o la Contraente sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da esso stipulate per il medesimo rischio.

Art. 19 - Oneri fiscali

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

Art. 20 - 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. 21 - Coassicurazione (se applicabile)

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote tra diverse Società Coassicuratrici, la compagnia delegataria, in via solidale, sarà tenuta a rispondere di tutti gli obblighi derivanti dal contratto assicurativo.

Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla Società, la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società. La sottoscritta Società dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società sui Documenti di assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Art. 22 – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto per l'intera durata al Broker MAG JLT S.P.A. e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker MAG JLT 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.

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 10% (dieci 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.

Art. 23 – Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 Agosto 2010 n. 136 e s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla F.I.D.A.L. gli estremi identificativi dei conti correnti bancari e/o postali dedicati, anche se non in via esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità ed al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire, salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata, tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati alla F.I.D.A.L.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, comma 8 della Legge.

Art. 24 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La società si impegna a fornire alle scadenze annuali al Contraente per il tramite del broker incaricato, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti (con indicazione delle motivazioni a riguardo);

Le parti danno atto che la disposizione di cui sopra è essenziale per la corretta esecuzione delle obbligazioni di polizza, essendo espressamente prevista nel reciproco interesse di una ordinata ed efficace gestione dei sinistri e nell'ottica di un'adeguata e puntuale verifica dell'andamento della sinistrosità.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 25 Prescrizione dei diritti

I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto sul quale il diritto si fonda (il diritto si fonda art. 2952 del codice civile).

Art. 26 Assicurazione obbligatoria degli sportivi

L'art. 51 della Legge n. 289 del 27/12/2002 e s.m.i. prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione infortuni per atleti, tecnici e dirigenti. Pertanto, in deroga a quanto previsto all'Art.12 ed all'Art. 14 Assicuratore e Contraente concordano che l'Assicuratore è sempre tenuto a risarcire l'Assicurato, **salvo il diritto di rivalersi nei confronti della Contraente**, per le garanzie previste dal regolamento di attuazione della legge stessa.

SEZIONE I - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D'OPERA

Descrizione attività

La seguente descrizione viene riportata a titolo esemplificativo e non limitativo, dato che la presente polizza esplica la propria validità per tutti i casi in cui possa essere reclamata una responsabilità, anche quale committente, organizzatore od altro dell'Assicurato, salve le esclusioni espressamente menzionate.

L'attività dei soggetti assicurati riguarda:

- la promozione e l'organizzazione delle attività sportive e turistico ricreative volte alla pratica degli sport rientranti negli scopi della Contraente;

- l'esercizio e lo svolgimento dell'attività sportiva, anche al solo scopo ricreativo, compreso ma non limitatamente a preparazione, allenamenti anche individuali, corsi e gare, nonché lo svolgimento dei relativi preliminari;
- riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, regolarmente organizzati ed assistiti dagli appositi accompagnatori con gli ordinari mezzi pubblici di trasporto, di proprietà o a disposizione della FIDAL dei suoi organi periferici, delle Associazioni e Società Sportive affiliate. Si considerano mezzi pubblici di trasporto anche gli automezzi a noleggio da rimessa, appositamente noleggiati, con o senza autista dell'impresa, per spostamenti collettivi di complessi di atleti o di squadre.

L'assicurazione è prestata a favore 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 iniziative associative, di gare, organizzate dalla FIDAL per proprio conto dai Comitati o Delegazioni Territoriali e dalle Società Sportive affiliate.

Art. 27 - Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per la FIDAL, i suoi organi periferici, le Associazioni e Società Sportive affiliate, per i soggetti A, B, gli Atleti delle squadre nazionali e di tutti i Tesserati.

Art. 28- Oggetto della Assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali, per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta comprese tutte le operazioni e attività accessorie, sussidiarie e/o complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, nessuna esclusa né eccettuata ovunque **nell'ambito della validità territoriale della polizza**, in applicazione delle leggi e/o delle delibere dei propri organi e/o comunque di fatto svolti.

Per i soggetti A, B, e per gli Atleti della squadra nazionale e di interesse nazionale le garanzie saranno operanti anche in occasione di riunioni organizzative e di missioni, compreso il rischio in itinere anche con mezzi propri e come trasportati su mezzi di altro convocato.

La garanzia RCT si estende ai prestatori d'opera presi in affitto tramite ditte regolarmente autorizzate. Sono compresi sia i danni subiti da tali soggetti che quelli provocati a terzi e/o dipendenti dell'Assicurato da tali soggetti.

È comunque garantita l'azione di rivalsa esperita dall'INPS e/o dall'INAIL.

Art. 29 - Novero dei Terzi

Si conviene fra le parti che:

- tutti i soggetti, sia persone fisiche, che giuridiche, agli effetti della presente polizza vengono considerati "Terzi" tra di loro;
- **non sono considerati terzi le persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato, dipendenti o non dipendenti di quest'ultimo, quando subiscano il danno in occasione di servizio, ed operi nei loro confronti la successiva garanzia "Responsabilità Civile verso le persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato".** In caso contrario detti soggetti saranno considerati terzi a tutti gli effetti;
- gli Assicurati sono considerati terzi fra di loro per sinistri che si siano verificati durante lo svolgimento dell'attività rientranti negli scopi della FIDAL;
- **non sono considerati terzi fra di loro, il coniuge, i genitori, i figli degli assicurati, nonché qualsiasi altro parente od affine con loro convivente ad eccezione dei casi riguardanti la lesione personale in cui, pur sussistendo i predetti rapporti, la lesione stessa si sia verificata durante le attività coperte dalle presenti garanzie.**

Art. 30 - Altre Assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e limiti

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

- 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;
- 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. 31- Esclusioni

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

- a) i danni da furto;
- b) i danni ricollegabili a rischi di responsabilità civile per i quali, in conformità al D.Lgs. n. 209 del 9 settembre 2005 – Titolo X, e successive variazioni ed integrazioni, l'Assicurato sia tenuto all'assicurazione obbligatoria, nonché da impiego di aeromobili; si intende compresa la Responsabilità civile derivante da danni a Terzi Trasportati sui veicoli a motore di proprietà dell'Assicurato mentre circolano all'interno delle aree di pertinenza;
- c) i danni a cose dovute a cedimento o franamento del terreno se tali danni derivino da lavori che implichino sottomurature o altre tecniche sostitutive;
- d) i rischi di proprietà di fabbricati, dell'esercizio di ogni attività di gestione che non abbia carattere di manifestazione, dell'esercizio di bar, spacci, mense, ristoranti, alberghi, case per ferie ed altri esercizi commerciali anche se usati esclusivamente dai tesserati;
- e) i danni provocati a cose che l'assicurato abbia in consegna, o detenga a qualsiasi titolo;
- f) i danni provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato e da questi detenute;
- g) i danni alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate;
- h) i danni ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano dei lavori;
- i) i danni conseguenti all'esercizio delle attrezzature e degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento dell'attività sportiva;
- j) i danni conseguenti a guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra;
- k) i danni derivanti da estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di asbesto puro e/o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto; sono altresì esclusi i danni derivanti da uso di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
- l) i danni provocati da campi elettromagnetici.

