



A.S.C.- Attività Sportive Confederato

***CONVENZIONE PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI,
A FAVORE DELL'ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA A.S.C. - ATTIVITA' SPORTIVE
CONFEDERATE, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE
SOCIETA'AFFILIATE ED AGGREGATE E DEI SUOI TESSERATI***



A.S.C.- Attività Sportive Confederato

***CONVENZIONE PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI,
A FAVORE DELL'ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA A.S.C. - ATTIVITA' SPORTIVE
CONFEDERATE, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE
SOCIETA'AFFILIATE ED AGGREGATE E DEI SUOI TESSERATI***

Tra la A.S.C. e la Allianz Spa, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole Contraente e Società, viene stipulata la seguente convenzione Infortuni, a favore della A.S.C., dei suoi Organi Centrali e Periferici, delle Società affiliate e dei suoi Tesserati. Le prestazioni garantite sono disciplinate nell'allegato **"REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER L' ASSICURAZIONE INFORTUNI A FAVORE DEGLI ISCRITTI ALL'ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA A.S.C. – ATTIVITA' SPORTIVE CONFEDERATE, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETA' AFFILIATE ED AGGREGATE E DEI SUOI TESSERATI"**, che forma parte integrante della presente Convenzione.

Art. 1. Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative è, senza distinzione di attività praticata, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, la Tessera numerata rilasciata dalla Società di appartenenza affiliata alla A.S.C. – Attività Sportive Confederato, di seguito richiamata solo con l'acronimo di A.S.C.. Equivale alla Tessera, il bollettino di pagamento effettuato dall'assicurato-tesserato con data certa, alla Società affiliata alla A.S.C., qualora il sinistro avvenga nelle more di emissione della tessera stessa. Ai sensi di quest'ultimo capoverso, la copertura si intenderà operante dalle ore 24,00 della data dell'esecuzione del pagamento.

Le tessere verranno rilasciate a cura dell'A.S.C. – Attività Sportive Confederato e delle sue strutture periferiche (Comitati regionali e provinciali, territoriali, etc.), da questa specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Per A.S.C. – Attività Sportive Confederato costituisce titolo il presente contratto.

Art. 2. Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 2, con inizio dalle ore 24.00 del 31 Dicembre 2012 e termine alle ore 24.00 del 31 Dicembre 2014. In mancanza di disdetta spedita da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 1 mese prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente. La Società può recedere anticipatamente dal contratto in caso di sinistro mortale, con un preavviso di gg. 90 dalla scadenza annuale del medesimo.

Art. 3. Obblighi dell'Ente

L'Ente si impegna a comunicare alla Società tutte le modifiche delle normative riguardanti l'Ente e ogni altra circostanza che comporti una variazione od un aggravamento del rischio, ai sensi di quanto previsto dall' art. 1898 del Codice Civile, riservandosi in ogni caso la Società la facoltà di recedere dall' accordo.

Art. 4. Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell' Assicurato alla Sede dell'Assicuratore e/o del Broker entro 30 giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui l' Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del Codice Civile.

Art. 5. Foro competente- clausola arbitrale

Le controversie che dovessero insorgere fra le parti della presente Convenzione, escluse quelle non compromettibili ad arbitri e per le quali è competente il Foro di Roma, inerenti la validità, l'interpretazione e/o l'esecuzione e/o lo scioglimento della presente Convenzione saranno deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre membri, nominati uno da ciascuna delle parti in contesa e il terzo, con funzioni di Presidente del Collegio, dai membri nominati dalle parti stesse, ovvero, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di Roma, il quale nominerà anche l' arbitro della parte che non vi avesse provveduto nel termine di giorni venti dalla richiesta fattale dall'altra parte, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il Collegio dovrà decidere, disponendo anche in ordine alle spese, nel termine di 60 giorni dalla sua costituzione, in via rituale e secondo diritto con libertà di procedura ma sempre con l' osservanza del rispetto del principio del contraddittorio. La sede del Collegio sarà Roma.

Art. 6. Determinazione del premio – Incasso degli acconti e regolazione del premio

Premesso che:

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

si conviene che:

- il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio sarà computato effettuando la somma (positiva e/o negativa) dei premi sulla base degli effettivi Tesserati.

Entro due mesi dalla data di scadenza di ogni annualità, la Contraente fornirà all'Assicuratore elenco riportante il numero degli Assicurati per tessera associativa, riferiti all' anno assicurativo trascorso, affinché l'Assicuratore stesso possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione.

Fanno fede per il calcolo della regolazione premio, i registri, ed altri documenti probanti tenuti dalla Contraente che dichiara di mettere a disposizione dell' Assicuratore per eventuali controlli.

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE INFORTUNI E, A FAVORE DELLA A.S.C. –ATTIVITA' SPORTIVE CONFEDERATE DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETA'AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI

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.

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.

Franchigia:

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

Indennizzo

La somma dovuta dall' Assicuratore in caso di sinistro.

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.

Trattamento chirurgico

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

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.

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.

Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

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

Tesserato

Ogni singolo soggetto iscritto o aderente alla Contraente compreso in copertura.

Massimale

L'importo massimo della prestazione dell'Assicuratore.

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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 7. Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione, a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali A.S.C. – Attività Sportive Confederato abbia ufficialmente aderito.

Art. 8. Nuovi Tesserati

La Contraente e la Società prendono atto e convengono che i premi relativi a ciascun tesserato sono da considerarsi su base annua anche se l'iscrizione all'A.S.C. risulti successiva alla data di inizio della Convenzione. Pertanto, in caso di sinistro, la validità della copertura assicurativa sarà subordinata al possesso da parte dell'infortunato della Tessera in regolare corso di validità (art.1 della Convenzione "Titoli che danno diritto all'assicurazione").

Art. 9. 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. 10. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio -Variazioni del rischio

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

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

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

Art. 11. Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento delle rate di premio così come indicato in polizza.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui consegna il titolo che dà diritto all'assicurazione, ai sensi dell'art. 1 "Titoli che danno diritto all'assicurazione" della precedente Sezione, e cessa alle ore 24,00 del quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza del titolo anzidetto.

Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 30 giorni. Relativamente alla copertura assicurativa inerente alle prestazioni assicurative previste ex decreto legge 03.11.2010 "Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti", pubblicato sulla GU n. 296 del 20.12.2010, resta convenuto che in caso di mancato versamento del premio l'assicuratore è obbligato ad erogare la prestazione assicurativa a favore dell'assicurato, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti del soggetto obbligato.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo a termini di regolamento, la Società si riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del sinistro.

Art. 12. Oneri fiscali

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

Art. 13. Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 14. Rinvio alle norme di legge

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

Art. 15. Interpretazione del Contratto

In caso di eventuali dubbi di interpretazione sui contenuti delle clausole contrattuali, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

Art. 16. Dichiarazioni della Società

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

Art. 17. Tracciabilità dei flussi finanziari – Clausola risolutiva espressa.

In ottemperanza all'articolo 3 della legge numero 136 del 13 agosto 2010, l'Ente, la Società e l'Intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie sono eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane Spa, il presente contratto s'intende risolto di diritto.

Art. 18. Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

L'Impresa s'impegna a fornire trimestralmente all'A.S.C. 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 senza seguito;
- e) sinistri respinti.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1. Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i Tesserati a Società sportive affiliate alla A.S.C. – Attività Sportive Confederate-, durante la pratica di qualsiasi attività effettuata sotto l'egida del Contraente, salvo quanto disposto dall'Art. 5 Esclusioni

Art. 2. Limiti di età

L'assicurazione viene prestata senza limiti di età.

Art. 3. Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni che producano:

- la morte
- invalidità permanente
- spese di cura
- ricovero
- applicazione di gesso

L'Assicurazione, nei termini e con i limiti in seguito indicati, vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca in occasione di attività sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o riconosciute e/o organizzate sotto l'egida della A.S.C., quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, gare, allenamenti (anche individuali), durante le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara o di allenamento, durante lo svolgimento di concorsi e/o manifestazioni sportive e non, quali ricreative e culturali e/o tempo libero autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della A.S.C., e comunque per tutte le attività previste per il raggiungimento delle finalità statutarie della Contraente.

Le garanzie di polizza sono operanti anche quando gli Assicurati in qualità di trasportati di mezzi pubblici o privati o quali conducenti di mezzi ad uso privato subiscano l'infortunio durante:

- a) il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro sino al luogo di svolgimento delle attività assicurate, e/o viceversa, con il percorso più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività oggetto dell'assicurazione.
- b) durante le trasferte fuori sede, il tempo necessario per raggiungere il luogo deputato alle attività oggetto dell'assicurazione e viceversa. Per l'identificazione delle persone danneggiate faranno fede i referti della Contraente ed, in subordine, le convocazioni societarie. In tal caso la denuncia di sinistro dovrà riportare la firma del Dirigente accompagnatore indicato nel predetto referto o convocazione. In questo caso la garanzia esplicherà il proprio effetto anche per il tragitto da casa o luogo di lavoro sino al punto di raduno e viceversa entro i limiti previsti dal precedente punto a);
- c) il rischio in itinere sarà operante sempreché alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro.

Le predette garanzie saranno operanti sempreché documentate dall'Ente o dalle sue Strutture Periferiche competenti.

Art. 4. Equiparazione ad infortunio -Estensioni di garanzia

- a. Sono equiparati ad infortunio le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;

- b. determinati da lesioni da sforzo e le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari, distacco retina.

La garanzia è estesa anche agli infortuni:

- c. sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze o negligenze anche gravi nonché 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).
- d. causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti, da infezioni conseguenti a infortunio, da avvelenamento, ingestione o assorbimento involontario di sostanze, da annegamento, assideramento, asfissia, congelamento, folgorazione, da colpi di sole e/o di calore, da sforzi muscolari traumatici;
- e. derivanti da eventi naturali, da tumulti, terrorismo, aggressioni o violenza, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 5. Esclusioni

L'assicurazione non è operante in caso di infarto cardiaco e per gli eventi derivanti da:

- a. uso e guida di natanti, mezzi di locomozione subacquea;
- b. abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, psicotrope o allucinogene;
- c. assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertata in base alle normative vigenti;
- d. per eventi determinati da un'azione costituente reato commessa 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;
- e. guida e uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerea salvo quanto espressamente previsto al successivo art.11 ;
- 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. trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- i. da detenzione od impiego di esplosivi.
- j. da operazioni chirurgiche, trattamenti e cure mediche, non resi necessari da infortunio;
- k. da atti dolosi compiuti o tentati dall' Assicurato;

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni direttamente derivanti dalla pratica di:

- l. Speleologia - guidoslitta – alpinismo- escursionismo con accesso a nevai o ghiacciai e arrampicata libera;
- m. salto dal trampolino con sci e idrosci ;
- n. paracadutismo in tutte le sue forme - sport aerei e di volo in genere (non è esclusa la pratica del Kite Surf) ;
- o. caccia.

Art. 6. 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 ai momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire. Se l'infortunio 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'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art. 7. Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che la Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Imprese per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, invalidità permanente, 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. 8. Rinuncia alla rivalsa

L' Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 9. Persone non assicurabili

La garanzia assicurativa, non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezioni HIV, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche -celebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.

L' assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Art.10 Criteri di indennizzabilità

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

Art. 11. Rischio volo

La garanzia è operante per le conseguenze degli infortuni che l' Assicurato subisca durante viaggi aerei di trasferimento 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 polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dalla stessa 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 1.032.913,80 per il caso di Morte
- Euro 1.032.913,80 per il caso di invalidità permanente totale
- Euro 258,23 giornaliera per il caso di inabilità temporanea e complessivamente, per aeromobile, di:
 - Euro 5.000.000,00 per il caso di Morte
 - Euro 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale
 - Euro 5.164 ,57 giornaliera 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 dalla stessa 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.

La garanzia inizia dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui scende.

Art. 12. Prestazioni

A. Caso Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell' Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio, 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 invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio 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 infortunio, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, l' Assicuratore liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell' istanza di morte presunta, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Se, dopo che è stato pagato l'indennizzo, risulta che l' Assicurato è vivo, l' Assicuratore avrà diritto alla restituzione entro 30 giorni dalla richiesta della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

B. Caso Invalidità Permanente

Sono indennizzabili le lesioni corporali che producano l'invalidità permanente del soggetto assicurato entro due anni dall'infortunio

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” della presente Convenzione.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti fermo quanto previsto dall'art. 10.

Precisazioni:

- o Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- o Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- o Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- o Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
- o Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- o 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.
- o I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomico-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.

- o Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- o Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà venti volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.
- o Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.
- o Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- o 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.

- o Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrariscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.

Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Franchigia

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 9% (NOVEPERCENTO). Per invalidità permanente superiore a tali percentuali, l'indennizzo verrà corrisposto per la sola parte eccedente.

Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado non inferiore al 50%, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

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%, l'Impresa – 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.

C. Rimborso spese Mediche a seguito di infortunio

In caso di Infortunio indennizzabile, l'Impresa rimborsa, entro il limite della somma assicurata a questo titolo, le spese effettivamente sostenute per:

- 1) Prestazioni sanitarie relative al ricovero, ad intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.) :
- a) 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);

- b) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici ;
- c) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.
- 2) Prestazioni sanitarie sostenute nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico o all'infortunio che non abbia determinato ricovero o intervento chirurgico:
 - a) Accertamenti diagnostici, gli onorari per prestazioni mediche e/o Specialistiche, infermieristiche;
 - b) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
 - c) Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista;
 - d) Trattamenti fisioterapici, rieducativi e cure riabilitative, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato.

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

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

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 200,00 per evento.

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

Le prestazioni sanitarie previste ai sensi del presente punto C, si intendono operanti anche nei casi in cui un sinistro denunciato non risulti indennizzabile esclusivamente per i casi in cui l'invalidità accertata fosse inferiore a quella riportata nella sezione "Franchigia" Art.12 -B.; sempreché il danneggiato si sia avvalso inizialmente di Pronto Soccorso Pubblico e/o di una Struttura Privata equivalente (clinica, casa di cura etc.).

D) Diaria da gesso

In caso di infortunio che renda necessaria l'applicazione di gessatura l'Impresa corrisponde un'indennità di euro 25,00 (venticinque) per ogni giorno di gessatura con franchigia di 3 (tre) giorni, fino ad un massimo di gg 30 per Infortunio.

La garanzia opera, parimenti, anche per il periodo di ininterrotta applicazione di ogni tipo di apparecchio immobilizzante effettuata da personale medico o paramedico in relazione alla frattura e/o lussazione radiologicamente accertata attraverso qualsiasi mezzo messo a disposizione dalla moderna diagnostica radiologica (oltre alla radiologia standard, ad esempio TAC, Risonanza Magnetica, Ecografia, ecc.).

Per questo tipo di prestazione, la diaria verrà corrisposta a decorrere dal 1° giorno successivo a quello dell'immobilizzazione con un massimo di 10 giorni per Infortunio.

E) Diaria da Ricovero

In caso di infortunio che renda necessario il ricovero in Istituto di Cura, l'Impresa corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero nei limiti previsti dalla polizza.

Il giorno di ricovero e quello di dimissione, ai fini della definizione del periodo di indennizzo, viene considerato un giorno unico.

La diaria verrà corrisposta a decorrere dal 3° giorno successivo a quello del ricovero, con un massimo di 180 giorni per Infortunio.

La diaria da ricovero non è cumulabile con la diaria da gesso, nel caso quindi l'infortunio interessi contemporaneamente le due garanzie verrà liquidata la diaria massima giornaliera di € 25,00 con franchigia di 3(tre) giorni, e/o comunque quella più favorevole all'assicurato.

Art. 13. 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.

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, l'infortunio, a causa dell'entità delle lesioni, determini l'impossibilità di frequentare lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporti la perdita dell'anno scolastico, al soggetto assicurato è corrisposto un indennizzo incrementato del 20%.

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, l'Impresa, fino alla concorrenza di Euro **1.000,00**, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro € **1.000,00**

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Nel caso di nel caso di morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € **1.000,00** .

Avvelenamenti

Nel caso 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, sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € **1.000,00** .

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Nel di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € **1.000,00** .

Danno estetico

Si conviene che l'Impresa rimborserà fino ad massimo **di € 2.500,00**, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza. Tale estensione di garanzia si intende valida solo ed esclusivamente per gli assicurati di età inferiore ai 16 anni .

Art. 14. 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 indennizzo, 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'invaldità 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. 15. Denuncia degli infortuni obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che le hanno determinate, corredata da ogni documentazione clinica atte ad accertare le lesioni subite e la loro indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto ed inviata alla Sede dell'Assicuratore e/o del Broker **entro 30 giorni** lavorativi dalla data dell'evento stesso e/o dal momento in cui l'Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto, la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.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, 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.).

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro per un valore equivalente.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire alla visita dei medici dell'assicuratore ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine e sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art. 16. Denuncia della morte e obblighi relativi

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 alla Sede dell'Assicuratore e/o del Broker, entro 30 giorni dall'evento stesso e/o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del codice civile.

Art.17. 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 garanzia infortuni non potranno superare l'importo di Euro 5.000.000,00.

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.18 Clausola Broker

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

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

SEZIONE SOMME ASSICURATE, ATTIVITA' ASSICURATE E FRANCHIGIE PREVISTE

SOMME ASSICURATE

A) TESSERA BASE

Morte	€ 80.000,00
Invalidità Permanente	€ 80.000,00

B) TESSERA COMPLETA

Morte	€ 100.000,00
Invalidità Permanente	€ 100.000,00
Rimborso Spese mediche	€ 1.500,00 (scoperto 10% minimo € 200)
Indennità giornaliera gesso	€ 25,00 (massimo 30 gg. con 3 gg. di franchigia)
Indennità giornaliera ricovero*	€ 25,00 (massimo 180 gg. con 3 gg. di franchigia)

*non cumulabile con l'indennità da gesso

ATTIVITA' SPORTIVE ASSICURATE

IMMERSIONI RESPIRATORE	PUGILATO	LOTTA	SCHERMA	RUGBY	FOOTBALL AMERICANO
CICLISMO	HOCKEY	MOUNTAIN BIKE	MOTOCICLISMO	ARRAMPICATA SPORTIVA	SCI
ATLETICA PESANTE	ARTI MARZIALI	PALLANUOTO	PALLAVOLO	IMMERSIONI SUB APNEA	PATTINAGGIO
CULTURA FISICA – LOTTA – PESI	AEROMODELLISMO	EQUITAZIONE	SQUASH	CINOFILIA	BEACH SPORT
WINDSURF	DANZA SPORTIVA	GINNASTICA	SALVAMENTO	BASEBALL- SOFTBALL	CALCIO
SCACCHI	DAMA	FRECCETTE	GIOCHI DI CARTE	TENNISTAVOL O	MODELLISMO
BADMINTON	BILIARDO	BIRILLI	BOCCE	BOWLING	PESCA SPORTIVA
SURFING	NUOTO	VELA	CANOA – KAYAK	CANOTTAGGIO	ROWING
SOFTAIR	TIRO A SEGNO	TIRO A VOLO	TIRO CON L'ARCO	FITNESS	YOGA
GOLF	AMBIENTE FAUNA	PROTEZIONE CIVILE	ATTIVITA' CULTURALI/RICR EATIVE	SPORT PARALIMPICI	ATLETICA LEGGERA
PALLACANESTRO	PALLAMANO	PADBOL	SCI DI FONDO	TENNIS	BALLO