CONVENZIONE MULTIRISCHI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLE FEDERAZIONI ITALIANE SPORTIVE DIVISIONE PARALIMPICA E DEI PROPRI TESSERATI

GENERALI ITALIA
Polizza Infortuni nr. 400346163
Polizza RCG nr. 400346164

Decorrenza 31.12.2019
Scadenza 31.12.2023

DEFINIZIONI

Assicurato
Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

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

Contraente
Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il relativo premio.

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
per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 03.02.2012, al netto della franchigia prevista dalla presente convenzione

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

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.

Istituto di cura
Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

Massimale
L'importo massimo della prestazione dell'Assicuratore.

Premio
La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Ricovero
Periodo di degenza in istituto di cura. Viene considerata ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purché certificata da cartella clinica.

Rischio
La probabilità che si verifichi il sinistro.

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.

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

Tesserato/Interesse Nazionale/Club Paralimpico
Ogni singolo soggetto tesserato con la Contraente come si evince dai documenti ufficiali e dagli elenchi forniti Comitati Regionali/ Società Affiliate ed Aggregate.

Trattamento chirurgico
Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in istituto di cura.

CONVENZIONE MULTIRISCHI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLE FEDERAZIONI ITALIANE SPORTIVE DIVISIONE PARALIMPICA E DEI PROPRI TESSERATI

CONDIZIONI GENERALI

Art. 1 Titoli che danno diritto all'assicurazione

I titoli che costituiscono diritto (senza distinzione di attività praticata, rientrante comunque negli scopi della Federazione Italiana Sport del Ghiaccio – di seguito per abbreviazione FISG- , di ruolo ricoperto o di mansione esercitata) alle garanzie assicurative sono:

- la Tessera nominativa e numerata;
- gli elenchi ufficiali dei Tesserati/Aderenti, registrati in appositi software e/o archivi cartacei (in tal caso è necessaria una dichiarazione della FISG;
- il contratto di assicurazione per il Contraente.

Art. 2 Durata del contratto

Il presente contratto ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2019 con scadenza il 31.12.2023, senza tacito rinnovo.

E' facoltà della Contraente, alla naturale scadenza del 31.12.2023, 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. 3 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. 4 Pagamento del premio

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 FISG.
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 31/12/2019, 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 dalla FISG.
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. 5 Obblighi della Contraente
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. 6 Controversie sulla valutazione del danno
In caso di controversie fra la Società e l'Assicurato sul diritto o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono, in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria, conferire mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contradditorio tra il medico dell'avente diritto ed il medico fiduciario della Società.
In caso di mancato accordo tra i due medici, la Società e l'Assicurato, che manlevano il Contraente da ogni relativo onere, si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno dalla Società e uno dall'Assicurato ed il terzo dai predetti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede presso la provincia in cui l'Assicurato ha la propria sede di lavoro.
Sia la Società che l'Assicurato sostengono le proprie spese e remunerano il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per la Società e l'Assicurato anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il verbale.
Ove l'Assicurato avviasse richiesta di arbitrato ai sensi del presente articolo e chiamasse in causa, anziché la Società, direttamente il Contraente, la Società provvederà ad individuare, sostenendone l'onere, il medico designato a fungere da arbitro per conto del Contraente ed a gestire tutte le attività necessarie per conto dello stesso.
Il Contraente si impegna ad accettare sia l'arbitro designato dalla Società che l'assistenza prestata da quest'ultima.

I risultati dell'arbitrato saranno vincolanti per la Società.
Se l'Assicurato conviene il Contraente davanti all'Autorità Giudiziaria per controversie riguardanti il diritto o la misura dell'indennizzo, la Società interverrà in giudizio impegnandosi a sollevare il Contraente dagli oneri conseguenti ad un eventuale esito negativo della controversia, salvo che tale esito dipenda da norme degli Statuti del Contraente che non riflettessero corrispondenti obblighi della Società nei confronti del Contraente ai sensi della presente polizza di assicurazione.

Art. 7 - *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:

A) per la Sezione RCT/O:
   n. Tesserati / Aderenti/ Atleti Top

B) per la Sezione Infortuni:
   n. Atleti TOP
   Tesserati / Aderenti

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. 8 Manifestazioni unitarie
La copertura è operante nei confronti di tutti gli Assicurati anche in caso di partecipazione a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali la Contraente abbia ufficialmente aderito.

Art. 9 Recesso in caso di sinistro
Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione. Il recesso ha effetto alla scadenza dell'annualità indicata nel presente contratto; ovvero, se comunicato meno di 90 giorni prima di detta scadenza, alla scadenza annua successive.

Art. 10 Assicurazione presso diversi Assicuratori
La presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed indipendentemente da qualsiasi altra copertura assicurativa in corso per l'assicurato. La Contraente è esonerata dall'obbligo di comunicare se i singoli Assicurati abbiano in corso altre polizze per lo stesso rischio.

Art. 11 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. 12 Forma delle comunicazioni
La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Tutte le comunicazioni tra le Parti dovranno avvenire a mezzo lettera raccomandata, raccomandata a mano, telegramma, telefax od altro mezzo telematico (ad esempio email) ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

Art. 13 Interpretazione del contratto
Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali sarà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 14 Buona fede
L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni della Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore ed/od omissione non intenzionale od involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di Legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa assicurazione.
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. 15 Rinuncia al diritto di surrogazione
La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e/o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio

Art. 16 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 della motivazione 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. 17 Validità 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. 18 Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 19 Clausola Broker

Alla Società Mag Jlt Spa sita in Roma - Via delle Tre Madonne 12 è affidata in qualità di Broker la gestione e l'esecuzione delle assicurazioni stipulate dalla Federazione Italiana Sport Invernali ai sensi della legge 28.11.1984 n. 792.

Il Contraente e la Società danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato, ad eccezione del recesso e/o risoluzione che debbono essere comunicate alle parti.

Art. 20 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 21 Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 22 Foro Competente

Il Foro competente per qualsiasi controversia che potrebbe sorgere in applicazione della presente polizza è quello ove ha sede la Contraente/Assicurato.

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 Contraente gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e 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 S.p.A.) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Contraente.

SEZIONE INFORTUNI

Art. 24 Soggetti Assicurati

L' assicurazione vale per i Tesserati, gli Atleti di Interesse Nazionale (o Club Paralimpico) della Contraente.
Inoltre, su specifica richiesta della Contraente potranno essere assicurati gli Accompagnatori / Componenti delle Delegazioni sportive in occasione di specifiche manifestazioni, previa comunicazione di un elenco nominativo. Per tali soggetti sarà corrisposto un premio pro capite come previsto per i Tesserati, indipendentemente dai giorni di copertura.

Art. 25 Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli eventi fortuiti, violenti ed esterni che producano:

- una o più lesioni previste nella tabella allegata;
- la morte

Ai termini della presente garanzia è considerata lesione ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente previste:

- In caso di infortunio ad un soggetto disabile la prestazione assicurativa consiste nell'erogazione di un indennizzo la cui misura è determinata facendo applicazione di quanto previsto all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 03.02.2012.

Le garanzie saranno operanti in occasione di riunioni organizzative, incarichi, missioni o altre attività rientranti negli scopi della Contraente, compreso il rischio in itinere anche con mezzi propri o come trasportati; attività sportive autorizzate, e/o riconosciute e/o organizzate, allenamenti (anche individuali organizzati e/o disposti dalle società sportive regolarmente affiliate), durante lo svolgimento di gare e/o manifestazioni sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della Contraente e/o della Federazione per tutte le attività e discipline riconosciute.
Le predette garanzie saranno operanti sempre che documentate dalla Contraente e/o dalle sue Strutture Periferiche competenti.

Art. 26 Estensioni di garanzia

La copertura è operante anche per gli eventi indennizzabili a termini di polizza, verificatisi in conseguenza di imperizie, imprudenze o negligenze anche gravi nonché avvenuto in stato di malore o incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici, da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti).
Sono equiparate ai fini di polizza alle lesioni, le "lesioni particolari" previste nel successivo articolo 33 Criteri di indennizzabilità - Caso Lesioni, purché determinate da evento fortuito violento ed esterno e verificatesi entro e non oltre 60 giorni dal verificarsi dell'evento stesso.

Art. 27 Esclusioni
L'assicurazione non è operante per gli eventi derivanti da:

a. uso e guida di natanti e mezzi di locomozione subacquea (non comprese le attrezzature tecniche necessarie allo svolgimento delle attività sportive riconosciute dalla Federazione, utilizzate nel rispetto degli specifici regolamenti);
b. abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
c. guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerea salvo quanto espressamente previsto al successivo art. 11 Estensioni Speciali - Rischio Volo.
d. azioni delittuose dell'assicurato;
e. movimenti tellurici, inondazioni, ed eruzioni vulcaniche;
f. guerra e insurrezione;
g. trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni Nucleari, Biologiche e Chimiche.

Art. 28 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.
Relativamente ai normodotati, la Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e patologiche preesistenti. La Contraente e/o gli Assicurati sono comunque esonerati dal denunciare condizioni fisiche e patologiche preesistenti.

Art. 29 Esonero denuncia altre assicurazioni
Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altri Assicuratori per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi previsti nella presente Sezione.

Art. 30 Rinuncia alla rivalsa
L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 e.e. verso i terzi responsabili del sinistro.

Art. 31 Limiti di età
La garanzia è prestata senza limiti di età

Art. 32 Persone non assicurabili
La garanzia assicurativa, non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico - cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi. Tale limitazione non si applica ai tesserati con disabilità intellettiva e relazionale che svolgono attività sportiva paralimpica.
L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Art. 33 Criteri di indennizzabilità

a) 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, l'Assicuratore liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli Oeredi.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per la garanzia lesione prevista dall'art. 2 Oggetto del rischio, o per l'invalidità permanente prevista dall'art 11 Estensioni Speciali - Rischio Volo; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per lesione e/o invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore 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, l'Assicuratore 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 arti. 60 e 62 C.C.. Se, dopo che l'Assicuratore ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione - entro 15 giorni dalla richiesta - della somma pagata.
Per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva indetta dalla Contraente e della Società Affiliata/ Aggregata e convenzionalmente autorizzata/iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della prestazione stessa, l'indennizzo è dovuto anche se il decesso sia conseguenza indiretta dell'infortunio.

b) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.
La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.
Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

c) Caso *Lesioni*

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

- In caso di infortunio ad un soggetto disabile la prestazione assicurativa consiste nell'erogazione di un indennizzo la cui misura è determinata facendo applicazione di quanto previsto **all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011**, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 03.02.2012,

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 dialisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato (valido solo per i normodotati; per i disabili vale quanto previsto nel "Caso lesioni").
Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni

non sono cumulabili tra loro. (valido solo per i normodotati; per i disabili vale quanto previsto nel **"Caso lesioni")**
I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete (come da tabella lesioni allegata) ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo. (valido solo per i normodotati; per i disabili vale quanto previsto nel "Caso lesioni").
Per lussazione s'intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà pari al massimale di morte previsto per la categoria di tesserati di appartenenza.
Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto per lesioni complete documentate mediante diagnostica per immagini.
Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente non deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.

Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa". In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.
L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.
Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrariscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.
Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicate la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Art.34 Pagamento dell'indennità
Nel caso di Infortunio il pagamento dell'indennità sarà effettuato in Euro e comunque in Italia.

Art. 35 Estensioni speciali
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 50% della totale.

***Danno* estetico**
Si conviene che, per gli Assicurati di età non superiore ai 14 anni, l'Assicuratore rimborserà fino ad massimo di Euro 1.600,00, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio e/o lesione previste nella tabella allegata.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti
Fermo quanto previsto nel precedente Art.33 "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 allo stesso l'importo di Euro 160,00.

Avvelenamenti
Fermo quanto previsto nel precedente Art.33 "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 all'assicurato l'importo di Euro 260,00.

Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore
Fermo quanto previsto nel precedente Art.33 "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 allo stesso l'importo di Euro 260,00.

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

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.
Resta inteso che le somme delle garanzie di cui alla presente convenzione 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 1.000.000,00 per il caso di Morte
Euro 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale
Euro 250,00 giornaliere per il caso di inabilità temporanea e complessivamente, per aeromobile, di:
Euro 5.000.00,00 per il caso di Morte
Euro 5.000.00,00 per il caso di invalidità permanente totale
Euro 5.000,00 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 capitolato 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.
Con esclusivo riferimento alla presente garanzia "Rischio Volo", il precedente Art. 33 "Criteri di indennizzabilità" si intende integrato come segue:
Caso Invalidità permanente
L'indennizzo per Invalidità Permanente è determinato mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri di cui alla tabella allegato 1 al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente Convenzione e in contanti anziché sotto forma di rendita.
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.
Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
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 e' 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%.
Le divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sui criteri di indennizzo sono demandate per iscritto al collegio medico di cui all' Art. 6 "Controversie".

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 provvisionale sull'indennizzo.

Art. 36 Rimborso Spese Mediche
La presente garanzia è prestata esclusivamente in favore degli Atleti Nazionali e di interesse Nazionale. Entro il limite di Euro 15.000,00 l'Assicuratore rimborsa, dedotto lo scoperto del 10% con un minimo di Euro 150,00 per evento, le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio e/o lesioni previste all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, che comporti intervento chirurgico per:

A) Spese Rimborsabili in caso di Ricovero con intervento chirurgico:
   1. Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
   2. Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami diagnostici durante il periodo di ricovero;
   3. Rette di degenza, con esclusione delle spese voluttarie quali bar, televisione, telefono.

Sono, inoltre, rimborsate le spese:

- Inerenti squadre di soccorso e trasporto dell'infortunato (sia in Italia che Estero) con

qualsiasi mezzo idoneo, sempre che tali spese siano conseguenti ad infortunio indennizzabile e non sia disponibile la Struttura del Servizio Sanitario Nazionale. Il limite di indennizzo è di Euro 2.000,00 per sinistro ed Euro 5.0000,00 per anno assicurativo;
- Per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi effettuati da medici, entro 90 giorni dalla dimissione dall'istituto di cura o dall'intervento chirurgico in day hospital.

B) Spese rimborsabili in caso di prestazioni extra-ricovero

In caso di infortunio che non hanno comportato un ricovero in istituto di cura, la società rimborsa:

1) onorari medici e specialisti (escluse le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche), le prestazioni sanitarie di diagnostica/strumentale, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici;

2) trattamenti medico chirurgo-infermieristici, trattamenti masso/fisio-terapici (comprese osteopatia e chiropratica) e programmi atletici riabilitativi (riatletizzazione), medicinali, infiltrazioni, cure omeopatiche e termali (escluse le spese d'albergo). Sono altresì comprese le spese sostenute per l'affitto di apparecchi necessari allo volgimento, anche domiciliarmente, delle terapie prescritte;

3) La Società rimborsa inoltre le spese sostenute per le cure effettuate a qualsiasi titolo, per scopi sia riabilitativi, sia preventivi, purché prescritti dal medico curante e/o specialista ed avvallati dai medici federali della Nazionale, senza necessità di interventi chirurgici, sempreché conseguenti ad eventi indennizzabili a termini della presente convenzione. Si intendono incluse a titolo esemplificativo ma non limitativo le cure masso-fisioterapiche, le kinesiterapie, le infiltrazioni ed i programmi atletici riabilitativi svolti in strutture specifiche.

Per i punti 1), 2) e 3) sopra richiamati, la garanzia è prestata complessivamente fino alla concorrenza del massimale di Euro 800,00 per sinistro. La liquidazione di ogni sinistro verrà effettuata con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 150,00.

Limitazioni:

Sono in tutti i casi escluse dal rimborso delle spese di cui al presente articolo le spese relative a:
- Malattie mentali. Tale limitazione non si applica nei confronti dei tesserati con disabilità intellettiva e relazionale che svolgono attività sportiva paralimpica;
- Intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- Chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- Agopuntura non effettuata dal medico.

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

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 purchè adeguatamente documentate.

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

In caso di ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato) reso necessario da infortunio e/o lesione previste nelle tabelle allegate, con o senza intervento chirurgico, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato una diaria per persona di Euro 50,00 per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 60 giorni per evento. I Primi 5 giorni di ricovero non prevedono la corresponsione di diaria.
L'assicuratore effettuerà il pagamento dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi, soltanto a cura ultimata su presentazione di cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura.

Art. 37 *Indennità giornaliera da ricovero*
La presente garanzia è prestata esclusivamente in favore degli Atleti Nazionali e di interesse Nazionale.
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 5 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. 38 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
Denuncia di lesioni e/o infortunio
La denuncia degli infortuni, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che le hanno determinate, corredata da ogni documentazione clinica atta ad accertare le lesioni subite e la loro indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto utilizzando l'apposito modulo ed inviata a Mag Jlt Spa - Ufficio Sinistri, Via delle Tre Madonne 12 00197 Roma , 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 artt.1913 e 1915 del C. C. La documentazione di cui sopra deve consentire inequivocabilmente l'identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relative referto, nel caso di fratture e/o lesioni particolari è necessario che il referto clinico radiologico evidenzi la diagnosi in modo chiaro e specifico e sia redatto da un Pronto Soccorso Pubblico e/o una Struttura Privata equivalente (clinica, casa di cura etc.). Ricevuta la necessaria documentazione, l'Assicuratore, 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 dell'Assicuratore 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
La denuncia della morte, con indicazione del 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 a Mag JLt Spa Ufficio Sinistri, Via delle Tre Madonne 12 00197 Roma , 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 artt.1913 e 1915 del C

Art.39 Limite di indennizzo per singolo evento
In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati con la presente polizza convenzione, le somme delle garanzie di cui alla presente sezioni Lesioni/Morte non potranno superare l'importo di Euro 2.000.000,00. Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti ad ogni assicurato in caso di sinistro sono ridotti con imputazione proporzionale ai capitali assicurati per le singole persone.

Art. 40 SOMME ASSICURATE

- **Atleti TOP**
  Morte Euro 200.000,00
  RSM Euro 15.000,00
  Visite extraospedaliere Euro 800,00
  Diaria da Ricovero Euro 50,00 al giorno Max 60gg Franchigia 5 gg.

- **Per tutte le altre Categorie di Assicurati**
  Morte € 80.000,00

ALLEGATO A1

Allegato relativo alle modalità di indennizzo

L'indennizzo previsto per ciascuna lesione, indicata nella seguente tabella, si calcola sulla base delle percentuali del capitale previsto in caso di morte (ad esempio 150.000 euro). Sulla base della tipologia di atleta l'indennizzo viene modificato rispetto ai normodotati prendendo in considerazione sia la condizione (danno e/o menomazione e/o patologia) determinante la disabilità sia le funzioni fisiologicamente intatte, utilizzando i seguenti coefficienti che "scalano" l'indennizzo sulla base del significato sportivo della struttura/funzione danneggiata. Il primo aspetto da prendere in considerazione è semplicemente di valutare se il danno da indennizzare riguarda una parte precedentemente funzionante o no. Qualora la lesione influisca sulla condizione determinante la disabilità dell'atleta e sulla sua funzionalità nelle comuni attività della vita quotidiana (ad esempio muoversi) e nello specifico sport praticato si applicano i seguenti coefficienti moltiplicativi sulla percentuale di indennizzo che prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce nella vita di relazione e nel contesto specifico in cui l'atleta gareggia.

I disabili fisici', che nei contesti sportivi al di là della peculiarità della condizione disabilitante sono accorpati insieme, per scalare lo specifico livello di lesione vengono classificati sulla base della funzionalità motoria (forza muscolare e/o ambito di movimento articolare in condizioni statiche e dinamiche) in 10 gruppi, dai più gravi ai meno gravi secondo la classificazione del nuoto. Nella classe 1 sono presenti gli atleti con minore funzionalità, nella classe 10 gli atleti con maggiore funzionalità. Nel caso in cui la lesione riguardi una parte del corpo che precedentemente non funzionava nella modalità tipica di un normodotato (ad esempio frattura di femore in un atleta paraplegico) si applicano direttamente gli indennizzi di seguito elencati aggiungendo una quota maggiorata del 5% negli atleti del Club Paralimpico. Nel caso in cui il danno riguardi una parte prima funzionante si dovrà utilizzare la classificazione citata con il razionale che in primo luogo quella lesione potrebbe incidere sulla vita di relazione del soggetto (attività della vita quotidiana) ed in secondo luogo che più grave la disabilità maggiore il danno relativo su quella funzione e quindi maggiore l'indennizzo. Il valore dell'indennizzo indicato in tabella verrà maggiorato in funzione inversa alla classificazione con un coefficiente oscillante dal 15% (classe 1) al 6% (classe
10) in tutti gli atleti tesserati e dal 25% al 16% negli atleti del Club Paralimpico. Il valore dell'indennizzo così ottenuto è ulteriormente aumentato sulla base dell'impatto della lesione in una funzione specifica dello sport in cui l'atleta gareggia. Il coefficiente moltiplicativo verrà basato sulla classe sportiva dello specifico sport praticato dall'atleta. Tale suddivisione in classi è reperibile sia sul sito del Comitato Paralimpico Internazionale (www.paralympic.org) che sul sito del Comitato Nazionale (www.comitatoparalimpico.it). Ogni atleta per gareggiare deve essere preventivamente

classificato. La classificazione è specifica per ogni sport'. Tale indennizzo prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce sul livello e sulla condizione determinante la disabilità dell'atleta e sulla sua prestazione nello specifico sport praticato. I punteggi delle classi vengono ribaltati (il più grave è infatti quello con lesione più bassa) e moltiplicati come percentuali da aggiungere al valore di indennizzo'. Anche tale valore viene raddoppiato nel caso di atleti del Club Paralimpico.

---

1 I **Disabili fisici cioè gli individui con danni di tipo motorio a loro volta sono suddivisi in "Mielolesi" (per lesione traversa del midollo spinale, Tetraplegici e Paraplegici, per spina bifida o per poliomelite) con possibili danni motori e/o sensitivi e/o del sistema nervoso autonomo; Amputati (nei differenti arti ed a differenti livelli) con danni motori e specifiche patologie nei monconi; Cerebrolesi (per paralisi cerebrale infantile o lesione cerebrale da trauma cranico o altre cause) con danni quali spasticità e/o mancanza di coordinazione e/o atetosi; e *"Gli Altri"* (soggetti con altre patologie, di interesse neurologico od ortopedico, non incluse nelle precedenti) con variegate possibilità e/o associazioni dei danni citati.**

2 **Ad esempio nella pallacanestro su sedia a ruote gli atleti sono suddivisi in classi con punteggi da I, i più gravi, a 4,5, i meno gravi.**

Per i disabili visivi', nel caso di danni non relativi al sistema visivo, l'indennizzo sarà maggiore rispetto ai normodotati in funzione del livello di danno visivo. L'indennizzo sarà maggiorato del 50% negli ipovedenti con minore danno (B3), del 75% nel caso del gruppo classificato come B2 e del 100% (cioè indennizzo doppio rispetto ai normodotati) nei non vedenti completi (B1). Negli atleti del Club Paralimpico l'indennizzo verrà ulteriormente ampliato del 50% indipendentemente dalla classe. Tale maggiorazione rispetto agli atleti normodotati è, come per i disabili fisici, giustificata dal fatto che la lesione da indennizzare può avere effetti sia nella vita di relazione sia nella prestazione della specifica attività sportiva praticata. Sulla base di ciascuno di questi parametri l'indennizzo potrà essere soggetto a modificazioni. Il razionale citato si applica anche alle seguenti tipologie di atleti disabili. Per il danno riguardante il residuo funzionale visivo l'indennizzo dovrà essere commisurato alla capacità successiva del soggetto di poter partecipare ad eventi sportivi. Qualora ciò diventasse impossibile l'indennizzo dovrà essere dell'ordine del 50% del capitale assicurato (caso morte) in tutti gli atleti tesserati e del 75% nei paralimpici.

Per i disabili uditivi' gli indennizzi indicati di seguito saranno maggiorati del 10% rispetto a quelli in tabella nel caso di danno fisico e pari al doppio dei normodotati in caso di danno neurosensoriale non relativo alla funzione uditiva. Nel caso di danno della funzione uditiva le stesse condizioni previste per i disabili visivi verranno applicate.

Per i disabili mentali gli indennizzi saranno pari al doppio dei normodotati in tutti gli atleti tesserati ed al triplo nei paralimpici. Gli atleti disabili mentali, nonostante la possibile varietà di livelli intellettivi e le diverse patologie determinanti tali disabilità (che possono includere danni funzionali di tipo motorio) non sono attualmente suddivisi in classi. Il criterio di eleggibilità alla partecipazione sportiva (definizione di "ritardo mentale") è il seguente: "funzionamento intellettivo generale" significativamente sotto la media (quoziente intellettivo - Q.I. - approssimativamente di 70 - 75 o inferiore) il quale determini o si associ a difficoltà di adattamento e/o difetti di prestazione che si manifestano inizialmente durante il periodo evolutivo prima dei 18 anni.

---

3 **Ad esempio nel caso di un atleta paraplegico della pallacanestro su sedia a ruote con punteggio I (solo gli arti superiori sono funzionanti ed è mancante la stabilità del tronco e la fimzionalità degli arti inferiori) in cui vi sia un danno agli arti superiori ad esempio la frattura della epifisi prossimale ulna (olecrano o processo coronoideo o incisura semilunare e radiale) in cui l'indennizzo previsto è pari al 4% del capitale assicurato in caso di morte (6000 euro). Tale valore verrebbe aggiunto del 10% secondo la classe del nuoto e del 4,5% secondo l'aggiustamento relativo alla tipica disciplina sportiva. L'operazione sarebbe 6000 + 600 + 270 per un totale di 6870. Tale indennizzo sarebbe raddoppiato nel caso di Atleta Paralimpico (13740 euro).**

4 **I disabili non vedenti o ipovedenti, che includono patologie a carico dei mezzi diottrici e/o della retina e/o del nervo ottico e/o dell'encefalo, vengono suddivisi in tre classi dove la meno grave (B3) comprende gli atleti la cui acuità visiva nell'occhio migliore sia compresa tra 2/60 e 6/60 o il campo visivo sia compreso tra 5 e 20 gradi.**

5 **I disabili uditivi, che includono patologie a carico dello specifico organo sensitivo e/o del nervo acustico e/o dell'encefalo devono aver subito la perdita dell'udito di almeno 55 Decibel nell'orecchio migliore, e non vengono suddivisi in classi.**

Sezione RCT/ RCO

Art. 41 Attività dell'Assicurato e delimitazioni di Responsabilità

L'assicurazione è prestata per la Responsabilità Civile derivante ai sensi di legge alla Federazione, ad ogni singolo tesserato con la Contraente come si evince dagli elenchi ufficiali e dagli elenchi forniti dai Comitati Regionali.

La Società si obbliga a tenere indenne:

- la Contraente
- i tesserati

per quanto siano tenuti a pagare ai sensi di legge a titolo di risarcimento capitale, interessi e spese per danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'Assicurazione.

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

La garanzia comprende i rischi derivanti dallo svolgimento di tutte le attività istituzionalmente e statutariamente demandate alla Federazione quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo, amministrazione, promozione, organizzazione, gestione e controllo delle attività, sia a livello pratico ed esecutivo (attività di gestione amministrativa e federale in genere, campionati, tornei, camp, manifestazioni in genere, attività delle rappresentative nazionali, attività arbitrale, attività delle società committenza di lavori di progettazione, costruzione, manutenzione, ristrutturazione, verifica, collaudo di impianti sportivi e sedi federali, ecc..). L'assicurazione comprende anche l'esercizio di tutte le attività complementari, preliminari, accessorie, commerciali, assistenziali, sportive e ricreative e vale sia nel caso in cui gli assicurati agiscano nella qualità di proprietario, sia nel caso in cui agiscano come esercenti, conduttori, gestori o committenti. L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante alla Federazione per fatto di :

- tutte le società, le Entità convenzionate quindi per fatto dei dirigenti, dipendenti, ausiliari, atleti e comunque di tutti gli associati e/o iscritti in genere ed a qualsiasi titolo ai predetti enti sportivi; Soggetti non in rapporto di dipendenza con la Federazione né rientranti nella definizione di ausiliari, di cui la Federazione si avvalga sia nella realizzazione delle attività oggetto della garanzia, sia per esigenze gestionali interne, quali pulizia, vigilanza, ristoro e spaccio, rifornimento e consegna e simili.

E' altresì compresa la responsabilità durante l'intera fase di trasferimento di tesserati federali in genere quali a titolo esemplificativo atleti, addetti, tecnici, dirigenti ed arbitri nel solo caso che dette attività, manifestazioni, tornei, gare e/o stage sportivi siano direttamente organizzate e/o effettuata e/o gestite dalla Federazione anche tramite le proprie strutture periferiche, locali e/o decentrate.
Relativamente a tutti i dipendenti, i componenti di organi statutari, centrali e periferici, gli arbitri, gli ufficiali di campo, i giudici e gli osservatori, gli atleti e i componenti lo staff tecnico delle rappresentative nazionali, la garanzia è prestata anche per i danni conseguenti a fatti accidentali verificatisi il periodo di trasferta e/o missione (viaggio e permanenza) per incarichi specificamente previsti e/o autorizzati dalla Federazione.

Art. 42 Massimali di garanzia
L'assicurazione vale per i risarcimenti (capitali, interessi e spese), fino alla concorrenza dei seguenti massimali in aggiunta alle spese di difesa di cui alle norme che regolano l'assicurazione.

- **TESSERATI**
  R.C.T. Euro 1.500.000,00 per ogni sinistro qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà.

Art. 43 Scoperti e franchigie
Alla presente assicurazione si applicano, per ciascun sinistro, i seguenti scoperti e/o le seguenti franchigie, fatte salve eventuali fattispecie diversamente regolate in polizza:

- Sezione R.C.T. Franchigia fissa per ogni sinistro Euro 200,00

Art. 44 Franchigia opponibile al terzo
Si prende atto tra le parti che la liquidazione dei sinistri di cui alla presente garanzia verrà effettuata al terzo danneggiato al netto della franchigia prevista dalle condizioni della presente convenzione.

Art. 45 Altre Assicurazioni
Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente assicurazione ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza dei limiti previsti dal presente contratto. Per quanto coperto sia dalla presente assicurazione sia dalle altre polizze, stipulate dal medesimo Contraente/ Assicurato, la Società risponde solo per le somme eccedenti le suddette polizze fino alla concorrenza dei limiti previsti dal presente contratto, In caso di inoperatività delle suddette polizze, la presente assicurazione opererò senza tenere conto dei contratti preesistenti. L'assicurato è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del C.C.).

Art. 46 Obblighi in caso di sinistro
In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto tramite il Broker alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile. Agli effetti dell'assicurazione di responsabilità civile verso prestatori di lavoro, l'Assicurato deve denunciare soltanto i sinistri mortali, quelli per i quali ha ricevuto notizia dell'avvio di inchiesta da parte delle autorità competenti e quelli per i quali ha ricevuto richiesta di risarcimento. Agli effetti dell'assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi l'Assicurato deve denunciare soltanto i sinistri per i quali abbia ricevuto richiesta di risarcimento da parte di terzi reclamanti. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 CC).

Art. 47 Gestione delle vertenze di danno – Spese Legali -
La Società assume fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti od azioni spettanti all' Assicurato stesso. L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda. La Società ha diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro gli Assicurati, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Art. 48 Delimitazioni
Soggetti non considerati terzi
Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione RCT:

- il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- quando l'Assicurato non sia persona fisica, il legale rappresentante, il coniuge, i genitori, i figli dello stesso nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- i dipendenti dell'Assicurato nonché tutti coloro che indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisca l'assicurazione.

Sono esclusi dall'assicurazione della Responsabilità Civile verso terzi (R.C.T.). i danni:

a) da furto;
b) alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
c) derivanti dalla proprietà di fabbricati e dei relativi impianti fissi;
d) alle cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
e) ai mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni;
f) alle cose trovatesi nell'ambito di esecuzione dei lavori;
g) da circolazione di veicoli a motore su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
h) prodotti a cose dopo la loro messa in circolazione;
i) alle opere in costruzione e quelle sulle quali si eseguono i lavori;
j) cagionati da operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera verificatesi dopo l'esecuzione dei lavori;
k) ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano i lavori;
l) cagionati da opere, installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori; per le opere che richiedono spostamenti successivi dei lavori, e comunque ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori che la riguardano e comunque dopo 30gg da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso ed aperta al pubblico;
m) a condutture ed impianti sotterranei in genere
n) a fabbricati ed a cose in genere dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazioni del terreno da qualsiasi causa determinati;
o) da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, professionali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
p) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli art. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice

Civile;

q) da inquinamento in genere, comunque cagionato; interruzioni, deviazioni, impoverimento ed alterazioni di sorgenti, di corsi d'acqua sotterranei, di falde acquifere e di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
r) dovuti ad errori od omissioni, disguidi o ritardi nella redazione, consegna, conservazione, pubblicazione, diffusione di atti, documenti, valori e simili;da responsabilità volontariamente assunte e non derivanti direttamente dalla legge;
s) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratici etc..)
t) verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata o non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione
u) di qualunque natura, comunque occasionati, direttamente o indirettamente derivanti, seppure in parte, dall'esposizione e/o contatto con l'asbesto, l'amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'asbesto o l'amianto;
v) da detenzione o impiego di esplosivi;
w) direttamente o indirettamente causati o derivati da, verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni.

L'assicurazione della Responsabilità Civile verso i Prestatori di Lavoro (R.C.O.) non comprende i danni:

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

Ai fini dell'assicurazione RCT non sono compresi i danni:

a) da detenzione o impiego di esplosivi;
b) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici etc..);
c) derivanti da malattie professionali;
d) conseguenti ad atti di terrorismo e sabotaggio e atti di guerra in genere;
e) derivanti da amianto;
f) risultanti dalla generazione di campi elettrici o magnetici o di radiazioni elettromagnetiche da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto;
g) derivanti da sostanze o organismo geneticamente modificati e derivati o frutto di ingegneria genetica o bio-ingegneria.

Art. 49 Limiti territoriali
L'assicurazione R.C.T. sono operanti per i danni che avvengono nel mondo intero.

Art. 50 Validità Temporale della Garanzia
Le garanzie prestate con la presente sezione di polizza valgono per i sinistri verificatisi durante il periodo di validità dell'assicurazione.

Art. 51 Soggetti considerati terzi
- il presidente/legale legale rappresentante, per quei casi in cui lo stesso ed i suoi famigliari subiscano un danno in qualità di tesserati/associati a causa di terzi e senza che possa essere imputata responsabilità alcuna alla Federazione.

Art. 52 Sono considerati terzi fra di loro
- i tesserati;
- il coniuge, i genitori, i figli degli Assicurati, nonché qualsiasi parente od affine con essi convivente, esclusivamente nel caso in cui, pur sussistendo i precedenti rapporti, il danno si sia verificato durante l'effettivo svolgimento delle attività per cui è operante la garanzia ed alle quali partecipano contemporaneamente danneggiante e danneggiato, con l'esclusione dei danni da essi subiti derivanti da Rischio Elettivo dello Sport praticato.

Art. 53 Verifiche e controlli
La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli; il Contraente o l'Assicurato, è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione richiesta.
La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.
Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società ed Assicurati in proporzione al rispettivo interesse.
La Società non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 54 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 fra di loro.

Art. 55 Rinuncia alla rivalsa
La Società rinuncia – salvo il caso di dolo – al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso:
a) le persone delle quali l'Assicurato deve rispondere a norma di legge;
b) le persone che non essendo alle dirette e regolari dipendenze svolgano la loro opera quali collaboratori inquadrati nelle forme consentite dalle leggi vigenti o comunque addetti e volontari, con mansioni di qualunque natura, all'organizzazione di gare, manifestazioni e attività sportive in genere purchè l'Assicurato, a sua volta, non eserciti l'azione verso il responsabile.

A) SEZIONE ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

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 (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per:

- morte e lesioni personali
- distruzione o deterioramento materiale di cose

in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività descritta in polizza comprese quelle accessorie, collaterali, complementari, commerciali e collegate a quella dichiarata svolta con qualsiasi mezzo.

L'assicurazione vale inoltre per la responsabilità civile derivante all'Assicurato da fatto, anche doloso, di persone delle quali deve rispondere.

SEZIONE SOMME ASSICURATE

GARANZIA INFORTUNI	
Tesserati	
Caso morte	€ 80.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 80.000,00
Atleti TOP	
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 15.000,00
Diaria da ricovero	€ 50,00
Soggetti A	
Caso Morte	80.000,00
Caso Invalidità Permanente	80.000,00

GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI	
Tesserati / Soggetti A / Atleti TOP	
per ogni sinistro	€ 500.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 500.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 500.000,00
Contraente Per ogni sinistro	€ 5.000.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 5.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 5.000.000,00

Società Affiliate Per ogni sinistro	€ 2.500.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 2.500.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 2.500.000,00

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

Contraente	
per ogni sinistro	€ 2.500.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 2.500.000,00

Società Affiliata	
per ogni sinistro	€ 1.500.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.500.000,00

SEZIONE PREMI

A) - PREMI UNITARI INFORTUNI

Tesserati / Soggetti A	n	64	x	€ 3,20	=	€ 204,80
Atleti Top	n.	28	X	€ 12,00	=	€ 336,00

Totale Premi = € 540,80

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

Tesserati /Soggetti A Atleti Top	n.	92	x	€ 0,75	=	€ 69,00

Totale Premi = € 69,00

TOTALE PREMI GENERALE (A+B) Euro 609,80

PREMIO MINIMO ANNUALE
Il Contraente riconosce un premio annuale, corrispondente al totale dell'importo derivato dalla somma dei premi relativi alla SEZIONE PREMI, di Euro 609,80

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA
Generali Italia S.p.A.