

INFORTUNI

DEFINIZIONE E PRECISAZIONE

Nel testo che segue, si intendono:

per ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione;
per POLIZZA	i documenti che provano l'assicurazione;
per PREMIO	la somma dovuta dal Contraente All'assicuratore, per l'operatività della polizza;
per RISCHIO	la possibilità che si verifichi il sinistro;
per SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
per INDENNIZZO	la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
per FRANCHIGIA	parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;
per ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione;

per ISTITUTO DI CURA ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

per RICOVERO la degenza comportante pernottamento nell'istituto di cura;

per POST-RICOVERO periodo di convalescenza successivo al ricovero;

per DAY-HOSPITAL la degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura;

per SOCIETA' si intende la Società o l'Associazione sportiva presso cui l'Assicurato è tesserato;

CTG. A) Tutti i Calciatori, Allenatori, Tecnici e Massaggiatori tesserati per le Società affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, con esclusione dei calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa, Amatoriale e dei tesserati del Settore Giovanile e Scolastico.

CTG. B) Tutti i Calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore ad una Stagione Sportiva).

CTG. C) I dirigenti delle società sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività di assistenti all'arbitro durante le gare ufficiali.

per ASSICURATORE: il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto;

per CONTRAENTE: la Lega Nazionale Dilettanti.

Inoltre, alle seguenti denominazioni, è attribuito convenzionalmente il significato qui di seguito riportato:

per INFORTUNIO evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la Morte, una Lesione e/o una Invalidità Permanente.

per LESIONI ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella allegata, purché determinata da infortunio.

per FRATTURA una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio.

Settore “CALCIATORI E TECNICI”

PERSONE ASSICURATE

- CTG. A)** Tutti i Calciatori, Allenatori, Tecnici e Massaggiatori tesserati per le Società affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, con esclusione dei calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa, Amatoriale e dei tesserati del Settore Giovanile e Scolastico.
- CTG. B)** Tutti i Calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore ad una Stagione Sportiva).
- CTG. C)** I dirigenti delle società sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività di assistenti all'arbitro durante le gare ufficiali.

SOMME ASSICURATE

L'assicurazione si intende prestata, per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

1. MORTE	€. 77.469,00
2. LESIONI - come da Tabella Allegato A	€. 77.469,00
3. RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE	€. 6.198,00
4. SPESE DI CURA PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO SPESE FISIOTERAPICHE	€. 1.550,00
5. RIMBORSO SPESE SPECIALISTICHE	€. 517,00
6. INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO	€. 52,00
	dal 15° giorno €. 104,00
7. RIMBORSO PER CURE DENTARIE E/O PROTESI DENTARIE	€. 5.165,00
8. INDENNITA' FORFETTARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO E/O IMMOBILIZZANTE E/O INAMOVIBILE	€. 155,00
	elevabile a €. 259,00
9. DANNO ESTETICO	€. 1.500,00

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione prestata con la presente polizza, comprende gli infortuni che colpiscano gli Assicurati sul campo, o entro i limiti dell'impianto sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa, in occasione di:

1. partecipazione a gara di campionato, di torneo od amichevoli, purché dirette da arbitri incaricati dalla Federazione competente;
2. allenamenti, purché questi siano preventivamente autorizzati o controllati dalla organizzazione sportiva competente e siano svolti per preparazione fisico-atletica.

L'assicurazione comprende gli infortuni che colpiscano gli Assicurati durante:

- 1) i trasferimenti collegiali effettuati su ordinari mezzi pubblici di trasporto, dalla residenza al luogo della manifestazione o dell'allenamento cui gli Assicurati stessi devono partecipare; o dal luogo dell'allenamento a quello della manifestazione e ritorno, sempreché il viaggio venga effettuato in comitiva regolarmente organizzata ed assistita dagli appositi accompagnatori. Ai fini delle norme del presente articolo, si considerano "mezzi pubblici di trasporto" anche gli automezzi di noleggio da rimessa, appositamente noleggiati con autista dell'impresa, per spostamenti collettivi di complessi di atleti o squadre; compreso il mezzo di proprietà della squadra.
- 2) i trasferimenti effettuati con mezzi privati limitatamente ai trasferimenti compiuti per partecipare alle gare ed allenamenti ufficiali controllati; partecipazione che dovrà risultare da documentazione ufficiale. Tale estensione di garanzia non vale per la partecipazione all'Attività ricreativa ed Amatoriale (Assicurati CTG. B).
- 3) i trasferimenti su mezzi adibiti a pronto soccorso o privati, durante il trasporto al più vicino luogo di ricovero.

Gli allenamenti ufficiali controllati devono intendersi come:

- effettuati sotto il controllo di un tecnico e/o allenatore tesserato, o di un dirigente della Società anch'esso tesserato, che eventualmente sarà chiamato, insieme al Presidente, a controfirmare la denuncia, assumendosi la responsabilità della veridicità dei dati.

Art. 2 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

L'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari, al diritto di rivalsa, di cui all'articolo 1916 del Codice Civile, verso i Terzi eventualmente responsabili dell'infortunio, ad esclusione degli infortuni derivanti da circolazione su strada e dell'HIV.

Art. 3 - RISCHI COMPRESI

Si intendono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non derivante da malattia, l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento involontari di sostanza nocive;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali in genere, con l'esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari;
- gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- le lesioni, escluse le ernie non traumatiche, determinate da sforzi;

- gli infortuni derivanti da atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe ed uragani. Si precisa comunque che qualora più Assicurati con l'Assicurazione, anche con altre polizze, siano colpiti da infortunio causato dalle predette calamità naturali, l'esborso massimo dell'Assicurazione non potrà superare la somma di Euro 4.131.656,00 per un anno assicurativo.

ESTENSIONI DI GARANZIA

Art. 4 - MORTE ED INVALIDITÀ PERMANENTE PER ALTRE CAUSE

Relativamente alle sole garanzie morte ed invalidità permanente, sono considerati infortunio anche l'infarto cardiaco, l'ictus provocato da emorragia cerebrale, la trombosi cerebrale, l'embolia, la rottura di aneurisma, l'arresto cardiaco-circolatorio (per crisi aritmiche improvvise, gravi bradicardie, sindrome del seno carotideo), le cardiopatie traumatiche (da lesioni non penetranti con conseguente rottura atri e ventricoli, aritmie, insufficienza cardiaca acuta da rottura valvolare, versamento pericardico emorragico), il trauma extratoracico con ipotensione polmonare (da shock) e conseguente ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrome), nonché qualsiasi evento riconducibile alle suindicate patologie, che causino la morte o un'invalidità permanente non inferiore al 60% della totale (grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio), verificatisi durante l'esercizio dell'attività sportiva, sul campo o entro il limite sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa.

La garanzia è operante a condizione che l'infortunato sia in regola con le visite mediche annuali previste dalle vigenti disposizioni regolamentari.

La presente estensione di garanzia è prestata, con un limite di Euro 51.646,00 a persona.

Art. 5 - INDENNITÀ AGGIUNTIVA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, avvenuto durante l'esercizio dell'attività sportiva, derivi un'Invalidità Permanente non inferiore al 65%, l'Assicurazione liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore necessaria per la costituzione di una rendita immediata di importo pari a Euro 12.000,00 annui, pagabile in due semestralità anticipate per la durata di 10 anni, mediante la stipulazione di un apposito contratto di assicurazione con lo stesso Assicuratore.

Art. 6 - PERDITA ANNO SCOLASTICO

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato sia costretto ad un'assenza dalle regolari lezioni, tale da comportare la perdita dell'anno scolastico, espressamente motivata e convalidata dall'organismo scolastico preposto, l'Assicuratore liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore pari a Euro 3.000,00

Art. 7 - HIV

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e per causa di una trasfusione ematica avvenuta nel corso delle cure necessarie per l'infortunio stesso, l'Assicurato contragga il virus H I V, l'Assicuratore liquida un'ulteriore indennità forfetaria pari a Euro 15.494,00.

Art. 8 - RISCHI DI VOLO

Relativamente ai trasferimenti collegiali di cui al precedente articolo, premesso che sono sempre esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla guida di aeromobili (ivi compresi deltaplani, ultraleggeri e simili), l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri, da chiunque eserciti, tranne che da aziende di lavoro aereo - in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri - e da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'Aeromobile e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa mediante scale od altre attrezzature aeroportuali fanno parte del rischio volo.

L'Assicurazione concessa nei limiti di cui sopra, vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, purché non conseguenti a guerra (anche dichiarate) od insurrezioni.

L'Assicurazione vale per i casi e le somme uguali a quelli assicurati con la presente polizza e per i rischi da essa previsti, entro i limiti sottoindicati.

La somma delle garanzie previste dalla presente e da eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni (individuali e cumulative) non potrà superare i capitali di:

- Euro 1.032.914,00 per il caso Morte e Euro 1.032.914,00 per il caso di Invalidità Permanente o Lesioni per persona, e di
- Euro 5.164.569,00 per il caso Morte e Euro 5.164.569,00 per il caso di Invalidità Permanente o Lesioni complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni "cumulative" stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

LIMITAZIONI DELLA GARANZIA-ESCLUSIONI

Art. 9 - LIMITI DI ETA' - PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 75 anni (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio). Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS (o sindromi correlate) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. L'eventuale incasso di premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dall'Assicuratore a richiesta del Contraente.

Art. 10 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero. L'accertamento degli eventuali postumi di invalidità permanente e la liquidazione dei sinistri verranno effettuati soltanto in Italia.

Art. 11 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione le ernie non traumatiche, nonché gli infortuni derivanti da:

- guida e uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei;
- stato di ubriachezza alla guida di veicoli;
- uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra od insurrezioni in genere. L'assicurazione vale comunque per gli infortuni derivanti da statodiguerra (dichiarata o non) per un 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.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 12 - MORTE

€uro 77.469,00

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, l'Assicuratore liquida la somma assicurata per il caso di Morte ai beneficiari designati, o in mancanza, agli eredi legittimi.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Lesioni e/o per Invalidità Permanente; tuttavia se dopo il pagamento di un indennizzo per Lesioni e/o per Invalidità Permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi legittimi, la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore; i beneficiari non sono invece tenuti ad alcun rimborso per quanto pagato a titolo di Lesioni e/o di Invalidità Permanente.

Qualora, a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, l'Assicuratore liquida ai beneficiari il capitale garantito per il caso di Morte.

La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che l'Assicuratore ha pagato l'indennizzo risulti che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione - entro 30 giorni dalla richiesta - della somma pagata.

Art. 13 - LESIONI

€uro 77.469,00

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista dalla Tabella - Allegato A, per le lesioni che siano causate da un evento assicurato.

In caso di evento che produca più lesioni comprese nella Tabella, l'Assicuratore non corrisponderà complessivamente indennizzi superiori al capitale assicurato.

Qualora seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza derivi un'invalidità permanente superiore al 50% della totale, l'Assicuratore liquida all'Assicurato una somma per Invalidità Permanente, in luogo della somma assicurata per Lesioni come prevista nella Tabella Lesioni, qualora questa sia meno favorevole. L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche se successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Lesioni pari a Euro 77.469,00, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste

dalla "Tabella delle Valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'Industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n°1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso infortunio.

La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabile per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

La presente estensione di garanzia non è cumulabile con la garanzia Lesioni ed è prestata con un limite massimo di risarcimento di Euro 77.469,00 per persona.

Art. 14 - PRECISAZIONI LIMITATAMENTE ALLA GARANZIA LESIONI

- 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 duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo per 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 anatomico-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione s'intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco di 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, gli verrà indennizzato un capitale pari a quello spettante per il caso morte.
- 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.

Art. 15 - RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE

€uro 6.198,00

In caso di infortunio che comporti un ricovero, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza di €uro 6.198,00 per anno assicurativo e dietro presentazione di relativa documentazione, le spese mediche o spese chirurgiche sostenute durante il periodo di ricovero ed in particolare quelle relative a:

- a) onorari dei medici e dei chirurghi, degli aiuti degli assistenti, degli anestesisti, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- b) accertamenti diagnostici, cure;
- c) rette di degenze;

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata con uno scoperto del 20%, con un minimo di €uro 155,00 per sinistro;

In caso di Day-Hospital, tale minimo è elevato a €uro 259,00.

Rimborso delle spese ospedaliere in caso di "*grandi interventi*" a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza fino a concorrenza di €uro 15.494,00 per persona e per anno assicurativo. Per "*grandi interventi*" si intendono quelli previsti nell'allegato elenco.

Art. 16 - SPESE DI CURA PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO**€uro 1.550,00**

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, viene messa a disposizione dell'Assicurato un'ulteriore somma fino alla concorrenza di €uro 1.550,00, per spese mediche sostenute entro i 90 giorni prima e/o dopo l'intervento chirurgico.

Nell'ambito di tale somma vengono stabiliti i seguenti limiti di indennizzo:

- €uro 400,00 per sinistro, per le spese relative a trattamenti fisioterapici;
- €uro 250,00 per sinistro, per le spese di visite mediche.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di €uro 104,00 per sinistro.

Art. 17 - RIMBORSO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**€uro 517,00**

In caso di infortunio, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, le seguenti prestazioni specialistiche:

- TAC
- Risonanza Magnetica
- Radiografie
- Ecografie
- Tutori ortopedici
- Artroscopia diagnostica

Indipendentemente dal rimborso delle spese di cura in caso di ricovero e a quelle *pre* e *post* intervento chirurgico già contemplate in polizza.

Il rimborso delle prestazioni di cui sopra è prestato nel limite di €uro 517,00 per persona, per sinistro e per anno assicurativo, previa deduzione di una franchigia fissa ed assoluta di €uro 75,00 per sinistro.

**Art. 18 - INDENNITA' GIORNALIERA
IN CASO DI RICOVERO****€uro 52,00****dal 15° giorno €uro 104,00**

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio indennizzabile a termini di polizza, corresponsione di una diaria giornaliera di €uro 52,00 dal 3° giorno al 14° giorno e di €uro 104,00 dal 15° giorno e sino al 90° giorno, massimo indennizzabile per anno assicurativo. I primi due giorni del 1° ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.

Nel caso in cui si abbiano più ricoveri a seguito di un unico sinistro, si procederà come segue:

- la franchigia verrà applicata sul primo ricovero;
- per i ricoveri successivi di durata pari o inferiore a 2 giorni, non verrà corrisposta alcuna indennità giornaliera;
- per i ricoveri successivi di durata superiore ai 2 giorni, verrà corrisposta l'indennità giornaliera senza nuova applicazione della franchigia di 2 giorni.

In caso di Day-Hospital non verrà corrisposta alcuna Indennità Giornaliera.

La presente garanzia non è cumulabile con il Rimborso Spese da Ricovero.

**Art. 19 - RIMBORSO SPESE PER CURE DENTARIE
E/O PROTESI DENTARIE****€uro 5.165,00**

Nell'ambito della somma assicurata riferita alla garanzia "Rimborso spese da ricovero", l'assicurazione comprende il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per cure dentarie, conseguenti ad infortunio, anche se non effettuate in regime di ricovero, con il limite di €uro 5.165,00 per anno assicurativo e con una franchigia fissa di €uro 104,00 per sinistro e fino ad un massimo di €uro 450,00 per dente.

Sono riconosciuti eventuali danni a protesi dentarie.

Le spese sostenute per cure dentarie saranno ammesse a rimborso solo se l'infortunio che le ha determinate sia avvenuto nel corso di una partita ufficiale e ne sia stata fatta menzione nel referto arbitrale.

Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto parodontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.

**Art. 20 - INDENNITÀ FORFETTARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO
GESSATO E/O IMMOBILIZZANTE E INAMOVIBILE** **€uro 155,00**
elevabile a €uro 259,00

In caso di applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, la Società riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario per sinistro, di €uro 155,00 elevabile a €uro 259,00 per esigenze *post* intervento chirurgico. Per infortuni che abbiano per conseguenza fratture al viso, alle caviglie, o lussazioni della spalla, saranno considerati come apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile le applicazioni o fasciature di ogni genere.

Il diritto al riconoscimento dell'indennizzo maturerà solo dietro presentazione di regolare documentazione medica rilasciata a Istituto di Cura all'infortunato, dove si certifica l'applicazione e rimozione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile.

La presente Indennità Forfettaria non è operante a favore della CTG. B) di persone assicurate:

Calcatori partecipanti all'attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore ad una Stagione Sportiva).

Art. 21 - DANNO ESTETICO

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza, la Società rimborserà all'assicurato, fino ad un massimo di €uro 1.500,00, le spese ospedaliere sostenute per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, allo scopo di ridurre o eliminare i danni estetici conseguenti a lesioni al viso con sfregi o con deformazioni permanenti.

E' stabilito che restano escluse dall'assicurazione le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici al viso preesistenti all'evento, nonché le spese relative a protes, interventi e cure in genere odontoiatriche.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 22 - RAPPRESENTATIVA NAZIONALE

In occasione delle convocazioni per la Rappresentativa Nazionale, per gli infortuni avvenuti sul terreno di gioco, i massimali s'intendono triplicati.

ELENCO GRANDI INTERVENTI

Collo

Resezioni e plastiche tracheali

Esofago

Interventi per lesioni traumatiche

Torace

Lobectomie, bilobectomie, pneumonectomie

Stomaco-duodeno intestino tenue

Resezione intestinale per via laparoscopica

Colon-retto

Colectomia totale con ileorecteanastomosi senza o con ileostomia

Fegato e vie biliari

Resezioni epatiche maggiori o minori

Anastomosi bilio-digestive

Pancreas-milza-surrene

Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)

Chirurgia maxillo facciale

Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore

Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale

Ricostruzione della mandibola con innesti ossei

Ricostruzione della mandibola con materiale alioplastico

CardioChirurgia

Interventi per corpi estranei

Sutura del cuore per ferite

Neurochirurgia

Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali

Cranioplastica ricostruttiva

Chirurgia vascolare

Interventi sull'arteria succlavia vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)

Interventi sulle arterie viscerali o renali

Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)

Trattamento delle lesioni traumatiche della aorta

Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo

Chirurgia Ortopedia

Artrodesi grandi segmenti

Artrodesi vertebrale per via anteriore

Arteopotesi totale del ginocchio

Artroprotesi di spalla

Artroprotesi di anca parziale e totale
Disarticolazione interscapolo – toracica
Emipelvectomia
Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilofistesi
Osteosintesi vertebrale

Chirurgia Urologia

Nefrectomia polare
Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o etrotopica
Resezione uretrale e uretrorafia

Chirurgia ginecologica

Laparotomia per ferite o rotture uterine

Chirurgia Oculistica

Vitrectomia anteriore e posteriore
Trapianto corneale a tutto spessore
Orchiaggio per distacco di retina

Chirurgia Otorinolaringoiatria

Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
Laringectomia sopraglottica o subtotale
Laringectomie parziali verticali
Laringectomia e Faringoiarigenctomia totale

Allegato A

TABELLA LESIONI

	TOTALE
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	1.084,56
FRATTURA SFENOIDE	774,69
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALA TINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	464,81
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	619,75
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	1.084,56
FRATTURA ETMOIDE	464,81
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	309,87
FRATTURA OSSA NASALI	387,34
FRATTURA MANDIBOLARE(PER LATO)	619,75
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4.648,11
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI II°-III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	774,69
FRATTURA CORPO II° VERTEBRA	6.197,48
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I-VERTEBRA	7.746,85
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	624,91
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	3.873,43
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	315,04
TRATTO LOMBARE	
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	3.873,43
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	315,04
OSSO SACRO	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	624,91
COCCIGI	
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	619,75
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	464,81
FRATTURA ACETABOLARE(PER LATO)	2.324,06
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA(PER LATO)	635,24
FRATTURA STERNO	309,87
FRATTURA DI UNA COSTA(COMPOSTA)	77,47
FRATTURA DI UNA COSTA(SCOMPOSTA)	232,41
FRATTURA SCAPOLA(PER LATO)	464,81
ARTO SUPERIORE (DX o Sn)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	469,98
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	929,62
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	929,62
AVAMBRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	304,71
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO(FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	619,75
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO(FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	619,75
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	304,71
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	619,75
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	619,75
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	774,69

FRATTURA SEMILUNARE	464,81
FRATTURA PIRAMIDALE	309,87
FRATTURA PISIFORME	154,94
FRA T-TURA TRAPEZIO	309,87
FRATTURA TRAPEZOIDE	309,87
FRATTURA CAPITATO	309,87
FRATTURA UNCINATO	309,87
FRATTURA I° METACARPALE	929,62
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	464,81
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
POLLICE	619,75
INDICE	464,81
MEDIO	464,81
ANULARE	309,87
MIGNOLO	464,81
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
POLLICE	464,81
INDICE	387,34
MEDIO	309,87
ANULARE	154,94
MIGNOLO	309,87
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	309,87
MEDIO	154,94
ANULARE	154,94
MIGNOLO	309,87

ARTO INFERIORE(DX o Sx)

FRATTURA FEMORE

DIAFISARIA	929,62
EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico)	3.098,74
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	1.549,37
FRATTURA ROTULA	619,75

FRATTURA TIBIA

DIAFISARIA	464,81
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	779,85
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	785,01

FRATTURA PERONE

DIAFISARIA	309,87
ESTREMITA' SUPERIORE(capitello o faccetta articolare tibiale)	464,81
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	619,75

PIEDE

TARSO

FRATTURA ASTRAGALO	2.065,83
FRATTURA CALCAGNO	3.873,43
FRATTURA SCAFOIDE	464,81
FRATTURA CUFOIDE	619,75
FRATTURA CUNEIFORME	154,94

METATARSI

FRATTURA I° METATARSALE	619,75
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	309,87

FALANGI

FRATTURA ALLUCE (I° o II° Falange)	387,34
FRATTURA I° o II° o III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	154,94

LESIONI PARTICOLARI

ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (con estensione breccia oltre 10 cm)	12.911,42
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (con estensione breccia fino a 10 cm)	1.239,50
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	2.582,28
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	11.625,44
ESITI EPATECTOMIA (oltre un mezzo del parenchima)	10.329,14
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	30.987,41
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) -non cumulabile-	15.493,71
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) --non cumulabile-	30.987,41
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA'DEL RETTO -non cumulabile-	11.620,28
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	30.987,41
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	77.468,53
COLECISTECTOMIA -non cumulabile-	790,18
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	630,08
SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	950,28
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	1.549,37
PORTATORE A SINTOMATICO A NTICORPO POSMIVO (HIV +)	619,75
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE -non cumulabile-	38.760,09

ERNIA CRURALE O IPOEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	475,14
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	785,01
LOBECTOMIA POLMONARE	11.625,44
PNEUMONECTOMIA	23.240,56
PROTESI SU AORTA TORACICA	15.498,87
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	11.625,44
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	27.113,99
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	21.691,19
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	77.468,53
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	9.296,22
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	38.734,27
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	23.240,56
CORDECTOMIA	11.589,29
EMILARINGECTOMIA	19.336,15
LARINGECTOMIA	38.703,28
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	77.468,53
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	1.239,50
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	11.620,28
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima-trattata/e chirurgicamente-)	1.234,33
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	640,41
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	15.519,53
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	19.392,96
PATELLECTOMIA TOTALE	4.648,11
PATELLECTOMIA PARZIALE	2.065,83
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	774,69
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	21.691,19
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	23.240,56
ISTERECTOMIA (non cumulabile)	15.519,53
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	23.266,38
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	800,51

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	1.389,27
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	774,69
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	1.084,56
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO -valore massimo per ogni dito-	459,65
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE -non cumulabile-	924,46
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	619,75
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	1.084,56
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	1.549,37
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE	469,98
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE	635,24
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	929,62
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA -non cumulabile-	779,85
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)-valore massimo per ogni dito-	387,34
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE	619,75
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	2.324,06
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	309,87
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	154,94
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO	774,69
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE -non cumulabili tra loro-	1.249,83
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI -non cumulabili tra loro-	397,67
LESIONE TENDINE ROTULEO	387,34
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA -non cumulabili tra loro-	929,62

AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	77.468,53
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	77.468,53
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	77.468,53
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	40.283,64
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	44.931,75
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	43.382,38
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	38.734,27
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	34.086,16
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	34.860,84
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	32.536,78
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	36.410,21
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	29.438,04
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	33.311,47
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	30.987,41
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	24.789,93
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	28.663,36
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	23.240,56
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	27.113,99
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	27.113,99
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	21.691,19
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	25.564,62
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	18.592,45
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	17.043,08
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	20.916,50
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	13.944,34

AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	17.817,76
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	15.493,71
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	15.493,71
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	10.845,59
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	1.549,37
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	1.084,56
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	9.296,22
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	10.070,91
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	774,69
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	542,28
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	387,34
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	697,22
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	1.549,37
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	1.239,50
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	929,62
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	1.394,43

ARTO INFERIORE

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra dellametà della coscia)	77.468,53
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al dí sopra dei ginocchio)	77.468,53
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBIA (al dí sotto dei ginocchio)	77.468,53
AMPUTAZIONE DI GAMBIA AL TERZO INFERIORE	38.734,27
PERDITA DI UN PIEDE	34.860,84
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	20.916,50
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	77.468,53
PERDITA DELL'ALLUCE	929,62
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	464,81
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	154,94
PERDITA DI TUTTE LE DITA DEL PIEDE	1.549,37

SINDROMI CORTICALI TRAUMATICHE

SINDROME PREFRONTALE (demenza incompleta)	20.658,28
SINDROME PREFRONTALE (demenza completa)	77.468,53
SINDROME PREMOTORIA	12.911,42
SINDROME AREA MOTORIA (emiplegia completa)	77.468,53
SINDROME AREA MOTORIA MONOPARESIA ARTO SUPERIORE	10.329,14
SINDROME AREA MOTORIA MONOPLAGIA ARTO SUPERIORE ED INFERIORE	25.822,84
SINDROME AREA MOTORIA MONOPARESIA ARTO INFERIORE	10.329,14
SINDROME TEMPORALE	15.493,71

SINDROMI SOTTOCORTICALI TRAUMATICHE

SINDROME TALAMICA	77.468,53
-------------------	-----------

EPILESSIA TRAUMATICA

SALTUARIE CRISI CONVULSIVE	2.582,28
SALTUARIE CRISI CONVULSIVE GENERALIZZATE	30.987,41
SINDROME DEMENZIALE TRAUMATICA ASSOCIATA A CRISI EPILETTICHE	77.468,53

LESIONI NERVI CRANICI	7.746,85
------------------------------	-----------------

LESIONE CEREBELLARE MONOLATERALE	30.987,41
LESIONE CEEBELLARE BILATERALE	77.468,53

LESIONE MIDOLLO SPINALE	7.746,85
--------------------------------	-----------------

PARALISI GRANDE SCIATICO	23.240,56
PARALISI SCIATICO-POPLITEA-ESTERNO	10.329,14
PARALISI SCIATICO-POPLITEO-INTERNO	2.582,28
PARALISI CRURALE	10.329,14

Settore “DIRIGENTI”

Art. 23 - Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività di Dirigente delle società sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, secondo le regole del proprio mandato non sempre ricavabili da verbali, registrazioni e/o relazioni..

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte oppure una invalidità permanente.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfisia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- la folgorazione;
- le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti e delle ernie;
- quelli sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- quelle subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- quelli conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana e per legittima difesa;
- l'avvelenamento del sangue e infezione, escluso il virus H.I.V., sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa.

Art. 24 - Infortuni derivanti da colpa grave e da tumulti popolari

In deroga agli arti. 1900 e 1912 c.c. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 25 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) 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;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dall' Art. 35 - Rischio Volo, della presente polizza;

- d) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, hockey, rafting, canoa fluviale, rugby, football americano, paracadutismo e sports aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati;
- i) di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta, non dichiarata;
- l) da guerra, insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- m) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) direttamente o indirettamente da contaminazione biologica e/o chimica e a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.

Sono altresì escluse:

- o) le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:
 - qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni; ,
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all' Art.41 - Controversie, della presente polizza.
- p) le Forze Armate, sia nella globalità che per l'attività professionale dei singoli, fatta eccezione per i singoli appartenenti al Corpo dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia di Stato e Corpo Forestale dello Stato.
- q) gli equipaggi aerei.
- r) le infezioni del virus H.I.V. anche se derivanti da infortunio.

Art. 26 - Persone non assicurabili

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell' Assicurato di non essere affetta da: alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal testo HI. v., sindrome di immunodeficienza acquisita né dalle sindrome dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell' Assicurato medesimo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Art. 43 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, della presente polizza.

Il manifestarsi nell' Assicurato di una o più delle affezioni o malattie di cui sopra nel corso del contratto costituisce causa di cessazione dell' assicurazione.

Art. 27 - Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo il compimento dell' età suddetta, premi che in tal caso vorrebbero restituiti al Contraente, al netto dell'imposta.

Art. 28 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

L'accertamento degli eventuali postumi di invalidità permanente e la liquidazione dei sinistri verranno effettuati soltanto in Italia.

Art. 29 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 31 - Invalidità Permanente, della presente polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 30 - Morte

L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato 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, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 31- Invalidità Permanente

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Estratto della tabella delle valutazioni del grado di invalidità

	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente Compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza Limitazione del movimento del braccio	5	
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	

	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo Superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	

Se la lesione comporta una minoranza, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e Viceversa.

Art. 32 - Persone Assicurate

Con la presente Assicurazione si intendono assicurati i Dirigenti delle società sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, tesserati alla Lega Nazionale Dilettanti, per gli infortuni che dovessero subire esclusivamente durante lo svolgimento delle attività prestate in qualità di Dirigenti, secondo il proprio mandato, comprese missioni e trasferimenti, con esclusione dell'attività sportiva.

Art. 33- Capitali Assicurati

La presente Assicurazione (Settore Dirigenti) si intende prestata, per ogni singola persona Assicurata, per le seguenti somme assicurate:

- per il caso Morte Euro 10.000,00;
- per il caso Invalidità Permanente Euro 10.000,00.

Art. 34 - Franchigia assoluta del 5% per il caso di Invalidità Permanente

Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 5%.

Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 25% della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 35 - Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei - turistici o di trasferimento - effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società non potrà superare il capitale di:

a) per persona:

- Euro 1.035.000,00 per il caso di Morte;
- Euro 1.035.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

b) Complessivamente per aeromobile:

- Euro 5.165.000,00 per il caso di Morte;
- Euro 5.165.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Art. 36 - Limitazione della garanzia per sinistri catastrofici

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 5.165.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso l'importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art.37- Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi avente diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art.1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio ad esclusione degli infortunati derivanti da circolazione su strada.

Art. 38 - Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art.8 – Morte, della presente polizza, (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione dell'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidette beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, rimangano in esse soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute. La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi avente diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Norme comuni a tutti i Settori

SINISTRI: DENUNCIA E LIQUIDAZIONE

Art. 39 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata all'Assicuratore dall'infortunato (o dai suoi aventi causa) tramite lettera raccomandata, fax o servendosi dell'apposito Numero Verde, che fa capo all'Ufficio Gestione L.N.D., la struttura centralizzata che gestisce i sinistri in oggetto.

La denuncia deve essere inviata all'Assicuratore, a pena di decadenza, entro 30 giorni dall'infortunio. Per i sinistri mortali o gravemente invalidanti, che comportino cioè una liquidazione ai sensi della Tabella Lesioni per importi complessivi superiori a Euro 50.000,00, la denuncia deve essere inviata all'Assicuratore, a pena di decadenza, entro 360 giorni dall'infortunio.

La denuncia deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.

Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato entro quindici giorni dal fatto. Trascorsi i predetti termini per la presentazione, la denuncia non sarà presa in considerazione qualunque sia la causa del ritardo ed a chiunque fosse imputabile tale ritardo.

La denuncia, firmata dall'Assicurato o dai suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal maggiore esponente della Società Sportiva, che assume, con ciò, la piena responsabilità delle dichiarazioni rese nella denuncia stessa in ordine alle modalità e circostanze di fatto, di tempo e di luogo in cui ebbe a verificarsi il sinistro.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire all'Assicuratore ed ai suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta. L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono consentire alle visite dei medici dell'Assicuratore ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire all'Assicuratore un dettagliato certificato medico sulle lesioni; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescritte dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare all'Assicuratore il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

Qualora l'infortunio interessi solo ed esclusivamente le Cure Dentarie, l'infortunato non è tenuto a presentare all'assicuratore il certificato di guarigione.

La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata all'Assicuratore con certificato definitivo. In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa sino alla data di prescrizione del sinistro.

Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, l'Assicuratore non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

L'Assicurato o i suoi aventi causa decadono da ogni diritto alle prestazioni dell'Assicuratore nel caso di inosservanza delle prescrizioni per l'infortunio riportate nel presente Regolamento, e del pari decadono da ogni diritto ove fossero incorsi in false o reticenti dichiarazioni.

Art. 40- LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Ricevuta la necessaria documentazione, valutato il danno, verificata l'operatività delle garanzie prestate e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Art. 41 - CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di disaccordo sul nesso casuale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità, a richiesta delle Parti si procederà mediante arbitrato di un Collegio Medico, di cui i due primi componenti saranno designati dalle Parti stesse ed il terzo scelto d'accordo dai primi due componenti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Medico. Tale Collegio Medico risiede presso l'ispettorato Sinistri della Società geograficamente competente.

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 della Lesione o l'accertamento definitivo dell'Invalidità ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 42 - CUMULO DI INDENNIZZI

Gli indennizzi per le prestazioni di Morte, Lesioni e/o Invalidità Permanente non sono cumulabili tra loro.

NORME REGOLANTI L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 43 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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, come previsto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Art. 44 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento del rischio. La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare, come previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Art. 45 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto all'Assicuratore l'eventuale stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio.

L'Assicuratore, entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni. In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.

Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto all'indennizzo. Il Contraente è comunque esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altre assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio, con altro o con lo stesso Assicuratore.

Art. 46 - ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITA' PREGRESSE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.

E' tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo il disposto dell'articolo inerente i Criteri di indennizzabilità. E' parimenti confermato il punto "Limiti di età - Persone non assicurabili"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile, il relativo premio sarà restituito dall'Assicuratore a richiesta del Contraente.

Art. 47 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Ogni comunicazione del Contraente all'Assicuratore deve essere fatta con lettera raccomandata. Eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 48 - ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge, in conseguenza del contratto, sono a carico del Contraente.

Art. 49 - IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la materiale identificazione degli Assicurati si farà riferimento agli elenchi ed alla documentazione ufficiale riportanti i nominativi dei tesserati e/o iscritti redatti dal Contraente o dalle Società, Associazioni e Unioni Sportive ad esso affiliate.

Art. 50 - VARIAZIONI NELLA FIGURA DEL CONTRAENTE

Nel caso di fusione del Contraente, il contratto continua con l'Associazione che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Associazione stessa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento del Contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Il Contraente è tenuto a dare avviso scritto dei fatti sopraindicati entro i successivi 15 giorni dal loro verificarsi all'Assicuratore, il quale, nei giorni successivi al ricevimento dell'avviso, ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

Art. 51 - FORO COMPETENTE

Il Foro competente per i soggetti assicurati è quello competente per il Comune di residenza dell'Assicurato.

Art. 52 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

IL CONTRAENTE

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.

.....

.....

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 2 - Rinuncia alla rivalsa;
- Art. 37 - Rinuncia al diritto di surrogazione;
- Art. 40 - Liquidazione e pagamento;
- Art. 41 - Controversie sulla natura e conseguenze delle lesioni;
- Art. 42 - Cumulo di indennizzi;
- Art. 45 - Altre assicurazioni.

IL CONTRAENTE

.....

RESPONSABILITA' CIVILE TERZI E DIPENDENTI

DEFINIZIONE E PRECISAZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione.
per POLIZZA	i documenti che provano l'assicurazione.
per PREMIO	la somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore per l'operatività della polizza.
per RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro.
per SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
per RISARCIMENTO	la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.
per FRANCHIGIA	l'importo previsto dalle norme contrattuali che, in caso di sinistro, viene detratto dalla somma liquidabile a termini di polizza, per restare a carico dell'Assicurato.
per ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione, e più precisamente la Lega Nazionale Dilettanti, ivi comprese le strutture periferiche, e tutte le Società partecipanti ai Campionato L.N.D., affiliate alla stessa.
per ASSOCIATI	tutti i tesserati delle suindicate Società, esclusivamente mentre esplicano la loro attività per conto delle stesse.
per COSE	sia gli oggetti materiali, sia gli animali.
per AUSILIARI	tutte le persone con incarico di sovrintendere, controllare, assistere ed organizzare l'attività per la quale è prestata l'assicurazione, quali allenatori, insegnanti, massaggiatori, medici e tutte le persone componenti lo staff tecnico, dirigenti, accompagnatori, responsabili di attività e servizi, e tutti i componenti lo staff dirigenziale ed amministrativo.
per ASSICURATORE	il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto;
per CONTRAENTE	la Lega Nazionale Dilettanti.

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A) Assicurazione Responsabilità Civile verso terzi (R.C.T.)

L'Assicurazione si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni corporali e materiali, involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di un fatto accidentale, verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'assicurazione.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso delle persone delle quali debba rispondere.

L'Assicurazione è inoltre operante per la responsabilità civile personale dei Presidenti delle Società Sportive e degli Allenatori.

B) Responsabilità verso prestatori di lavoro (R.C.O.)

L'assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile:

- **a)** ai sensi degli Art. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124, e successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'Assicurazione;
- **b)** per erogazioni di somme eccedenti l'indennità liquidata dall'INAIL, che l'Assicurato sia condannato a pagare in sede di giudizio ai dipendenti infortunati, di cui al precedente punto a), o agli aventi causa;
- **e)** ai sensi del Codice Civile per danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124, cagionati ai dipendenti, di cui al precedente punto a), per morte e lesioni personali dalle quali sia derivata un'inabilità permanente.

L'assicurazione R.C.O. è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge. L'assicurazione conserva tuttavia la propria validità, anche se l'Assicurato non è in regola con gli obblighi di cui sopra in quanto ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL.

C) Esonero denuncia posizioni INAIL

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare le posizioni assicurative accese presso l'INAIL, fermo l'obbligo - in sede di regolazione del premio - di comunicare il numero degli assicurati tesserati.

D) Assicurazione Responsabilità Civile Personale del Calciatore (R.C.P.C.)

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne il calciatore delle somme che egli sia tenuto a pagare ad altri calciatori a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per morte e lesioni derivanti da fasi di gioco. La garanzia è operante sempreché:

- 1) Il sinistro si sia verificato durante lo svolgimento di una fase di gioco e solo in occasione di gare ufficiali e/o amichevoli fra squadre appartenenti alla Lega Nazionale Dilettanti (per gare ufficiali si intendono quelle di campionato, torneo, amichevole purché preventivamente autorizzata dal competente Comitato della F.I.G.C.);
- 2) