

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI**

LA PRESENTE POLIZZA È STIPULATA TRA

**E L'ENTE
CONTRAENTE /ASSICURATO**

SPORT E SALUTE SPA /CONI

Largo Lauro De Bosis 15
00135 Roma

E

C.I.G.

Effetto	30.06.2022
Scadenza	30.06.2023

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE
--

Art 1) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio. Buona fede.

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

Tuttavia l'omissione, l'incompletezza o l'inesattezza delle dichiarazioni da parte del Contraente/Assicurato di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto al completo indennizzo sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti del Contraente/Assicurato.

Art. 2) - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si conviene tra le Parti che qualora si rivelasse che per gli stessi enti oggetto del presente contratto esistono o venissero in seguito stipulate altre polizze direttamente dal Contraente o da terzi che ne abbiano avuto interesse, gli eventuali danni denunciati dal Contraente o dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi, fermo per la Società ogni altro diritto derivante a norma di legge (art. 1910 C.C.).

Si esonera il Contraente dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

Art. 3) Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza, prescindendo dal pagamento della prima rata di perfezionamento del contratto. Il pagamento del premio di polizza dovrà comunque avvenire entro il 60° giorno successivo alla data di effetto della polizza.

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure all'impresa od al broker di assicurazioni che gestisce la presente assicurazione.

Ai sensi dell'art 48 del DPR 602/1973 e sue successive modificazioni, integrazioni, sostituzioni, 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 18/01/2008 n 40 e sue successive modificazioni, integrazioni, sostituzioni, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 gg di cui all'art 3 del Decreto citato e s.m.i;
- Il pagamento effettuato dal contraente direttamente all'Agenzia di riscossione ai sensi dell'art 72 bis del DPR 602/1973 e sue successive modificazioni, integrazioni, sostituzioni costituisce adempimento ai fini del pagamento del premio nei confronti della società stessa.
- I termini per il pagamento del premio di cui ai primi due commi del presente articolo, si intendono aumentati di ulteriori gg 30 o del maggior termine previsto qualora il termine di sospensione previsto ai sensi del

D.M.E.F del 18/01/2008 n 40 e sue successive modificazioni, integrazioni, sostituzioni, risulti ancora operativo al compimento del sessantesimo giorno dalla data di effetto della polizza o da ciascuna scadenza di rata.

Art. 4) EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE E DURATA DEL CONTRATTO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30.06.2022 e scadrà alle ore 24.00 del 30.06.2023.

E' facoltà della Contraente, alla naturale scadenza del 30.06.2023, richiedere alla Società la proroga del contratto fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione di nuova polizza e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni, proroga che dovrà essere concessa alle condizioni economiche e normative vigenti all'atto della richiesta. La Società non potrà rifiutare tale proroga.

Art. 5) Modifiche all'assicurazione

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

Art. 6) Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento di rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 C.C.).

Art. 7) Diminuzione del rischio

A parziale deroga dell'art. 1897 del Codice Civile, nel caso di diminuzione del rischio e/o dei valori la Società è tenuta a ridurre con effetto immediato il premio o le rate di premio successive alla comunicazione

del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, immediatamente, oppure in occasione del primo rinnovo dell'annualità di premio a scelta dell'Assicurato.

Art. 8) Disdetta- recesso - in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, l'Impresa ed il Contraente possono recedere dal contratto con preavviso di 180 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 90 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del ricevente. In entrambi i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagato e non goduto, escluse le imposte, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Art. 9) Coassicurazione e delega

Qualora risulti dalla polizza che l'Assicurazione è divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, l'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto. In caso di inadempienza di una delle Società partecipanti al rischio, la relativa quota verrà ripartita fra le rimanenti che avranno facoltà, una volta liquidata l'indennità, di rivalersi nei confronti della Società che non ha adempiuto ai propri obblighi.

Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti, anche in sede giudiziaria, inerenti alla presente assicurazione faranno capo sia dal punto di vista attivo che passivo alla Delegataria la quale provvederà ad informarle.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione stragiudiziale e giudiziale compiuti dalla Delegataria per conto comune.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad

ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il pagamento dei premi viene effettuato dal Contraente per il tramite del Broker e tale procedura è accettata dalla Società Delegataria per la propria quota e dalla medesima 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.

Art. 10) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art .11) Foro competente

il Foro competente per qualsiasi controversia si intende quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede legale dell'Assicurato.

Art. 12) Interpretazione del contratto

Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 13)- Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

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.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di autorizzare 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. 14)- Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.

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 o col consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

Art. 15) Estensione territoriale.

L'Assicurazione si estende ai sinistri che insorgono nel mondo intero.

Art . 16) Clausola broker:

Alla Società di Brokeraggio MAG SPA Via delle Tre Madonne 12 00197 Roma - é affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione, in qualità di Broker), ai sensi del D. lgs 07.09.2005 N. 209 e successivi modificazioni e integrazioni.

Di conseguenza tutti i rapporti e comunicazioni inerenti l'assicurazione saranno svolti per conto del Contraente/Assicurato dal broker il quale tratterà con gli Assicuratori.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal broker nel nome e per conto del Contraente/Assicurato si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso; parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al broker si intenderà come fatta agli Assicuratori.

