

INFORTUNI

Tra la **Federazione Italiana Italiana Sci Nautico & Wakeboard** pagnia di Assicurazioni , designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Società**, viene stipulata la seguente polizza per le garanzie contro Infortuni a favore dei Tesserati

DEFINIZIONI

Assicurato:	la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa
Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Società:	Compagnia di Assicurazioni.
Premio:	la somma dovuta dalla Contraente alla Società
Atleti A:	gli atleti indicati nominativamente come da elenco allegato nella presente categoria
Atleti B:	gli atleti indicati nominativamente come da elenco allegato nella presente categoria
Tesserato Generico:	ogni singolo soggetto od Ente iscritto o aderente alla Contraente
Soggetti A:	Presidente e Membri del Consiglio Federale, Dirigenti, Revisori dei Conti, Presidenti e Delegati Regionali, Staff Tecnico Federale/Piloti, Giudici/Ufficiali di Gara/Commissari, Membri delle Commissioni di Giustizia/Organi di Giustizia Federali Intere, Medici/Staff Sanitario/Commissione Antidoping, Collaboratori
Contraente:	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Beneficiari:	l'assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato
Franchigia:	è l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico che per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo.
Massimale:	è l'importo massimo della prestazione della Società
Scoperto:	è l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri.
Infortunio:	ogni evento improvviso, che si verifichi indipendentemente dalla volontà dell'assicurato, dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni

corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Ricovero:	permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Ambulatorio:	la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;
Istituto di cura:	l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;
Trattamento chirurgico:	provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura
Day Hospital:	struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica

SEZIONE NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.).

Art.2 PROVA E MODIFICHE DEL CONTRATTO

Sul contratto o su qualsiasi altro documento che concede la copertura deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale dell'impresa assicuratrice. La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto e pattuite da soggetto munito di poteri.

Art.3 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

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

Art.4 DIMINUIZIONE 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.5 DURATA DELL' ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA

L'assicurazione ha decorrenza e scadenza come indicato nel frontespizio di polizza.

E' facoltà del contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 6 (sei) mesi. La società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga. I limiti d'indennizzo, scoperti, franchigie ed eventuali altre limitazioni annuali, potranno essere proporzionalmente riparametrate in base alla durata della proroga previo accordi fra le parti intercorsi al momento della richiesta di proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti disdettare la presente assicurazione ogni anno, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 4 (quattro) mesi prima della scadenza annuale.

Le disposizioni di cui ai precedenti due capoversi non sono operanti nel caso in cui la Società o il Contraente si siano avvalsi della facoltà di recesso a seguito di sinistro prevista dal successivo Art.23 - Recesso in caso di Sinistro.

L'assicurato, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e ss.mm. e ii.), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la società non sia disposta ad una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

Ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente contraente si riserva la facoltà di rinnovare l'assicurazione per una durata di anni tre, previa adozione di apposito atto. In questo caso la società si riserva di accettare o meno il rinnovo alle medesime condizioni normative ed economiche.

Art.6 REGOLAZIONE E CONGUAGLIO DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza e pertanto i compensi erogati ai dipendenti.

Le differenze attive a favore della Società, risultanti dalla regolazione premio, devono essere pagate dal Contraente o dalla Società entro 60 giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice, che verrà spedita entro 30 giorni dalla ricezione dei dati.

Si stabilisce inoltre che è prevista la sola regolazione attiva di premio, che andrà effettuata al termine dell'annualità assicurativa sulla base dell'effettivo numero di assicurati eccedente il minimo stimato.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione e ciò sino all'adempimento di tali obblighi.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie..

Art.7 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

Il contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza; se il contraente non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Anche le eventuali appendici comportanti un incasso del premio potranno essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione, da parte del contraente del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalla ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la società dà atto che:

- l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;

- Il pagamento effettuato dal contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento in cui consegna il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 8 "*Titoli che danno diritto all'assicurazione*" della presente Sezione, e scadrà al quindicesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzidetto.

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

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

Art.8 TITOLI CHE DANNO DIRITTO ALL'ASSICURAZIONE

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

- la Tessera nominativa e numerata della
- la partecipazione (da parte di atleti, tecnici, ufficiali di gara, dirigenti accompagnatori, addetti al salvamento assistenza salvataggio, staff medico) a competizioni e manifestazioni della
- la partecipazione alle giornate promozionali di avvio alla moto..... svolte dalla
- la qualità di Dirigenti o Collaboratori in missione per contro della

Le tessere verranno rilasciate a cura della a mezzo dei suoi organi periferici (Comitati regionali, provinciali, territoriali, Società affiliate) da questa specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

La contraente è esonerata dalla preventiva comunicazione dei nominativi dei partecipanti a competizioni, manifestazioni e giornate promozionali, ma in caso di sinistro, la stessa dovrà presentare l'effettiva comunicazione e certificare la partecipazione dell'infortunato alla manifestazione/competizione/raduno e/o all'attività federale.

Art.9 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta, 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 c.c.

Art.10 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETA'

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato è tenuto devono esser fatte con lettera raccomandata, fax, posta elettronica, posta elettronica certificata, o altro mezzo idoneo, indirizzate al Broker.

Art.11 TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DAL CONTRATTO

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

È data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art.12 FORO COMPETENTE - CLAUSOLA ARBITRALE

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

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

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

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

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

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

Art.13 ONERI FISCALI

Le imposte e tutti i relativi oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del contraente anche nel caso in cui il pagamento sia stato anticipato dalla società.

Art.14 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme stabilite dal codice civile

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del codice civile sul contratto di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Si intendono altresì abrogate tutte le condizioni a stampa eventualmente riportate.

Art.15 GESTIONE DELLA POLIZZA – CORRISPONDENTE/COVERHOLDER (DA AGGIUNGERE SOLO IN CASO DI EFFETTIVA NECESSITA')

Nell'eventualità la gestione del presente contratto sia affidata ad un Corrispondente o Coverholder dei Lloyd's of London, si prende e si da atto di quanto segue.

Con la sottoscrizione della presente contratto di assicurazione si prende atto che l'Assicurato e/o Contraente conferiscono mandato di rappresentarli, ai fini del presente contratto di assicurazione, alla Società di brokeraggio indicata all'art. 13 – Gestione della polizza – della sezione 'Norme che regolano il contratto in generale' (qui di seguito indicato come "Broker incaricato") la quale si avvale per il piazzamento presso i Lloyd's del Corrispondente dei Lloyd's

Pertanto:

- ogni comunicazione effettuata al Broker incaricato dal Corrispondente dei Lloyd's si considererà come effettuata all'Assicurato e/o Contraente;
- ogni comunicazione effettuata dal Broker incaricato al Corrispondente dei Lloyd's si considererà come effettuata dall'Assicurato e/o Contraente.

I Sottoscrittori conferiscono mandato al Corrispondente dei Lloyd'sdi ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione.

Pertanto:

- ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente dei Lloyd's al Broker incaricato si considererà come effettuata dai Sottoscrittori; oppure,
- ogni comunicazione effettuata dal Broker Incaricato al Corrispondente dei Lloyd's si considererà come effettuata ai Sottoscrittori.

Art.16 ALTRE ASSICURAZIONI

È data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione, il quale s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del codice civile.

Art.17 COASSICURAZIONE E DELEGA (OPERATIVA NEL SOLO CASO DI COASSICURAZIONE EX ART. 1911 C.C)

Qualora la polizza risulti ripartita tra diverse Società Coassicuratrici, la sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Società Coassicuratrici, indicate in polizza o appendice, a firmare anche in loro nome per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione o Agenzia della Società Delegataria sul Documento di Assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice risulta dall'apposito prospetto inserito in polizza.

Tutte le comunicazioni inerenti il contratto, nessuna esclusa, s'intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria in nome e per conto di tutte le Coassicuratrici, ivi comprese citazioni e notificazioni di carattere processuale. La Società Delegataria è incaricata dalle Società Coassicuratrici dell'intera gestione della polizza di assicurazione, ivi compresi, ad esempio, l'esazione dell'intero premio, il rilascio quietanze, la liquidazione ed il pagamento dei danni.

Si dà e si prende atto che non vi è responsabilità solidale tra le Società Coassicuratrici.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato, il quale tratterà con la sola Delegataria; è fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

Art.18 ELEZIONE DI DOMICILIO

La Società potrà eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notificazione dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art.19 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società appaltatrice assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche ed integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) o il CUP – CIG/CUP.

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3. La risoluzione del contratto non andrà comunque a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

L'Ente Contraente verifica in occasione di ogni pagamento alla Società con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

La Società si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subContraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art.20 VALIDITÀ TERRITORIALE

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

Art.21 CLAUSOLA BROKER

L'assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società in qualità di broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e ss.mm.ii.

L'assicurato e la società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la società dà atto che ogni comunicazione fatta dal contraente/assicurato al broker si intenderà come fatta alla società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal broker alla società si intenderà come fatta dal contraente/assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art .55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il broker è autorizzato ad incassare i premi. La società, pertanto, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal contraente tramite il broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del broker è a carico della società nella misura del 12% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso broker, alla società. Qualora, nel corso della vigenza dell'assicurazione, il contraente venga a definire con il broker, o altro broker, una percentuale inferiore sul premio imponibile di quella sopra indicata, il premio da corrispondere alla società sarà adeguato nella stessa misura percentuale. Resta inteso tra le Parti che ad, è affidata la gestione e l'esecuzione della presente polizza.

Le comunicazioni a cui le parti sono tenute potranno essere fatte anche per il tramite del broker ed in tal caso si intenderanno come fatte dall'una all'altra parte, anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

SEZIONE NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art.22 DENUNCIA DEI SINISTRI – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

La denuncia del sinistro sarà effettuata per iscritto alla Società, anche tramite l'Intermediario, entro 30 (trenta) giorni lavorativi dall'evento o da quando l'ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza.

Nel caso di morte, l'avviso deve essere dato entro 15 (quindici) giorni lavorativi da quando l'ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza.

L'Assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Il Contraente è sollevato dall'obbligo di osservanza dei termini di dichiarazione o di avviso qualora non abbia avuto conoscenza dei casi verificatisi per fatto altrui.

Art.23 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo/risarcimento, la società può recedere dall'assicurazione, mediante lettera raccomandata, o posta elettronica certificata (PEC), da inviarsi in firma digitale con preavviso di 120 giorni. In tal caso la società mette a disposizione del contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio pagato e non goduto, esclusi soltanto le imposte ed ogni altro onere di carattere tributario.

Anche l'assicurato/contraente può recedere dall'assicurazione, con le stesse modalità sopraindicate, nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo/risarcimento dovuto, fermo il diritto al rimborso del premio, al netto delle imposte ed ogni altro onere di carattere tributario relativi al periodo di rischio pagato e non goduto.

La riscossione di premi, o rate di premio, venuti a scadenza dopo il recesso per sinistro o qualunque altro atto della società e/o del Contraente, non possono essere interpretati come rispettiva rinuncia a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

Art.24 GESTIONE SINISTRI E IMPEGNI DELL'ASSICURATORE

Entro il limite di 30 giorni dalla scadenza di ogni annualità assicurativa, o comunque dalla richiesta del Contraente, la Società si impegna a fornire al Contraente, per il tramite del Broker, dei tabulati contenenti i dati relativi all'andamento del rischio dall'inizio del contratto assicurativo aggiornati a non oltre i 60 gg precedenti, in formato elettronico modificabile (Excel o equivalente).

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo riservato per ciascun sinistro);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato per ciascun sinistro);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico, utilizzabile dal Contraente stesso.

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

Nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso in caso di sinistro, la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui il recesso è stato inviato.

SEZIONE NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art.25 SOGGETTI ASSICURATI

L'Assicurazione vale per tutti i Tesserati (Atleti A, Atleti B, Tesserati Generici), i Soggetti A.

Art.26 OGGETTO DEL RISCHIO

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

- Morte
- invalidità permanente

Le garanzie saranno operanti in occasione di:

- l'esercizio e lo svolgimento di attività sportive rientranti negli scopi della Contraente e delle Associazioni e Società sportive affiliate (preparazione, allenamenti anche individuali, corsi e gare), nonché lo svolgimento dei preliminari, nonché di attività promozionali ed amatoriali;
- 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, delle 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.27 ESTENSIONI DI GARANZIA

La copertura è operante anche per gli eventi indennizzabili a termini di polizza, verificatisi: l'asfissia 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.28 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) azioni delittuose commesse o tentate dall'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;
- f) movimenti tellurici, inondazioni, ed eruzioni vulcaniche;
- g) 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;
- h) pratica dei seguenti sport: speleologia, sport aerei in genere, paracadutismo;
- i) partecipazione a gare, prove ed allenamenti per discipline non rientranti negli scopi della Contraente e delle Associazioni e Società sportive;
- j) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- k) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- l) 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;
- m) uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri) salvo quanto previsto dalla Estensione Speciale Rischio Volo;
- n) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio.

Art.29 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.

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dalla successiva clausola "Criteri di indennizzabilità".

Art.30 ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Si da 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 eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

Art.31 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.32 RINUNCIA ALLA RIVALSA

L'Assicuratore 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.33 INFORTUNI CAGIONATI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

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

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

Art.34 LIMITI DI ETÀ'

L'assicurazione ha validità per i soggetti di età non superiore ai settantacinque anni e cessa dalla prossima scadenza annuale del premio per gli Assicurati che raggiungono tale limite di età in corso di contratto.

Gli eventuali premi corrisposti dopo il compimento dell'età suddetta saranno restituiti a richiesta del Contraente.

Limitatamente agli infortuni subiti durante ed a causa dello svolgimento delle attività sportive, degli allenamenti e durante le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara od allenamento ufficiale, ovvero in occasione dell'espletamento delle attività proprie della qualifica di Tecnico o Dirigente rivestita nell'ambito dell'Organizzazione sportiva della Contraente ma svolte nelle occasioni e circostanze previste dai regolamenti sportivi e dai calendari o da accordi della Contraente purché definiti in data certa antecedente all'evento che ha generato l'infortunio, la garanzia opera senza limiti di età.

Art.35 INFORTUNI DETERMINATI DA CALAMITA' 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.36 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 sezione Infortuni non potranno superare l'importo 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.37 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, l'Assicuratore liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi.

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, 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 artt. 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 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 dalla 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

L'indennizzo per Invalidità Permanente è determinato mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri di cui alla "tabella lesioni" allegato A al Decreto del Ministero per le politiche giovanili e le attività sportive del 16.04.2008 (GU n. 152 del 01.07.2008). Il pagamento dell'indennizzo avverrà 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 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.

Rimborso spese mediche

In caso di infortunio, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente e sino a concorrenza del massimale convenuto, rimborserà le spese sostenute per:

- spese ospedaliere o cliniche, rette di degenza in ospedale o in clinica;
- onorari a medici, chirurghi, assistenti ed anestesisti;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, diritti di sala e materiali d'intervento;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente laddove tale garanzia viene prestata.

Indennità per ricovero a seguito di infortunio

La garanzia riguarda l'infortunio che, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, ha come conseguenza:

- un ricovero;
- un Day hospital purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi.

Si conviene, in oltre, tra le parti che:

- la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, trecento giorni.

L'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'assicurato dei documenti giustificativi comprovante la durata dell'immobilizzazione e la causa.

Indennità per immobilizzazione a seguito di infortunio

La garanzia riguarda l'infortunio che, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, ha come conseguenza una immobilizzazione. La Società corrisponderà per ogni giorno di immobilizzazione, sino alla rimozione del mezzo di contenzione, anche in assenza di ricovero, un indennizzo giornaliero.

Si conviene, in oltre, tra le parti che:

- la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, sessanta giorni;
- l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'assicurato dei documenti giustificativi comprovante la durata dell'immobilizzazione e la causa.

Inabilità Temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;

b) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni, a decorrere dalle ore 24 del giorno dell'infortunio fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

Art.38 CONTROVERSIE SULLA NATURA DEGLI INFORTUNI

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

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

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art.39 INVALIDITÀ PERMANENTE - ANTICIPO INDENNIZZO

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

Art.40 INDENNITÀ PRIVILEGIATA PER INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

Nel caso in cui invalidità permanente sia di grado non inferiore al 51%, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

Art.41 ESTENSIONI SPECIALI

Perdita dell'anno scolastico

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

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

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, sarà aumentata del 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.

Rischio guerra

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

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

Danno estetico

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

La presente estensione è prestata con un limite per assicurato e per sinistro/anno di € 2.500,00.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 43 "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. 43 "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. 43 "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 4.000,00, 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 € 200,00 per persona. Nel caso

in cui il trasporto venga necessariamente attuato mediante elicottero/eliambulanza la somma assicurata si intende elevata ad € 1.500,00 per sinistro/persona.

La presente garanzia è prestata con il mite di € 10.000,00 per anno assicurativo.

Protesi

Spese per protesi ortopediche sostitutive di parti anatomiche, rese necessarie in conseguenza di infortunio occorso in attività sportiva coperta di assicurazione, fino alla concorrenza dell'importo massimo di Euro 10.000,00 per persona e per anno assicurativo (giustificate da specifica prescrizione medica specialistica).

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.

Art.42 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 ad 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, l'Assicuratore, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede entro 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

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.43 CRITERI E MODALITÀ' DI RIMBORSO

I rimborsi dovuti a termini della presente sezione 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 Federazione Italiana Sci Nautico & Wakeboard (F.I.S.W.) a condizione che venga allegato;

alla denuncia di sinistro, delega di pagamento o equivalente idonea procura rilasciata dal soggetto assicurato a favore della Federazione Italiana Sci Nautico & Wakeboard (F.I.S.W.) 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:

- 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 infortunio, dalle prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni avute, dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate, nonché da eventuale ulteriore documentazione sanitaria richiesta dalla Società

- le ricevute di spesa dovranno essere trasmesse in originale.

Art.44 CESSAZIONE DELLA COPERTURA

La copertura prestata ai sensi del presente contratto cesserà immediatamente qualora l'Assicurato dovesse risultare definitivamente positivo a controlli antidoping; contestualmente verrà meno il diritto dell'Assicurato ad eventuali indennizzi non ancora liquidati.

Art. 45 - CAPITALI ASSICURATI E GARANZIE ATTIVATE

Tesserati - Atleti Alto Livello (nominativamente indicati)

Morte € 250.000,00
 Invalidità Permanente € 300.000,00
 Rimborso spese mediche € 20.000,00
 Indennità per ricovero a seguito di infortunio € 50,00
 Indennità per immobilizzazione a seguito di infortunio € 50,00
 Inabilità temporanea € 75,00

Tesserati - Atleti Alto Specializzazione (nominativamente indicati)

Morte € 150.000,00
 Invalidità Permanente € 150.000,00
 Rimborso spese mediche € 10.000,00
 Indennità per ricovero a seguito di infortunio € 50,00
 Indennità per immobilizzazione a seguito di infortunio € 50,00

Tesserati Generici

Morte € 80.000,00
 Invalidità Permanente € 80.000,00
 Rimborso spese mediche € 2.000,00

Soggetti A

Morte € 150.000,00
 Invalidità Permanente € 150.000,00
 Rimborso spese mediche € 5.000,00
 Indennità per ricovero a seguito di infortunio € 50,00
 Indennità per immobilizzazione a seguito di infortunio € 50,00

FRANCHIGIE PER SINISTRO VALIDE PER TUTTE LE CATEGORIE

- Invalidità Permanente: 5%
- Rimborso Spese mediche: € 500,00
- Inabilità temporanea: 10gg.

Art.45 SEZIONE PREMI ASSICURATIVI

Soggetti A:	n. 250 x €.....	€
Tesserati:	n. 15.000 x €	€
Atleti A:	n. 20 x €	€
Atleti B:	n. 65 x €	€
	<i>Totale</i>	€