Art. 32 – Esclusioni specifiche dell'Assicurazione RCT dei Tesserati

Limitatamente all'Assicurazione RCT dei Tesserati, l'Assicurazione di cui alla presente sezione NON comprende la Responsabilità Civile relativa ai danni:

- Provocati sotto l'influsso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
- Derivanti da condotta deliberatamente imprudente dell'Assicurato;

- **Derivanti dall'inoservanza della normativa ufficiale;**
- **Cagionati dall'esercizio di qualsiasi attività professionale, o connessi con affari, locazioni o noleggi di beni dell'Assicurato;**
- **Causati dalla proprietà, uso o custodia di animali;**
- **Causati dalla proprietà, detenzione od uso di armi, anche da fuoco;**
- **Da atti dolosi;**
- **Derivanti da inquinamento dell'ambiente, da qualsiasi causa determinato;**
- **Da furto;**
- **Derivanti dalla proprietà, possesso, uso e guida di veicoli a motore o attrezzi motorizzati di qualsiasi genere;**
- **Indiretti;**
- **Conseguenti all'esercizio delle attrezzi, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento dell'attività sportiva;**
- **Derivanti dalla proprietà o conduzione di fabbricati;**
- **Provocati a cose che l'Assicurato abbia in consegna o detenga a qualsiasi titolo;**
- **Provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da questi detenute;**
- **Alle cose che vengono trasportate, rimorchiare, trainate, sollevate, caricate o scaricate;**
- **Ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano dei lavori.**

Art. 33 - Responsabilità civile verso persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato (RCO)

La Società si obbliga a tenere indenne gli Assicurati di quanto questi siano tenuti a pagare (capitale, interessi e spese) quali civilmente responsabile:

- a) ai sensi degli art. 10 e 11 del DPR 30 giugno 1965 n. 1124, per gli infortuni e malattie professionali, compreso il danno biologico, sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti, la garanzia si intende estesa anche ai lavoratori parasubordinati di cui art.5 del D.lgs n.38 del 23 febbraio 2000;
- b) nonché ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento dei danni eccedenti non rientranti nella disciplina del DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e del D.lgs 23/02/2000 n.38, cagionati ai prestatori di lavoro suddetti per morte e lesione personale, compreso il danno biologico, dalla quale sia derivata una invalidità permanente, valutata sulla base delle tabelle di cui al DPR n. 1124.

La Società, inoltre, è obbligata a tenere indenne gli Assicurati delle conseguenze di azioni di regresso che, in relazione agli eventi sopra citati, fossero esperite dall'INAIL ed anche dall'INPS ai sensi della legge 12 giugno 1984 n. 222.

La sentenza che accerta la responsabilità civile e costituisce l'INAIL in credito verso la persona civilmente responsabile, costituisce titolo a identificare l'INAIL stesso quale creditore della Società, che è quindi obbligata nei limiti ed alle condizioni del presente contratto, a rimborsare a detto Istituto l'importo degli indennizzi a suo carico e delle spese accessorie.

Non costituisce motivo di decadenza delle presenti garanzie, la mancata assicurazione presso l'INAIL di personale quando ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti al riguardo, nonché da omissione involontaria della segnalazione preventiva di nuove posizioni assicurative INAIL.

La Società mette a disposizione degli Assicurati l'importo del danno allorché le richieste avversarie risultino fondate in base a valutazioni concordate fra gli Assicurati e la Società stessa. Il libro paga è conservato a cura della FIDAL ed esibito dalla stessa per ogni accertamento o controllo richiesto dalla Società.

Le presenti garanzie sono operanti anche:

- nei confronti degli apprendisti e del personale in prova per brevi periodi anche quando non esista ancora regolare denuncia degli stessi all'INAIL;
- nei confronti delle persone che si trovino presso gli Assicurati per addestramento, stage, tirocinio, corsi di formazione, studi, ricerche lavoratori di lavoro temporaneo che prestano servizio presso la Contraente ai sensi della legge 24/06/1997 n.196 o altro, anche se non sottoposti all'assicurazione obbligatoria.

Art. 34- Gestione delle vertenze e spese di resistenza

La Società assume la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando di intesa con lo stesso, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. La difesa dell'Assicurato viene assunta fino alla definitiva tacitazione dei terzi e ad esaurimento del giudizio nel grado in corso al momento della liquidazione del sinistro.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa 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 al rispettivo interesse. La Società non riconosce peraltro le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende. La Società si impegna a fornire tempestivamente copia degli atti processuali ed ogni informazione relativa all'andamento delle liti giudiziali.

Art. 35 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del Codice Civile, la denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Società - Broker o all'ufficio all'uopo preposto:

- **in caso di sinistro di "responsabilità civile verso terzi", entro 30 giorni da quando l'Assicurato ha avuto conoscenza della richiesta risarcitoria avanzata dai danneggiati o dai loro aventi causa. Nei casi di particolare gravità l'Assicurato è tenuto a darne notizia nel più breve tempo possibile;**
- in caso di sinistro di "responsabilità civile verso i propri prestatori di lavoro", si conviene che il Contraente dovrà denunciare il sinistro unicamente in caso di:
 - formale notifica, al Contraente e/o a un Assicurato, della apertura di un'inchiesta per infortunio sul lavoro o per malattia professionale, o dell'apertura di un procedimento penale;
 - formale richiesta di risarcimento da parte del danneggiato, suoi aventi diritto e/o legali o da parte di Enti di previdenza o assistenza a venti diritto a esperire azioni di regresso.

Fermo quanto sopra stabilito, l'Assicurato, venuto a conoscenza del sinistro, deve darne notizia alla Società tempestivamente e trasmetterle al più presto un dettagliato rapporto scritto. Deve, inoltre fornire alla Società ed ai suoi mandatari tutte le informazioni, i documenti e le prove che possano venirgli richieste.

Art. 36 - Rinuncia alla rivalsa/surroga

La Società rinuncia al diritto di surrogazione spettagli ai sensi dell'art. 1916 C.C. nei confronti di:

- dipendenti dell'Assicurato e delle persone che ricoprono una carica, **salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo;**
- Società affiliate ed enti in genere senza scopo di lucro, che possano collaborare con l'Assicurato per le sue attività;
- Persone fisiche di cui l'Assicurato si avvalga per le sue attività o che ricoprono una carica;
- Persone giuridiche di cui l'Assicurato si avvalga per le sue attività, ed a cui abbia rilasciato clausola di manleva preventivamente approvata dalla Società.

Salvo sempre il caso di dolo.

Art. 37 - Estensioni di garanzia (a parziale deroga di quanto previsto nelle esclusioni)
Responsabilità Civile personale

La garanzia prestata con la presente polizza vale anche per la responsabilità civile personale di tutti i dipendenti e del personale non dipendente mentre opera per conto dell'Assicurato e si trova nelle ubicazioni ove si svolge l'attività.

Relativamente al D.L. N. 626 del 19/09/1994, in tema di sicurezza sul lavoro, la garanzia vale solo nel caso in cui il preposto al servizio di prevenzione e protezione, sia un dipendente.

Responsabilità Civile incrociata, appalto, sub-appalto

Premesso che l'Assicurato può appaltare e sub-appaltare ad altre imprese o persone i lavori di manutenzione dei locali o lavori e/o prestazioni attinenti l'attività svolta dall'Assicurato, si conviene che:

- sono compresi i danni causati a terzi da dette imprese e/o persone mentre eseguono i lavori medesimi;
- l'Assicurato e propri dipendenti, dette imprese e loro dipendenti e/o persone sono considerati terzi tra di loro limitatamente alle lesioni corporali.

La presente estensione di garanzia opererà in eccesso ad eventuali polizze stipulate per i medesimi rischi.

R.C. del Committente

L'assicurazione comprende anche la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di committente ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile, compresa la committenza veicoli in genere.

R.C. Manifestazioni diverse

L'assicurazione è estesa per la responsabilità civile che possa derivare alla Contraente ed agli Organismi per l'organizzazione di gare internazionali e campionati del mondo assoluti e giovani delle diverse specialità che fanno capo a differenti federazioni internazionali.

R.C. Collaboratori

La garanzia comprende inoltre la Responsabilità Civile derivante alla FIDAL., ai suoi organi periferici e alle Associazioni e Società sportive affiliate per i danni causati a terzi da persone che non essendo alle dirette e regolari dipendenze svolgano la loro opera quali collaboratori coordinati e continuativi o comunque addetti, con mansioni di qualunque natura, all'organizzazione di gare e manifestazioni. La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione nei confronti dei collaboratori predetti.

R.C. Enti Collaboratori

La garanzia comprende inoltre la Responsabilità Civile derivante alla FIDAL ai suoi organi periferici e alle Associazioni e Società sportive affiliate, per i danni causati a terzi e ai partecipanti a qualsiasi titolo, alle gare e manifestazioni da Enti collaboratori (Comitati organizzatori gare e manifestazioni nazionali ed internazionali, ecc.) che pur non essendo organismi FIDAL o direttamente dipendenti dalla FIDAL stessa, svolgono la loro opera con mansioni di qualunque natura, per l'organizzazione di gare e manifestazioni. La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione nei confronti degli Enti predetti.

Mancato intervento sulla Segnaletica

L'assicurazione comprende i danni per il mancato od insufficiente servizio di vigilanza o di intervento sulla segnaletica, sui ripari e sulle recinzioni poste a protezione dell'incolmabilità di terzi, per l'esistenza in luoghi aperti al pubblico, di opere o di lavori, di macchine, impianti o attrezzi, di depositi di materiale.

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 indicate al DPR 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. 38 - Rischi atomici e danni all'ambiente

Sono esclusi dall'assicurazione i danni derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Limitatamente all'assicurazione responsabilità civile verso terzi (detta limitazione non è operante nei confronti dei dipendenti dell'Assicurato né di danni a persone fisiche) sono esclusi altresì i danni di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, esalazioni fumogene o gassose, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture, interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

Art. 39 – Cumulabilità indennizzo

Ai fini della presente Sezione, qualora il verificarsi di un evento dannoso dia diritto alla liquidazione di un capitale nella sezione infortuni della presente convenzione, la garanzia opererà con una franchigia pari all' importo liquidato dalla Sezione Infortuni.

MASSIMALI SEZIONE R.C.T.

La garanzia RCT è prestata con i seguenti massimali :

1) Assicurazione RCT del Contraente

€ 3.000.000,00	per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o che abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di
€ 3.000.000,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di
€ 3.000.000,00	per danni a cose od animali, anche se appartenenti a più persone

2) Assicurazione RCT Società Affiliate

€ 2.000.000,00	per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o che abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di
€ 2.000.000,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di
€ 2.000.000,00	per danni a cose od animali, anche se appartenenti a più persone

3)

€ 500.000,00	Assicurazione RCT dei Tesserati è prestata con i seguenti massimali
€ 500.000,00	per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o che abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di
€ 500.000,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di

FRANCHIGIA

La garanzia di Responsabilità Civile verso Terzi viene prestata con una franchigia fissa ed assoluta, a carico dell'Assicurato, di € 150,00 per ciascun sinistro.

Si prende atto tra le parti che la liquidazione dei sinistri verrà effettuata al terzo danneggiato al netto della franchigia prevista dalle condizioni della presente convenzione.

MASSIMALI SEZIONE R.C.O.

La garanzia RCT è prestata con i seguenti massimali

1) Assicurazione RCO del Contraente

€ 3.000.000,00	per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali ma con il limite di
€ 1.500.000,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali.

2) Assicurazione RCO Società Affiliate

€ 1.000.000,00	per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali ma con il limite di
€ 1.000.000,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali.

SEZIONE II - INFORTUNI**Art.40 - Soggetti Assicurati**

L'Assicurazione vale per tutti i Tesserati, i Soggetti A, B, e gli Atleti Elite e di interesse nazionale.

Art. 41 - Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dai soggetti assicurati in occasione di eventi fortuiti, violenti ed esterni che producono:

- la morte;
- un'invalidità permanente.

Le garanzie saranno operanti in occasione di:

- l'esercizio e lo svolgimento, anche al solo scopo ricreativo, di attività sportive rientranti negli scopi della Contraente e delle Associazioni e Società sportive affiliate (compreso ma non limitatamente a preparazione, allenamenti anche individuali, corsi e gare), nonché lo svolgimento dei relativi

preliminari;

- riunioni, incarichi, missioni, attività di promozione e organizzazione delle attività sportive e turistico ricreative volte alla pratica degli sport rientranti negli scopi della Contraente, dei suoi organi periferici, della Associazioni e delle Società Sportive affiliate.
- l'Assicurazione opera anche in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggeri o in forma individuale, verso e dal luogo dello svolgimento delle attività di cui sopra **esclusi gli infortuni verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque di inosservanza di 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 allo svolgimento delle attività coperte dall'assicurazione ed in date ed 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. 42 - Estensioni di garanzia

La copertura è operante anche per gli eventi indennizzabili a termini di polizza, verificatisi:

- l'assissia non di origine morbosa;
- infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
- gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
- l'annegamento;
- l'assideramento e/o il congelamento;
- colpi di sole e/o di calore;
- gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze gravi;
- le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
- le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari.

Art. 43 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per gli eventi derivanti da:

- 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) abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- c) assunzione di sostanze dopanti, violazione delle norme degli ordinamenti statali e di quello sportivo, accertate in base alle normative vigenti;
- d) disturbi mentali o psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) azioni delittuose commesse o tentate dell'assicurato; in occasione di eventi determinati da una azione costituente reato commesso dal soggetto assicurato o dalla sua partecipazione a risse o tumulti o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o dall'ordinamento sportivo;
- g) movimenti tellurici, inondazioni, ed eruzioni vulcaniche;
- h) guerra e insurrezione, salvo per i primi 14 giorni qualora l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace;
- i) pratica dei seguenti sport: speleologia, sport aerei in genere, paracadutismo;
- j) partecipazione a gare, prove ed allenamenti per discipline non rientranti negli scopi della Contraente e delle Associazioni e Società sportive;

- k) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- l) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- m) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Art. 44 - 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, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche, ma sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se l'evento avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art. 45 - 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 Società per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione, **ad eccezion 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. 46 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, salvo patto speciale, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano 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.

Art. 47 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili del sinistro.

Art. 48 - Limiti di età

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

Art. 49 - 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 la somma di € 5.000.000,00.

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. 50 - Limite di indennizzo per singolo evento

In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati con la presente polizza convenzione l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare la somma di € 5.000.000,00.

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti ad ogni assicurato in caso di sinistro sono ridotti con imputazione proporzionale ai capitali assicurati per le singole persone.

Art. 51 - Criteri di indennizzabilità

Caso Morte

In caso di morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed a causa di esso, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o in mancanza, agli eredi legittimi.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per la garanzia invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove questa sia maggiore.

Qualora, a seguito di un evento indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito per il caso morte non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 C.C. Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione - entro 30 giorni dalla richiesta rivolta ai beneficiari della somma pagata.

Per i soli infortuni che determinino la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva indetta dall'organizzazione sportiva 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.

Caso Invalidità permanente

- per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella tabella lesioni Allegato A del Decreto del 03.11.2010 emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20.11.2010 n. 296, alla quale verrà applicato il massimale di riferimento

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 comminate 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 biosse 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 anatomo-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.
 - ✓ 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, eccetto per casi di cartilagini di accrescimento ancora aperte**", certificate, per le quali l'intervento chirurgico deve obbligatoriamente essere posticipato.
 - ✓ 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".
 - ✓ 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 quattro volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento **con il limite di Euro 500.000,00**.
 - ✓ 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 sovra riscaldati**) 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.
 - ✓ Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
 - ✓ In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
 - ✓ Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
 - ✓ La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%. In caso di lesioni plurime, l'indennizzo è dovuto in misura pari alla somma delle percentuali relative alle singole lesioni subite.

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sui criteri di indennizzo sono demandate per iscritto al collegio medico di cui al successivo art. 51 "Controversie sulla natura degli Infortuni".

È data facoltà al Collegio medico - di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Franchigia Invalidità Permanente

Non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore alla Franchigia fissa del 4% .

Art. 51 - Controversie sulla natura degli Infortuni

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze degli eventi indennizzabili a termini di polizza le Parti si obbligano a conferire un mandato ad un collegio di tre medici (uno per parte più un terzo designato dai primi due) i quali tenendo presenti le condizioni di polizza e le norme di legge, prenderanno decisioni inappellabili e vincolanti per le Parti.

Tale Collegio Medico risiede nel comune che sia sede di Istituto Universitario di medicina legale e delle assicurazioni più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da lei designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 52 – 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 richiesto, corrisponderà all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Art. 53 - Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

Nel caso in cui invalidità permanente sia di grado non inferiore al 60%, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

Art. 54 Rimborso Spese Mediche

In caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, la Società rimborsa agli Assicurati il costo delle cure mediche fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato nella sezione Somme Assicurate.

Per cure mediche si intendono:

- a) Spese ospedaliere o cliniche;
- b) Onorari a medici e a chirurghi;
- c) Spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi di trasporto speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- d) Spese fisioterapetiche in genere, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, **purchè prescritte dal medico curante**;
- e) Spese per le prime protesi, **escluse comunque le protesi dentalie**.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per le operazioni di plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Relativamente alle spese per cure fisioterapetiche, la garanzia si intende prestata con il limite di € 500,00 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.

La presente garanzia è prestata con uno scoperto di Euro 100,00 per sinistro.

Art. 55 Indennità giornaliera da ricovero

In caso di ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato) reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma giornaliera indicata nella Sezione Somme Assicurate, per ogni giorno di degenza.

L'indennità per la diaria da ricovero viene corrisposta per un periodo massimo di 60 giorni e con una franchigia di 3 giorni

Il giorno di ricovero ed il giorno di dimissione saranno considerati come unico giorno.

In caso di Day Hospital la diaria da ricovero si intenderà pari al 50% del valore assicurato.

Art. 56 Indennità giornaliera da gesso

In caso di infortunio che comporti l'ingessatura reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma giornaliera indicata nella Sezione Somme Assicurate, per ogni giorno di gesso e/o apparecchio immobilizzatore.

L'indennità per la diaria da gesso viene corrisposta per un importo forfettario di Euro 200,00, dietro presentazione di certificato medico rilasciato dall'istituto di Cura o ambulatorio medico presso il quale è stato applicato il gesso e/o apparecchio immobilizzante nonché di certificato attestante la data di rimozione dell'ingessatura stessa.

Art. 57 Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo delle entità della percentuale di invalidità permanente, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporti la perdita dell'anno scolastico, all'assicurato verrà corrisposto l'indennizzo incrementato del 25%.

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 50%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 45% della totale.

Danno estetico

Si conviene che, per gli Assicurati di età non superiore ai 14 anni, la Società rimborserà le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 51 "Criteri di indennizzabilità - Caso Morte", per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, verrà corrisposto il rimborso delle relative spese documentate.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 51 "Criteri di indennizzabilità - Caso Morte", 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, verrà corrisposto il rimborso delle relative spese documentate.

Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 51 "Criteri di indennizzabilità - Caso Morte", a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione verrà corrisposto il rimborso delle relative spese documentate.

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, **fino alla concorrenza di Euro 5.000,00**, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Rimborso spese di trasporto

In caso di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, la Società rimborsa le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato alla struttura sanitaria più idonea con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato e fino alla somma massima di € 500,00 per persona/anno assicurativo. Nel caso in cui il trasporto venga necessariamente attuato mediante elicottero/eliambulanza la somma assicurata si intende elevata ad € 2.000,00 per sinistro/persona/anno assicurativo.

Rischio volo

La garanzia è operante per le conseguenze degli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei che venissero da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni. La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è disceso.

La presente garanzia è prestata per le seguenti somme:

Caso morte	somma prevista in polizza per il caso morte di cui alla sezione Capitali Assicurati
Caso invalidità permanente	stessa somma prevista in polizza per il caso morte.

Resta inteso che le somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative non potrà superare i capitali per persona di:

- Euro 5.200.000,00 per il caso di Morte
- Euro 5.200.000,00 per il caso di invalidità permanente totale

e complessivamente, per aeromobile, di:

- Euro 5.200.000,00 per il caso di Morte
- Euro 5.200.000,00 per il caso di invalidità permanente totale
- Euro 5.200,00 giornaliere per il caso di inabilità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferitisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolo stipulate dallo stesso Contraente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 58 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

La denuncia degli infortuni, con indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che li hanno determinati, corredata da ogni documentazione clinica atta ad accertare l'infortunio subito deve essere

fatta per iscritto ed inviata alla Società **entro 30 giorni dall'evento stesso o 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.**

La documentazione di cui sopra deve consentire inequivocabilmente l'identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relativo referto.

Ricevuta la necessaria documentazione, la Società, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro. L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questi ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Denuncia della morte

Ad integrazione di quanto sopra stabilito, la denuncia della morte, con indicazione dei luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che l'hanno determinata, corredata dalla documentazione atta ad accertare l'indennizzabilità, **deve essere fatta per iscritto ed inviata entro 30 giorni dall'evento stesso o 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 C.C..**

Art. 59 - Cessazione della copertura

La copertura prestata ai sensi del presente contratto cesserà immediatamente qualora l'Assicurato dovesse risultare definitivamente positivo a controlli antidoping.

CAPITALI ASSICURATI E FRANCHIGIE

TESSERATI/RUN CARD

Capitali Assicurati

Morte:	€80.000,00
Invalidità Permanente:	€80.000,00
<u>Franchigia fissa 4%</u>	

SOGGETTI A

Capitali Assicurati

Caso morte:	€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente:	€ 150.000,00
<u>Franchigia fissa 4%</u>	

SOGGETTI B

Capitali Assicurati

Caso morte:	€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente:	€ 150.000,00
<u>Franchigia fissa 4%</u>	

ATLETI ELITE E DI INTERESSE NAZIONALE

Capitali Assicurati

Caso morte	€ 250.000,00
Caso invalidità permanente	€ 250.000,00
<u>Franchigia fissa 4%</u>	

SEZIONE III- RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 60 – Soggetti assicurati

L'Assicurazione vale esclusivamente per tutti gli Atleti Elite e di interesse nazionale.

Art. 61 – Oggetto del contratto

Viene stipulata la seguente polizza cumulativa sanitaria per le garanzie rimborso spese mediche da malattia o da infortunio a favore dei soggetti assicurati di cui all'art. 60.

Art. 62 – 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;
- b) prestazioni mediche e diagnostica strumentale effettuate come primo intervento presso la struttura di pronto soccorso;
- c) prestazioni specialistiche e diagnostica strumentale extra-ricovero;
- d) prestazioni ambulatoriali e domiciliari, comprese le spese sostenute per acquisto/affitto di macchinari necessari per lo svolgimento delle terapie;
- e) acquisto di medicinali, apparecchi protesici e terapeutici in genere.

Resta inteso che sono compresi in garanzia gli interventi/ricoveri considerati necessari e prescritti nel periodo di validità della presente convenzione, anche a seguito di infortunio/malattia verificatosi/insorta prima della decorrenza della stessa, dei quali l'assicurato e lo staff medico fossero già a conoscenza e già regolarmente curati senza che fosse previsto un intervento chirurgico.

Somma Assicurata

Le garanzie di cui sopra sono prestate fino alla concorrenza delle somme assicurate di cui alla tabella sotto riportata, somme da intendersi quali massima disponibilità per anno assicurativo e per assicurato:

Garanzia	Somme assicurate
Ricovero in istituto di cura con o senza intervento chirurgico	€ 140.000,00

Art. 63 - 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 o malattia e che siano conseguenza esclusiva e diretta di essi .

Nei limiti delle somme assicurate di cui al precedente Art.53 - Rimborso Spese Mediche - Somma Assicurata, la Società rimborsa le spese sostenute:

- **nei 90 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi il ricovero o l'intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute per:**
 - onorari di medici, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, trattamenti medico chirurgico-infermieristici, trattamenti masso/fisio-terapici (compresa osteopatia e chiropratica) e programmi

- atletici riabilitativi (riatletizzazione), medicinali, infiltrazioni, cure omeopatiche e termali (escluse le spese d'albergo);
- spese per affitto di apparecchi necessari allo svolgimento anche domiciliarmente delle terapie prescritte;
- **trasporto all'istituto di cura dell'Assicurato a seguito di malattia o infortunio con ogni mezzo sanitariamente attrezzato fino alla concorrenza di € 3.000,00;**
- durante il ricovero in istituto di cura, la Società rimborsa le spese sostenute per:
 - onorari dei medici, onorari del chirurgo e di tutta l'équipe medica 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) ;
 - **rette di degenza al 100% in caso di centro convenzionato con la Società o fino alla concorrenza di € 300 giornalieri in caso di centro non convenzionato;**
 - 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 € 100,00 giornalieri per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo, elevati a € 300,00 in caso di ricovero con 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, fermo il limite giornaliero di cui sopra.**

Cure Dentarie

La Società rimborsa altresì le cure dentarie (anche extra-ricovero) rese necessarie da infortunio, sempre che l'infortunio sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista. Sono anche incluse le spese sostenute per cure ortodontiche ed odontoiatriche anche non conseguenti ad infortunio, purché tali cure siano state rese necessarie da casi di emergenza durante lo svolgimento dell'attività agonistica e prescritte direttamente dai medici della Nazionale. Il rimborso avverrà con il limite di Euro 2.000,00 per assicurato e per anno assicurativo, con applicazione di uno scoperto del 10% .

Laserterapia per visus

La Società rimborsa, con il limite di € 3.000,00 le spese sostenute per trattamento laser per peggioramento visus, in questo caso il rimborso sarà dovuto a condizioni la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 2 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 4 diottrie.

Anticipo indennizzi

E' facoltà dei soggetti titolati a ricevere la liquidazione 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, fino al 50%, può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle stesse non sia inferiore a € 4.000,00, ed avrà luogo entro 10 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda alla Società.

Art. 64 – Criteri e modalità di rimborso

I rimborsi dovuti a termini della presente polizza saranno liquidati a favore del soggetto che ha sostenuto le spese.

Qualora le spese non vengano sostenute direttamente da un soggetto assicurato ma dal Contraente la liquidazione verrà effettuata a favore di FIDAL a condizione che venga allegato, alla denuncia di sinistro, quanto segue:

- apposito Modulo in cui si certifica che il soggetto per il quale si richiede il rimborso è un Atleta della squadra Nazionale o di interesse nazionale;
- delega di pagamento o equivalente idonea procura rilasciata dal soggetto assicurato a favore della FIDAL corredata da copia del documento d'identità.

Qualora le spese vengano sostenute direttamente da un soggetto assicurato la liquidazione potrà essere effettuata a favore del medesimo soggetto.

In entrambi i casi:

- i rimborsi verranno effettuati in Italia; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dall'Ufficio Italiano dei Cambi;
- ogni richiesta di rimborso dovrà essere corredata da documentazione attestante la diagnosi di malattia o infortunio, dalle prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni avute, dalle ricevute, fatture, notule o parcelli debitamente quietanzate, nonché da eventuale ulteriore documentazione sanitaria richiesta dalla Società;
- le ricevute di spesa dovranno essere trasmesse in originale.

Art. 65 - Esclusioni

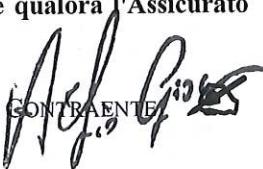
Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti e allucinogeni;
- cura dell'AIDS e della sieropositività HIV;
- malattie dolosamente procurate;
- conseguenze di insurrezioni, guerre e terremoti;
- infortuni conseguenti a stato di ubriachezza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fusione e fissione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;
- tutte le prestazioni sia sanitarie sia economiche eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up);
- aborto volontario, non terapeutico;
- assistenza sanitaria per maternità, comprendente anche il ricovero e le cure post-parto.

Art. 66 - Cessazione della copertura

La copertura prestata ai sensi del presente contratto cesserà immediatamente qualora l'Assicurato dovesse risultare definitivamente positivo a controlli antidoping.

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE
SOCIETÀ COOPERATIVA

IL CONTRAENTE


**INFORMATIVA
IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 30.06.2003, n° 196 e S.M.I.**

Premesso che:

- ai sensi dell'art. 4 lett. f) del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i. (cd. Codice della *privacy*), il Titolare del trattamento è la persona, fisica o giuridica, cui competono le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento di dati personali e agli strumenti utilizzati, ivicompresso il profilo della sicurezza, e nella specie quindi la Società Cattolica di Assicurazione Soc. coop. con sede legale in Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (VR);
- ai sensi dell'art. 4 lett. i) del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i., per interessato si intende la persona fisica cui si riferiscono i dati personali;
- ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i., grava sul Titolare l'obbligo di informare preventivamente l'interessato o la persona presso la quale sono raccolti i dati personali circa il trattamento degli stessi;
- l'informativa viene rilasciata tramite i Contraenti/Assicurati/Clienti (anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche), nel rispetto dell'art. 13, comma 4 del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i. anche agli eventuali interessati:
 - i cui dati trattati si riferiscono, che prestino attività lavorativa o professionale o collaborino o siano in rapporti commerciali ed economici, familiari, di convivenza, o diversi, con i detti soggetti;
 - i cui dati possano comunque essere comunicati, conosciuti e/o trattati dal Titolare in esecuzione e nello svolgimento del rapporto principale.

Tutto ciò premesso, il Titolare fornisce le seguenti informazioni.

DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi e contabili (nome, cognome, codice fiscale e/o partita IVA, email, indirizzo, recapito telefonico) amministrativi e professionali, commerciali e reddituali, eventuali dati giudiziari e sensibili (in specie dati sanitari e comunque idonei a rivelare lo stato di salute, limitatamente alle finalità assicurative), relativi all'interessato, raccolti presso di esso o presso altri soggetti, o raccolti presso l'interessato stesso e riferiti a terzi (conviventi, familiari, conducenti, beneficiari, ecc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative), conferiti dall'interessato in esecuzione e nello svolgimento dei rapporti con il Titolare, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di trattamento e protezione dei dati personali:

- per finalità "assicurative" e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali dal Titolare, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività preliminari (quali la stesura di preventivi) o strumentali alle predette (quali ad esempio la registrazione, l'organizzazione e l'archiviazione dei dati raccolti per i trattamenti in argomento); per l'esercizio e la difesa dei diritti del Titolare, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, al cui svolgimento il Titolare è tenuto per legge o regolamento (ad esempio attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, ecc.); inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte di essi, esclusivamente per le suddette finalità assicurative e per finalità derivanti da obblighi di legge.

Per lo svolgimento delle attività strumentali e funzionali al detto trattamento, ci si potrà avvalere di altre società di norma designate Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, con cui sussistono appositi accordi per la prestazione di servizi, anch'esse designate Responsabili.

In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi all'utilizzo dei loro dati, in esecuzione e nello svolgimento dei rapporti con il Titolare, con gli altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa e con le altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

- Se acconsentite, per finalità di marketing del Titolare, ex artt. 23 e 130, commi 1 e 2 del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i. (tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo) tese a migliorare e/o a far conoscere i prodotti/servizi del Titolare e quindi ad esempio ai fini di:

- invio di materiale pubblicitario;
- vendita diretta;
- compimento di ricerche di mercato;
- comunicazione commerciale.

Per lo svolgimento delle attività strumentali e funzionali al detto trattamento, ci si potrà avvalere di altre società di norma designate Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, con cui sussistono appositi accordi per la prestazione di servizi, anch'esse designate Responsabili.

- Se acconsentite, per finalità di profilazione proprie del Titolare, così da poter predisporre ed inviare, offerte e comunicazioni di marketing personalizzate del Titolare ex artt. 23 e 130, commi 1 e 2 del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i. (tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo anche avvalendosi di altre società di norma designate Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, con cui sussistono appositi accordi per la prestazione di servizi, anch'esse designate Responsabili. In questo caso, quindi, il trattamento per

finalità di marketing del Titolare potrà essere effettuato anche utilizzando i dati dell'attività di profilazione, al fine di potervi inviare direttamente comunicazioni di marketing elaborate, tenendo conto delle Vostre esigenze.

- Se acconsentite, per finalità di invio, effettuato dal Titolare ex artt. 23 e 130, commi 1 e 2 del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i. (tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo) di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti alle categorie automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia. Per lo svolgimento delle attività strumentali e funzionali al detto trattamento, ci si potrà avvalere di altre società di norma designate Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, con cui sussistono appositi accordi per la prestazione di servizi, anch'esse designate Responsabili.
- Se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni (in allegato) che li tratteranno per proprie finalità di marketing, ex artt. 23 e 130, commi 1 e 2 del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i. (tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo), tese a migliorare e/o a far conoscere i propri prodotti/servizi e quindi, ai fini di:
 - invio di materiale pubblicitario;
 - vendita diretta;
 - compimento di ricerche di mercato;
 - comunicazione commerciale.

Per lo svolgimento delle attività strumentali e funzionali al detto trattamento, tali società del Gruppo Cattolica Assicurazioni si potranno avvalere di altre società di norma designate Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, con cui sussistono appositi accordi per la prestazione di servizi, anch'esse designate Responsabili.

- Se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati a soggetti appartenenti alle categorie automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia che li tratteranno per proprie finalità di marketing, ex artt. 23 e 130, commi 1 e 2 del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i. (tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo), tese a migliorare e/o a far conoscere i propri prodotti/servizi e quindi ai fini di:
 - invio di materiale pubblicitario;
 - vendita diretta;
 - compimento di ricerche di mercato;
 - comunicazione commerciale.

I trattamenti per finalità di marketing, di profilazione, di invio di comunicazioni di marketing personalizzate proprie del Titolare, di invio, effettuato dal Titolare, di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti alle categorie merceologiche sopra elencate, di comunicazione dei dati alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni che li tratteranno per propri scopi di marketing, di comunicazione dei dati ai soggetti appartenenti alle categorie merceologiche suddette che li tratteranno per propri scopi di marketing ecc., sono del tutto facoltativi. Si precisa che, ai sensi degli artt. 7, comma 4, lett. b) e 130 comma 5 del Codice, è possibile esercitare, per le finalità facoltative sopra citate, anche in parte, il diritto di opposizione al trattamento dei dati personali per le suddette finalità, effettuato attraverso modalità tradizionali ed automatizzate di contatto. Al riguardo si rinvia al paragrafo "Diritti dell'interessato".

Il mancato conferimento dei dati con riferimento a questi o il mancato consenso a detti trattamenti/comunicazioni comportano solo l'impossibilità per il Titolare e per le altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività, e per l'interessato, ad esempio, di ricevere comunicazioni di marketing, eventualmente personalizzate, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa e sui rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione.

MODALITA' DI TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati è eseguito con procedure informatiche o comunque mezzi telematici e/o supporti cartacei ad opera di soggetti, interni od esterni, appositamente designati quali Incaricati o Responsabili, ovvero impegnati alla riservatezza. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con piena assicurazione delle misure di sicurezza previste dal legislatore.

COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati possono essere conosciuti da parte di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni cui appartiene il Titolare, con cui sussistono appositi accordi per la prestazione di servizi, designate Responsabili, e da parte di altre società che svolgono attività strumentali e funzionali, quali ad esempio la postalizzazione, di norma designate Responsabili. I dati possono essere comunicati per la corretta gestione dei rapporti instaurati/instaurandi ad altri soggetti del settore assicurativo, quali coassicuratori, riassicuratori, agenti, subagenti, produttori, broker, intermediari, gerenti e rappresentanti di agenzie in economia, periti, medici fiduciari, centrali operative di assistenza, tecnici valutatori e legali; società di servizi cui sia affidata la gestione e/o la liquidazione dei sinistri; organismi associativi (ad esempio ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, Ivass, Covip, Consap Agenzia delle Entrate e autorità di vigilanza e di controllo competenti; altresì a società di servizi postali, investigativi, di recupero dei crediti, di archiviazione documentale, di tutela legale (ad esempio ARAG), di revisione e altresì a società di ricerche di mercato e di informazione commerciale.

Alle società del Gruppo Cattolica Assicurazioni ed ai soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicati, i dati possono essere

comunicati a seguito del conferimento dei consensi facoltativi per le proprie finalità di marketing sopra descritte.

I dati personali e soprattutto quelli sensibili non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, a soggetti che collaborano con il Titolare e con le altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, nel rispetto degli artt. 42 e ss. del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i..

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere i propri diritti come espressi dagli artt. 7, 8, 9, 10 e 130 del D.Lgs. n° 196/2003 (quali ad esempio quello di avere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile, l'indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, degli estremi identificativi del Titolare, dei Responsabili, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o incaricati, di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati nelle ipotesi previste, ecc.) rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Funzione Privacy del Gruppo Cattolica Assicurazioni con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email privacy@cattolicaassicurazioni.it. L'interessato inoltre ha diritto di opporsi al trattamento nei termini e con le modalità previste dalle disposizioni richiamate. Si precisa che il diritto di opposizione al trattamento dei dati personali per le suddette finalità di marketing, attraverso modalità automatizzate di contatto, si estende all'invio di comunicazioni promozionali con modalità tradizionali (come la posta cartacea e la chiamate tramite operatore), salvo anche in tale ipotesi il diritto di opporsi in parte al trattamento (cfr art. 7 comma 4 del Codice). Inoltre si potrà esprimere la propria volontà di ricevere comunicazioni commerciali e promozionali esclusivamente attraverso modalità tradizionali di contatto, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Funzione Privacy del Gruppo Cattolica Assicurazioni con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email privacy@cattolicaassicurazioni.it. Si precisa che quanto sopra vale anche per l'eventuale esercizio dei diritti nei confronti delle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

TITOLARE

Il Titolare è la Società Cattolica di Assicurazione Soc. coop. con sede legale in Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (VR). Per l'esercizio dei diritti ex artt. 7, 130 e ss. del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. gli interessati potranno rivolgersi al Responsabile della Funzione Privacy del Gruppo Cattolica Assicurazioni con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email privacy@cattolicaassicurazioni.it. Allo stesso potrà essere richiesto anche l'elenco dei Responsabili di trattamento del Titolare, delle società del Gruppo Cattolica Assicurazioni e dei Responsabili di trattamento di queste.

TEMPI DI CONSERVAZIONE

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività sopra descritte e per adempiere ad obblighi contrattuali nonché previsti dalle leggi e dai regolamenti, fatti salvi i termini prescrizionali e di legge nel rispetto dei diritti e in ottemperanza degli obblighi conseguenti e dell'eventuale opposizione al trattamento per le finalità promozionali descritte.

NATURA DEL CONFERIMENTO E CONSENSO

Il conferimento dei dati è obbligatorio per quelli relativi a finalità assicurative necessari agli adempimenti richiesti dalla legge o dai regolamenti di settore (ad esempio normativa antiriciclaggio, per il contrasto alla frode assicurativa e Banca dati Sinistri); per gli altri dati il conferimento è facoltativo ma in difetto il Titolare non potrà dar corso alle operazioni di trattamento descritte. Si veda quanto precisato sopra per la facoltatività del conferimento dei dati e dei consensi per le finalità di marketing del Titolare, di comunicazione dei dati e di profilazione proprie del Titolare, di comunicazioni commerciali e di invio, effettuato dal Titolare, di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti alle categorie merceologiche sopra elencate, di comunicazione dei dati alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni che li tratteranno per propri scopi di marketing, di comunicazione dei dati ai soggetti appartenenti alle categorie merceologiche suddette che li tratteranno per propri scopi di marketing.

Ai sensi dell'art. 24, comma 1, lettere A), B) e D) e 42 e ss. del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i. il consenso al trattamento (compreso il trasferimento dei dati all'estero, anche extra UE) dei suddetti dati (esclusi quelli sensibili relativi allo stato di salute) per le correnti finalità amministrative e di gestione dei rapporti instaurati/instaurandi non è richiesto in quanto gli stessi sono raccolti per adempire ad obblighi di legge e/o di regolamento (normativa antiriciclaggio, di contrasto frode assicurativa, Banca dati Sinistri), per l'esecuzione di obblighi derivanti dal contratto instaurando/in essere, ovvero nel caso di dati provenienti da albi, pubblici registri, atti e documenti conoscibili da chiunque.

Altrettanto il consenso non è previsto per il trattamento dei dati giudiziari in forza e virtù dell'art. 27 del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i. e dell'Autorizzazione in vigore dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali al trattamento dei dati a carattere giudiziario da parte di privati, di enti pubblici economici e di soggetti pubblici, che specifica le rilevanti finalità di interesse pubblico del trattamento, i tipi di dati trattati e di operazioni eseguibili.

Ai sensi dell'art. 26, comma 1 del D.Lgs. n° 196/2003 il consenso al trattamento dei dati sensibili e sanitari è necessario ed è richiesto anche dall'Autorizzazione in vigore del Garante per il trattamento dei dati sensibili da parte di diverse categorie di Titolari, qualunque sia la modalità all'uopo utilizzata (ivi compreso anche il trasferimento dei dati all'estero, anche extra UE).

Ai sensi degli artt. 23 e 130, commi 1 e 2 del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i. è richiesto altresì il consenso espresso per la comunicazione dei dati agli altri soggetti sopra indicati, per le finalità e modalità descritte. Altresì i consensi (tanto degli interessati che, nelle sole ipotesi previste dal Titolo 10 del D.Lgs. n° 196/2003 e altre norme applicabili, degli altri soggetti diversi da persone fisiche cui si riferiscono i dati) sono richiesti per le previste finalità di marketing, di profilazione e di invio di comunicazioni di marketing personalizzate proprie del Titolare, di invio, effettuato dal Titolare, di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di

soggetti appartenenti alle categorie merceologiche sopra elencate, di comunicazione dei dati alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni che li tratteranno per propri scopi di marketing, di comunicazione dei dati ai soggetti appartenenti alle categorie merceologiche suddette che li tratteranno per propri scopi di marketing.

TITOLARE R.L.P.T.

**PRESTAZIONE DEL CONSENSO RIFERITA AL CONTRAENTE
IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 D. Lgs. 30.06.2003, n° 196 e S.M.I.**

Presa visione dell'informativa resa per il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003, garantendo l'osservanza degli obblighi su di noi facenti capo per i dati nel caso comunicati al Titolare e riferiti a terzi, consapevoli, altresì, che in difetto di consenso il Titolare non potrà dar seguito alle operazioni di trattamento sottoposte a consenso espresso e specifico, con riferimento:

al trattamento sopra descritto dei dati personali anche sensibili **per le finalità relative all'attività assicurativa e liquidativa**, ed alle relative modalità di svolgimento strettamente connesse all'attività detta, ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento da parte di essi, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, degli stessi dati (anche sensibili) sempre per le medesime finalità (assicurative e liquidative), per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso;

CONSENTE NON CONSENTE
(da compilare solo nel caso di persone fisiche)

al trattamento suddetto dei dati personali **per finalità di marketing proprie del Titolare** (quali ad esempio l'invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale), ex artt. 23 e 130, commi 1 e 2 del D.Lgs. n° 196/2003, mediante l'utilizzo della posta ordinaria e del telefono - anche cellulare - tramite operatore, di interviste personali e con l'utilizzo di questionari, posta elettronica, telefax, o con sistemi automatizzati di chiamata e messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo e delle relative modalità di svolgimento, informati che il consenso è facoltativo;

CONSENTE NON CONSENTE
(da compilare anche nel caso di persone giuridiche)

al trattamento suddetto dei dati personali **per finalità di profilazione proprie del Titolare**, cosicché possa predisporre ed inviare, ex artt. 23 e 130, commi 1 e 2 del D.Lgs. n° 196/2003, mediante anche l'utilizzo della posta ordinaria e del telefono - anche cellulare - tramite operatore, di interviste personali e con l'utilizzo di questionari, posta elettronica, telefax o con sistemi automatizzati di chiamata e messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, proprie comunicazioni di marketing personalizzate, anche utilizzando i dati delle dette attività di profilazione, e quindi elaborate tenendo conto delle nostre esigenze e delle relative modalità di svolgimento, informati che il consenso è facoltativo;

CONSENTE NON CONSENTE
(da compilare anche nel caso di persone giuridiche)

al trattamento suddetto **per finalità di invio, effettuato dal Titolare, ex artt. 23 e 130, commi 1 e 2 del D. Lgs. n° 196/2003 e s.m.i.** (tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo) **di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti alle categorie automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia**, informati che il consenso è facoltativo;

CONSENTE NON CONSENTE
(da compilare anche nel caso di persone giuridiche)

alla comunicazione dei dati personali alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni (confronta elenco allegato) per finalità di marketing proprie di questi (quali ad esempio l'invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale), ex artt. 23 e 130, commi 1 e 2 del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i., tramite attività svolte mediante l'utilizzo della posta ordinaria e del telefono - anche cellulare - tramite operatore, di interviste personali e con l'utilizzo di questionari, posta elettronica, telefax, o con sistemi automatizzati di chiamata e messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo e delle relative modalità di svolgimento, informati che il consenso è facoltativo;

CONSENTE NON CONSENTE
(da compilare anche nel caso di persone giuridiche)

alla comunicazione dei dati personali a soggetti appartenenti alle categorie automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia per finalità di marketing proprie di questi, ex artt. 23 e 130, commi 1 e 2 del D.Lgs. n° 196/2003 e s.m.i., tramite attività svolte mediante l'utilizzo della posta ordinaria e del telefono, anche cellulare, tramite operatore di interviste personali e con l'utilizzo di questionari, posta elettronica, telefax, o con sistemi automatizzati di chiamata e messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo e delle relative modalità di svolgimento, informati che il consenso è facoltativo.

CONSENTE

NON CONSENTE

(da compilare anche nel caso di persone giuridiche)

Dichiaro che i "flag" (spunte) apposti nei campi "consensi" soprastanti, nel caso in cui l'acquisizione dei consensi avvenga direttamente presso la sede dell'intermediario, corrispondono alla manifestazione della mia volontà, essendo stati inseriti a sistema dall'operatore incaricato per mio conto solo successivamente alle mie dichiarazioni.

Luogo e Data

IL CONTRAENTE

Elenco delle società del Gruppo Cattolica (aggiornato al 01/01/2017)

SOCIETÀ	SUDIUM CATTOLICA
ABC Assicura S.p.A.	Verona, Via Carlo Ederle 45
Agenzia Generale Agrifides S.r.l.	Roma, Via Ventiquattro Maggio 43
BCC Assicurazioni S.p.A.	Milano, Largo Tazio Nuvolari 1
BCC Vita S.p.A.	Milano, Largo Tazio Nuvolari 1
Berica Vita S.p.A.	Vicenza, Via Battaglione Framarin 18
C.P. Servizi Consulenziali S.p.A.	Verona, Via Carlo Ederle 45
Cattolica Agricola S.a.r.l.	Verona, Via Carlo Ederle 45
Cattolica Beni Immobili S.r.l.	Verona, Via Carlo Ederle 45
Cattolica Immobiliare S.p.A.	Verona, Via Carlo Ederle 45
Cattolica Services S.C.p.A.	Verona, Via Carlo Ederle 45
Lombarda Vita S.p.A.	Brescia, Corso Martiri della Libertà 13
Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa	Verona, Lungadige Cangrande 16
Tua Assicurazioni S.p.A.	Milano, Largo Tazio Nuvolari 1
Tua Retail S.r.l.	Milano, Largo Tazio Nuvolari 1