Farà fede, ai fini dell'efficacia della copertura assicurativa, la data di una comunicazione ufficiale

del broker agli Assicuratori.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il pagamento verrà effettuato dal Contraente al broker (su conto separato e dedicato di cui all'art. 117 del d.lgs. 209/2005, in ossequio alla vigente normativa art. 3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136, giusta determinazione A.V.C.P. 18 novembre 2010 n. 8 paragrafo 4° punto quinto), che provvederà al versamento agli Assicuratori. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento effettuato dal Contraente al broker.

Il broker sarà remunerato dagli Assicuratori aggiudicatari dell'appalto.

Le Compagnie aggiudicatarie dovranno pertanto rilasciare, ove mancante, lettera di libera collaborazione a MAG JLT SPA ai sensi e per gli effetti dell'art. 118 del Codice delle Assicurazioni, e dei commi 1) e 3) dell'articolo 55 - Regolamento ISVAP n. 5 DEL 16.10.2006 e successive modifiche ed integrazioni.

La misura del compenso provvigionale, a carico della Compagnia Assicuratrice, è pari al 3%.

Art. 17) Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

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

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

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

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

L'impresa è obbligata a trasmettere il dettaglio dei sinistri come suindicato entro 30 giorni dalla scadenza di ciascuna annualità assicurativa.

Art. 18) Ispezione delle cose assicurate

La Società ha sempre il diritto di visitare le cose assicurate e l'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

Art. 19) Forma delle comunicazioni dei Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo certo (telex o simili) indirizzata alla Società.

Art. 20) Rinvio alle norme di legge

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

Art. 21) Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. 136/2010

In conformità a quanto previsto dall'Art. 3, commi 8 e 9, della Legge n. 136 del 13/08/2010 ("Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia"), il Contraente, la Società e il Broker assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla medesima Legge 136/2010 con particolare riferimento alle disposizioni contenute all'Art. 3, commi 8 e 9.

Il presente contratto si intenderà risolto di diritto ex Art. 1456 C.C. e s.s. in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi dell'ausilio di Istituti Bancari o della società Poste Italiane S.p.A. e comunque si accerti il mancato rispetto degli adempimenti di cui al paragrafo precedente.

Il Contraente, la Società e il Broker, e comunque ogni soggetto connesso al presente contratto che abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria previsti dalla Legge 136/2010, devono manifestare immediatamente la volontà di

avvalersi della clausola risolutiva, informandone, a mezzo comunicazione scritta, il Contraente e/o la Società e la Prefettura o l'Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

Art. 22) Prescrizione dei diritti

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

Art. 23) Disposizioni finali

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente sui moduli a stampa forniti dalle Società assicuratrici valgono solo quale presa d'atto dei premi e della ripartizione dei rischi tra le Società partecipanti alla Coassicuratrici.

POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALE ED
EXTRAPROFESSIONALE

DEFINIZIONI

ASSICURAZIONE: il contratto d'assicurazione.

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione.

CONTRAENTE: Sport e salute S.p.A./CONI

ASSICURATO: i soggetti a favore dei quali viene stipulata la polizza.

BENEFICIARIO: il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso.

IMPRESA: Società di assicurazioni con la quale è stipulato il contratto.

PREMIO: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

RISCHIO: la probabilità che accada il sinistro.

SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

INDENNIZZO: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

FRANCHIGIA: la parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.

SEZIONE II - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

- Valide per la Sub Sezione A) e B) -

Art. 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non d'origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti, le intossicazioni, le lesioni da ingestione di cibo o da assorbimento di sostanze;
- c) il contatto accidentale con corrosivi;
- d) le infezioni conseguenti a infortunio, escluso HIV -, sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze, e gli avvelenamenti da punture e morsi d'insetti, rettili ed animali;
- e) l'annegamento, l'affogamento ed il soffocamento;
- f) le influenze termiche ed atmosferiche in genere, le scariche elettriche, la folgorazione;
- g) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti. Sono comprese in garanzia le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:
 - nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale non sia operabile secondo parere medico, sarà corrisposta un'indennità a titolo d'invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso d'invalidità permanente assoluta;
 - se l'ernia è operabile, sarà corrisposta un'indennità per il caso d'inabilità temporanea semprechè sia prevista in polizza, fino ad un periodo di giorni 100 successivi a quello dell'infortunio;
 - qualora insorga contestazione circa la natura dell'operativa dell'ernia, la decisione e rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 29- Controversie sulla natura delle lesioni - delle Nonne che regolano l'Assicurazione;
- h) gli infortuni derivanti dalla forza della natura, compresi movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe, slavine, eruzioni vulcaniche.

In via esemplificativa e non limitativa, si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni subiti:

- i) in stato di malore, incoscienza, vertigini;
- j) per imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- k) durante l'uso e la guida di veicoli in genere e natanti;
- n) in conseguenza di scioperi, sequestri di persona, scippo e/o rapina, aggressioni tumulti popolari o da atti di terrorismo, azioni di dirottamento o pirateria, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- o) durante la pratica non professionale di qualsiasi sport -escluso paracadutismo e sport aerei in genere, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al grado della scala U.I.A.A., salta dal trampolino con gli sci, bob, pugilato e deltaplano.

p) durante il servizio militare.

Art. 2 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. 3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 4 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. 5 Diminuzione del rischio

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

Art. 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, si conviene che:

l'importo complessivo previsto alla Sezione Premi deve considerarsi quale premio complessivo per ciascun anno assicurativo.

Art. 7 Denuncia dei sinistri

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

Art. 8 Esonero denuncia di infermità

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

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

Art. 9 Esonero denuncia altre assicurazioni

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

Art.10 Rinuncia alia 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 dell'infortunio.

Art. 11 Persone non assicurabili

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

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

Art. 12 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

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

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

Art. 13 Infortuni determinati da calamità naturali

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

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

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

Art. 14 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 8.000.000,00.

Art. 15 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.16 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art.17 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 Interpretazione del Contratto

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

Art. 19 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. 20 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Art. 21 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida od uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei, salvo quanto previsto per il rischio volo di cui all'articolo 10- Rischio volo- delle norme che regolano l'Assicurazione;
- b) da stato d'ubriachezza se alia guida di veicoli;
- c) sotto l'influenza di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- g) durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- h) da guerra o insurrezioni. Ciò nonostante la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da state di guerra, per il periodo massimo di 15 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato sia sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero;

h) sono lo stesso esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpisca l'Assicurato nel territorio italiano, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 22 MORTE PRESUNTA

La somma assicurata per il caso di morte è liquidata purchè il decesso dell'Assicurato sia conseguente ad infortunio risarcibile secondo la polizza e questa occorra, anche se successiva alla scadenza del contratto, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Se il corpo dell' Assicurato non è trovato entro un anno dopo la scomparsa, l'arenamento, l'affondamento od il naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e lo private, non escluso dall'articolo 10 - Rischio Volo - delle Norme che regolano l'Assicurazione, sarà riconosciuto il risarcimento per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come l'infortunio. L'impresa in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato e simili eventi, corrisponderà la somma assicurata per il caso di Morte anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona e/o del clima, o di altre situazioni concomitanti (per esempio: perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti. Qualora in conseguenza del medesimo evento l'impresa sia tenuta alla liquidazione di un capitale Morte per entrambi i genitori, sarà raddoppiata la parte di beneficia spettante ai figli minori e lo in ogni caso a carico. Il maggior esborso a carico dell'Impresa non potrà superare € 150.000,00 per ciascun Assicurato.

La Compagnia liquida ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato e/o al convivente, beneficiari dell'assicurazione, la somma convenuta per il caso di Morte aumentata del 100% quando l'Assicurato muore in conseguenza di un infortunio subito a seguito di reato di rapina, tentata rapina, estorsione, sequestro, tentato sequestra, messi in atto nei confronti dell'Assicurato stesso. Per questa specifica estensione, l'esposizione massima dell'Impresa non potrà in ogni caso essere superiore a € 250.000,00, indipendentemente dall'eventuale maggior somma assicurata per il caso di Morte. L'impresa da e prende atto che beneficiari delle somme garantite in caso di Morte degli assicurati, s'intendono gli eredi legittimi e/o testamentari, salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dagli Assicurati (dichiarazione scritta che può essere conservata presso la Contraente).

Art. 23 INCAPACITA' D'INTENDERE E DI VOLERE- MORTE SOPRAGGIUNTA

A parziale deroga delle Norme che regolano l'Assicurazione, qualora a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, sia residuata all'Assicurato un'invalidità permanente e costui si venisse a trovare nell' incapacità di intendere e di volere, gli eredi od i beneficiari designati in polizza per il caso di Morte, avranno pieno titolo per far valere i diritti dell'Assicurato e richiedere all'Impresa la liquidazione dell'indennizzo spettante, rilasciando alia stessa quietanza liberatoria, fermo quanta previsto per il caso che, a liquidazione dell'Invalidità Permanente avvenuta, dovesse (entro due anni dalla data dell'infortunio ed in conseguenza di questa) sopraggiunge la Morte.

Fermo quanto contrattualmente contemplato relativamente ai casi di Morte e d'Invalidità Permanente, resta convenuto fra le Parti che le indennità previste in polizza per:

- ricovero in Istituto di cura;
- applicazione d'apparecchio gessato od altro tutore immobilizzante equivalente;

- rimborso spese di cura;
- rimborso spese di trasporto dall'estero o rimpatrio della salma;
- danni estetici;

sono liquidabili agli eredi designati in contratto, qualora a seguito dell'infortunio od anche per cause indipendenti da lui, l'Assicurato dovesse morire prima di avere potuto riscuotere quanta di sua spettanza e diritto a termini della presente polizza per i titoli di cui sopra.

Gli eredi designati in contratto avranno altresì titolo, in caso di comprovata incapacità dell'Assicurato, per richiedere all'impresa (presentando i giustificativi previsti) la corresponsione d'anticipi mensili sull'indennità dovuta e da computarsi nella liquidazione definitiva, rilasciando all'impresa ampia e liberatoria quietanza nel caso che lo stato d'incapacità dell'Assicurato dovesse permanere anche al termine del ricovero, della cura o del periodo massimo di garanzia pattuito per il caso di specie.

Art. 24 RIMBORSO DELLE SPESE DI TRASPORTO-RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza ed avvenuto all'estero, l'impresa assicura, sino alla concorrenza di € 4.000,00 e per ogni assicurato:

il rimborso delle spese di trasporto con qualsiasi mezzo sostenute dall'Assicurato in caso d'infortunio che richieda il Suo trasporto in Istituto di cura attrezzato in Italia e/o alia Sua residenza;

il rimborso delle spese sostenute - in caso di decesso - per il rimpatrio della salma dell'Assicurato sino al luogo di sepoltura in Italia.

L'Impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale: a richiesta dell'Assicurato od aventi causa l'Impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Art. 25 INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'impresa liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla Tabella per l'Industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/1965 n. 1124.

L'impresa rinuncia all'applicazione della franchigia relative prevista dalla Legge stessa in caso d'infortunio.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali d'invalidità Permanente previste della precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e fosse che questi erano gli unici perfettamente integri, o tali che fossero usati come "destri", si terrà conto di ciò anche nella valutazione del grado d'invalidità permanente, fermo restando il disposto dell'art. 33 - Criteri d'indennizzabilità - delle Norme che regolano l'Assicurazione.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di organi od arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al massimo del 100% (centopercento).

L'indennità per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi d'invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30/06/1965 n.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati della misura nella quale e per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad

un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado d'invalidità preesistente. L'impresa in occasione d'arenamento, naufragio, atterraggio forzato e simili eventi, corrisponderà la somma assicurata per il caso d'Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona del clima, o d'altre situazioni concomitanti (per esempio: perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Se è dichiarato, trascorso un anno dall'infortunio, lo stato di "coma irreversibile" sarà liquidato ai beneficiari previsti in polizza il 100% della somma assicurata.

Art. 26 RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre effettua come passeggero (non come pilota o membra dell'equipaggio) viaggi aerei su aeromobili (compresi elicotteri) in servizio pubblico di linee regolari compresi i voli charter ed effettuati con velivoli presi a noleggio da Società che esercitano in servizio pubblico linee aeree regolari. La garanzia è altresì estesa agli infortuni che occorressero all'Assicurato mentre effettua, come passeggero, viaggi su aerei di proprietà privata, compresi gli elicotteri, muniti di regolare certificato di navigabilità rilasciato dall'Ente Aeronautico Civile del Paese in cui l'aeromobile stesso è registrato e condotto da un pilota (l'Assicurato in ogni caso escluso) regolarmente patentato. L'estensione non è valida per monomotori ed Aeroclubs; sono inoltre esclusi gli aerei di proprietà dell'Assicurato e/o Contraente.

Art. 27 MALATTIE TROPICALI

L'assicurazione è estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia. La garanzia è prestata sino alla concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni con il massimo di € 500.000,00 in caso di Morte e di € 500.000,00 per Invalidità Permanente.

La somma assicurata per l'invalidità Permanente è soggetta ad una franchigia del 20%, pertanto non si farà luogo ad indennizzo alcuno quando questa sia di grado inferiore al 20% della totale; se invece, l'invalidità permanente supera il 20% della totale sarà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado d'invalidità Permanente residuo. Il Contraente dichiara, agli effetti della presente estensione, che gli Assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che saranno sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Art. 28 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 29 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - BUONAFEDE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come qualsiasi errore e/od omissione involontaria e non intenzionale della stessa, e/o delle persone di cui debba rispondere a norma di legge, nonché dei suoi Amministratori, non pregiudicheranno questa polizza.

Art. 30 PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione non è valida:

- a) per le persone di età superiore agli 80 anni, mentre per quelle già assicurate cessa alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del settantacinquesimo anno, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso saranno restituiti al Contraente;
- b) per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoici; l'assicurazione cessa con manifestarsi di una delle predette condizioni. Si da atto che sono assicurabili contro gli infortuni anche le persone affette da diabete e da infermità gravi e permanenti, fermo restando che sono escluse dall'assicurazione le rispettive conseguenze. Pertanto, in caso d'infortunio l'impresa corrisponde l'indennità a sensi dell'articolo 33- Criteri indennizzabilità- delle Norme che regolano l'assicurazione.

Art. 31 INTEGRATIVITA' DELL'ASSICURAZIONE

Agli effetti d'eventuali presenti e futuri obblighi d'assicurazione a sensi di Legge, la presente polizza ha carattere del tutto indipendentemente e valore integrativo.

Art. 32 DENUNCIA D'INFORTUNIO- OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto all'impresa entro 30 giorni lavorativi dall'infortunio e dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente, l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso all'impresa. L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'impresa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 33 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

L'impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dall'articolo di cui all'articolo 8 - Invalidità Permanente- delle Norme che regolano l'Assicurazione.

Fermo restando quanto disposto dall'articolo 23 - Persone non assicurabili - delle Norme che regolano l'Assicurazione, si da atto che il Contraente è esonerato dal momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso d'infortunio, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio.

Art. 34 CUMULO INDENNIZZI

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'impresa corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 35 CONTROVERSIE SULLA NATURALE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sui grado d'invalidità permanente le Parti possono conferire mandato ad un Collegio di tre medici (uno per parte più un terzo designata dai primi due) i quali tenendo presenti le condizioni di polizza e le norme di Legge, prenderanno decisioni inappellabili e vincolanti per le Parti.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, ma entro due anni, nel qual caso il Collegio può concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione finale.

Il collegio risiederà presso il Tribunale ove ha dimora l'Assicurato; ciascuna Parte sosterrà le proprie spese e concorrerà nella misura del 50% (cinquanta per cento) al pagamento del terzo medico. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale, purchè ciò risulti dagli atti.

Sub Sezione A)

Art. 1 Soggetti Assicurati

Ai sensi del presente contratto, qualora un soggetto assicurato fosse presente in più Categorie, la Società, in caso di sinistro, procederà cumulando l'indennizzo, al netto delle franchigie e/o scoperti previsti per singola Categoria.

L'Assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti dai soggetti presenti nelle seguenti categorie assicurate:

- **Categoria A (A1-Personale dipendente/Dirigente Sport e Salute Spa, CONI, A2-Personale dipendente/ Dirigente del " Parco del Foro Italico di Roma " / A3 Personale dipendente / Dirigente del CIP /A4 Personale Dipendente / dirigente Coninet Spa)**
- **Categoria B (B 1- Professionisti aventi la qualifica di Medico, Medico Competente, e B2 -Professionisti Paramedici, Fisioterapisti e Tecnici) operanti per conto del Contraente e/o per conto dell'istituto di Medicina e Scienza dello Sport, con esclusione dei professionisti - alle dirette dipendenze del Contraente;**
- **Categoria C – Le persone facenti parte del/della:- Giunta Nazionale del CONI;**
 - Consiglio Nazionale del CONI;
 - Collegio dei Revisori dei Conti del CONI;
 - Consiglio di Amministrazione della Sport e Servizi SpA;
 - Collegio dei Sindaci della Sport e Servizi SpA;
- Consiglio di Amm.ne e Collegio Sindacale del " Parco del Foro Italico di Roma Srl " .
- **Categoria D (D1 I componenti delle Giunte Regionali, i Delegati Provincia, i Consulenti ed i Tecnici all'impiantistica,**
 - Strutture Coordinatori Tecnici, i Coordinatori Didattico Territoriali Scientifici, i Segretari Didattico Scientifici , i Revisori dei Conti e Presidenti Onorari.

- **D 2 - I Fiduciari locali, gli Staff Tecnici**

Art. 2 ASSICURAZIONE PER CATEGORIE - ESCLUSIVAMENTE A (A1/ A2/A3/A4)

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona alle dipendenze del Contraente, appartenente alle categorie precisate in Scheda di Copertura Sport e Salute Spa seguenti limiti:

1. in caso Morte

- Per una somma corrispondente a n. 5 volte la retribuzione annua, con il massimo di € 1.200.000,00 per i Dirigenti;
- Per una somma corrispondente a n. 2 volte la retribuzione annua, con il massimo di € 200.000,00 per il Personale non Dirigente.

2. in caso di Invalidità Permanente da Infortunio

- Per una somma corrispondente a n. 6 volte la retribuzione annua, con il massimo di € 1.450.000,00 per i Dirigenti;
- Per una somma corrispondente a n. 3 volte la retribuzione annua, con il massimo di € 300.000,00 per il Personale non Dirigente.

Si conviene tra le parti che la promozione di un dipendente ad altra categoria e/o l'assunzione di un dipendente con qualifica del medesimo in una delle categorie assicurate (anche se non attivata al momento di stipulazione del contratto per mancanza di dipendenti ascritti a quella categoria) non deve essere preventivamente segnalata alla Compagnia e la garanzia varrà automaticamente nei confronti del medesimo nei termini e secondo i parametri fissati in polizza per la categoria cui è iscritto e ciò dalla data di promozione e/o assunzione risultante dalle rispettive lettere e/o dai libri paga e matricola e dalle altre evidenze societarie cui la Contraente è tenuta secondo la legge, ed il premio relativo sarà pagato dalla Contraente in sede di regolazione alla fine dell' annualità assicurativa come previsto dalla Condizione Particolare "Regolazione del Premio".

Art. 3 SPESE MEDICHE PER TUTTE LE CATEGORIE

In aggiunta a quanto previsto dalle Condizioni d'Assicurazione, l'Impresa rimborsa agli Assicurati per i quali è prestata la garanzia, in caso d'infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo di € 2.500,00.

Per cure mediche s'intendono:

- spese mediche e di cura praticate presso ambulatori, Pronto Soccorso, Istituti di Cura o a domicilio;
- onorari a medici, chirurghi e dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o altro mezzo attrezzato specificatamente;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali eli soccorso, compreso il trasferimento aereo, all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitaria qualificato, purché prescritte dal

- medico curante;
- spese per la prima protesi, escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio d'apparecchi protesici o sanitari incluse carrozzelle ortopediche;
- azioni di ricerca e/o salvataggio.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente. Tuttavia, nel caso in cui l'infortunio, non escluso dalle condizioni di polizza, abbia conseguenze di carattere estetico che non comporti risarcimento a titolo d'invalidità Permanente, l'impresa rimborserà sino ad un massimo di € 2.500,00 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché gli interventi di chirurgia plastica ed estetica.

L'impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, ed il pagamento è effettuato a cura ultimata: a richiesta dell'Assicurato od aventi causa l'Impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Le somme liquidate ai sensi della presente garanzia sono soggette ad una franchigia assoluta di € 50,00, ed a uno scoperto del 15%.

Art. 4 CONCENTRAZIONE DEL RISCHIO

Qualora più persone assicurate viaggino contemporaneamente sul medesimo mezzo di trasporto terrestre, navale od aereo, o per un sinistro previsto ai sensi di polizza che colpisca contemporaneamente più teste, l'impresa garantisce l'indennità complessiva massima di € **30.000.000,00**, ancorché le singole applicazioni di garanzia, effettuate nei modi stabiliti dal contratto, indichino complessivamente indennità superiori.

Ai sensi del presente articolo, ferma la suddetta somma massima garantita, verranno applicati i seguenti sotto limiti per categoria:

- Categoria A e C complessivamente, fino ad un massimo di € 20.000.000,00(ventimilioni);
- Tutte le altre Categorie complessivamente, fino ad un massimo di € 10.000.000,00 (diecimilioni)

Tutti i suddetti importi si intendono dimezzati per atti di terrorismo.

La riduzione conseguente ai limiti che precedono sarà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona, mentre l'Impresa accrediterà al Contraente il premio conteggiato in più per le somme assicurate in relazione ai suddetti limiti

Art. 5 RISCHI PROFESSIONALI (COMPRESO ITINERE)-VALIDA PER TUTTE LE CATEGORIE ASSICURATE

L'assicurazione s'intende prestata per gli infortuni che le persone assicurate subiscano nell'esercizio delle occupazioni professionali principali svolte per conto della Contraente, e/o della carica ricoperta nel rispetto delle disposizioni CONI e Sport e Salute Spa, Il Parco del Foro Italico, Coninet Spa e CIP e secondarie, proprie della categoria d'appartenenza compresi i viaggi in itinere.

La garanzia comprende anche gli infortuni subiti in occasione di viaggi, trasferimenti e/o missioni di qualsiasi natura, compreso il tempo libero, in occasione di tutte le attività svolte per incarichi specifici al di fuori della normale sede di lavoro, inerenti alle occupazioni professionali.

La copertura decorre dall'inizio del viaggio e termina al rientro presso la sede di lavoro o presso l'abitazione dell'assicurato.

Art. 6 RISCHI EXTRA-PROFESSIONALI- VALIDA ESCLUSIVAMENTE PER I SOGGETTI ASSICURATI NELLA CATEGORIA A (A1 /A2/A3/A4)

L'assicurazione s'intende prestata per gli infortuni che le persone assicurate subiscano in ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Art. 7 FRANCHIGIA PER L'INVALIDITA' PERMANENTE - RISCHI PROFESSIONALI RISCHIO CARICA COMPRESO ITINERE)

In relazione a quanto previsto dall'Art. 2 delle Norme che regolano l'Assicurazione, si conviene tra le Parti che la liquidazione degli infortuni Professionali o avvenuti "in itinere", con postumi a carattere invalidante permanente, non è soggetta ad alcuna franchigia per la sola categoria A (A1/ A2/ A3 / A4).

Per la Categoria B (B1 e B2) è prevista una franchigia fissa del 4%. Per le categorie C e D (D1 e D2) è prevista una franchigia fissa del 3%.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 15% della totale, l' Impresa liquida l'indennità senza deduzione d'alcuna franchigia.

Art. 7 bis FRANCHIGIA PER L'INVALIDITA' PERMANENTE- RISCHIO EXTRA- PROFESSIONALI

Si conviene tra le Parti che la liquidazione degli infortuni extra-professionali, con postumi a carattere invalidante permanente, è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- per la Categoria A (A1/ A2/ A3 / A4), esclusi i Dirigenti, franchigia fissa del3%;

nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 15% della totale, l' Impresa liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 8 DANNI ESTETICI CONSEGUENTI AD INFORTUNIO PER LA SOLA CATEGORIA A (A1/A2/A3/A4)

Se l'infortunato ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni e/o sfregi permanenti, l'impresa liquida un'ulteriore indennità a titolo d'invalidità permanente con una franchigia assoluta del 5%.

Pertanto l'Impresa non liquida alcuna indennità se la deturpazione e/o lo sfregio determina un'invalidità permanente di grado non superiore al 5% della totale; se invece tale invalidità permanente è superiore al 5% della totale l'impresa liquida l'indennità solo per la parte eccedente e fino al massimo indennizzo di € 10.000,00.

Art. 9 ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI PER LA SOLA CATEGORIA A (A1/A2/A3/A4)

1) Agli effetti assicurativi per "retribuzione annua" s'intende quanto, al lordo delle ritenute il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, purchè sia registrato nel "libro stipendi" prescritto ai sensi di Legge.

2) Per la liquidazione delle indennità, è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella come sopra percepita nei 12 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio. Nel caso in cui l'infortunato non abbia raggiunto l'anno di servizio, il capitale assicurato di riferimento sarà comunque pari a quello previsto da contratto su base annua, senza

considerare il minor periodo da quando ha presso servizio e/o l'incarico.

3) Il Contraente C: esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri d'amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga di esibire in qualsiasi momento, insieme con ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'impresa di fare accertamenti e controlli.

4) Il tasso di premio è pattuito nella cifra specificata nel conteggio di liquidazione per ogni mille EURO di retribuzione compiuta ai sensi di cui al precedente punto I). Il premio risultante si intenderà comprensivo delle tasse governative. Il premio è anticipato dal Contraente sulla base del monte retribuzioni dell'anno precedente alla stipula della polizza.

ART. 10 CALCOLO DEL PREMIO- REGOLAZIONE DEL PREMIO DEFINITIVO PER LA CATEGORIA A (A1 E A2)

Affinchè l'Impresa possa procedere alla regolazione del premio definitivo, entro 120 giorni dalla fine del periodo di assicurazione fissato al 31 dicembre di ogni anno, la Contraente è tenuta a comunicare all'Impresa stessa l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, al netto degli straordinari e dei premi di produzione.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate/rimborsate nei 60 giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Impresa può agire giudizialmente nei suoi confronti addebitando anche le maggiori spese sostenute e dichiarate.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'impresa, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 11 CLAUSOLA DIRIGENTI CATEGORIA A1 E A2) Limitatamente per le persone con la qualifica di Dirigente:

a) la garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute per l'industria esercitata dal Contraente del D.P.R. del 30/06/1965 n. 124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto, che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro. A tale riguardo il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie;

b) in caso d'invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di permanente è effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 e con l'applicazione da parte dell'Impresa della franchigia relativa prevista dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso d'invalidità permanente assoluta e che la liquidazione è fatta dall'Impresa in unica liquidazione anzichè sotto forma di rendita. Il termine per la valutazione dell' Invalidità Permanente da malattia professionale è stabilito in 18 mesi dalla data di denuncia della malattia;

c) qualora in conseguenza d'infortunio o di una malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato sia permanentemente ridotta in misura non inferiore al 50% e in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto d'impiego, la somma assicurata per il caso

d'invalidità permanente e liquidata al 100%.

d) A parziale deroga dell'art.1 - lettera o) delle norme che regolano l'assicurazione, la garanzia viene estesa anche durante la pratica, non professionale, di qualsiasi sport - escluso paracadutismo e sport aerei in genere - comprese le scalate di rocce ed accesso ai ghiacciai fino al III° e oltre purchè non in solitario.

Art.12 ASSICURAZIONE PER CATEGORIE B (B1 E B2) C D (D1 E D2)

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona appartenente alle categorie precisate nel presente articolo, con i seguenti limiti:

B:

B1 Morte € 250.000,00

Invalidità Permanente € 250.000,00;

B2 Morte € 125.000,00;

Invalidità Permanente € 125.000,00;

C Morte € 500.000,00

Invalidità Permanente € 500.000,00

D

D1 Morte € 150.000,00

Invalidità Permanente € 200.000,00

D2 Morte € 80.000,00

Invalidità Permanente € 120.000,00

Art. 13 CALCOLO DEL PREMIO- REGOLAZIONE DEL PREMIO DEFINITIVO PER LE CATEGORIE B (B1 E B2) C. D (D1 E D2).

Affinchè l'Impresa possa procedere alla regolazione del premio definitivo, entro 120 giorni dalla fine del periodo di assicurazione fissato al 31 dicembre di ogni annualità assicurativa, la Contraente e tenuta a comunicare all 'impresa stessa l'ammontare complessivo delle persone iscritte negli appositi registri, per singola categoria e sottogruppo, e mettendo tali registri e/o elenchi a disposizione dell'Impresa qualora ne faccia richiesta.

Il calcolo del premio e dato premio individuale fornito dalla Compagnia aggiudicataria per singola categoria, moltiplicato per il numero dei soggetti iscritti negli appositi registri forniti dalla Contraente.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate e rimborsate nei 60 giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua il pagamento della differenza attiva dovuta, l'impresa può agire giudizialmente nei suoi confronti addebitando anche le maggiori spese sostenute e dichiarate.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'Impresa, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 14 ASPETTATIVA

L'assicurazione è estesa al personale dipendente Categoria A (A1 e A2) che per qualsiasi motivo possa essere in aspettativa volontaria, malattia, infortunio, maternità o possa essere soggetto ad altre forme di prestazioni lavorative parziali quali, ad esempio, part-time, orario ridotto, cassa integrazione; sia esso con retribuzione ridotta o senza retribuzione.

Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua lorda di fatto virtuale riferita al momento dell'infortunio.

Per retribuzione di fatto virtuale s'intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortunio.

ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO ANTICIPATO SOGGETTO A REGOLAZIONE PREMIO

Categoria	Parametro	RAL / N. Soggetti	Tasso annuo lordo Promille	Premio Annuo Lordo Complessivo
Sezione A				
A – Non Dirigenti	Tasso promille su RAL	€ 23.474.542,00		
A – Dirigenti	Tasso promille su RAL	€ 3.222.835,00		
B	Premio procapite	110		
C	Premio procapite	89		
D1	Premio procapite	600		
D2	Premio procapite	950		
Totale sezione A				
Sezione B				
Premio totale A+B	Premio annuo Lordo FLAT			

Sub sezione B)

Art. 1 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i soggetti a vario titolo iscritti e/o partecipanti, alle attività e manifestazioni di sportive, promozionali, ricreative o culturali, corsi teorici e pratici organizzate dalle strutture periferiche del Coni, ovvero a titolo esemplificativo e non limitativo:

- Giochi Sportivi Studenteschi,
- Alfabetizzazione Motoria Giocosport,
- Nuovi Giochi della Gioventù,
- Centri Giovanili CONI
- Educamp

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 private subiscano l'infortunio durante:

- a) il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro (se lavoratore dipendente)/scuola sino al luogo di gara in sede e/o allenamento, e/o viceversa, con il percorso più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività sportiva e comunque entro 2 (due) ore dall'inizio o termine della gara o allenamento, salvo comprovati e documentati impedimenti;
- b) durante le trasferte per gare e/o ritiri fuori sede, il tempo necessaria per raggiungere il campo di gara o di ritiro. Per questa specifica estensione si intende compreso anche il tempo libero durante il ritiro;
- c) il rischio in itinere sarà operante sempre che alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro.

Art. 2 Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

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

Art. 3 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

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

Art.4 Esonero denuncia di infermità

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

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dall'art. 12 Criteri di indennizzabilità.

Art. 5 Esonero denuncia altre assicurazioni

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

Art. 6 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili. Si intendono inoltre assicurati i soggetti affetti da Trisomia 21.

Art. 7 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

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

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

Art. 8 Infortuni determinati da calamità naturali

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

- In caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del Ramo Infortuni raccolti nell'anno precedente l'evento, rilevabile nel relativo bilancio di esercizio. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 9 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 5.000.000,00.

Art. 10 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.11 Limite di età

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

Art. 12 Criteri di indennizzabilità

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

In caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo Art. 12 lett. c) – lesioni, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purchè avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (indetta dal Coni o Sue strutture periferiche) 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.

Prestazioni

a) Morte

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

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

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

b) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

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

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

c) Lesioni

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

- per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella tabella lesioni Allegato A del Decreto del 03.11.2010 emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20.11.2010 n. 296, alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.
- per tutti gli Assicurati Paralimpici saranno operanti le prestazioni nella tabella lesioni all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 03.02.2012, al netto della franchigia prevista dalla presente Sub Sezione di polizza.

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

Precisazioni:

- Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una

uplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.

- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso, eccetto per casi di cartilagini di accrescimento ancora aperte", certificate, per le quali l'intervento chirurgico deve obbligatoriamente essere posticipato.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa". In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni. L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.
- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovra riscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale. Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Art. 13 Invalidità permanente- franchigia assoluta

Sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'art.8 della Sezione Infortuni) **non supera il 5%**.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore all'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente di detta percentuale di invalidità.

Art. 14 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

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

Art.15 Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo delle entità della

percentuale di invalidità permanente, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, all'assicurato verrà corrisposto l'importo massimo di 1.200,00 Euro.

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 dell'assicurato genitore

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

Rischio guerra

A parziale deroga dell'art.20 lettera g), l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

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

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, fino alla concorrenza di Euro 2.600,00, 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 2.600,00.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 32 lett c), per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, verrà corrisposto allo stesso l'importo aggiuntivo di € 300,00.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 32 lett. c), a seguito di avvenimento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, verrà corrisposto all'assicurato l'importo aggiuntivo di € 300,00.

Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 32 lett. c), a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione verrà corrisposto allo stesso l'importo aggiuntivo di € 300,00.

Epatite virale

Se l'Assicurato contrae durante e a causa dell'attività sportiva rientrando negli scopi della Contraente, l'epatite virale, l'Assicuratore liquiderà allo stesso una diaria giornaliera per il periodo di durata della malattia di € 55,00 per un massimo di 120 giorni.

Danno estetico

Si conviene che la Società rimborserà fino ad massimo di € 2.600,00, le spese documentate

sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza 2.000,00 per anno e per persona ed un massimo di € 50,00 per singola prestazione. Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitaria Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate. I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro.

Art. 16 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Tale estensione di garanzia si intende valida solo ed esclusivamente per gli assicurati di età inferiore ai 14 anni

Art. 17 Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto senza distinzione di attività praticata, e l'atto di iscrizione al programma e/o attività sportiva dei soggetti di cui all'art. 1 della presente sub sezione B).

Art. 18 SEZIONE SOMME ASSICURATE

- Caso Morte Euro 80.000,00
- Caso Invalidità Permanente Euro 80.000,00

Art. 19 Denuncia degli infortuni

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

- a) Darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs.
- b) n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Compagnia legittimo impedimento alla trattazione del sinistro;
- c) In caso di sinistro occorso in allenamento anche individuale previsto disposto ed autorizzato o controllato dall'organizzazione sportiva, anche per i tramite dei suoi organismi periferici e delle società affiliate o aggregate della Federazione, ai fini dell'ammissione del sinistro all'indennizzo, la denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo per il quale l'assicurato è tesserato che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione stessa.
- d) Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- e) Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;
- f) Consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

SEZIONE PREMI

Il premio versato sarà considerato come premio forfettario a prescindere dal numero dei partecipanti assicurati oggetto dell'assicurazione.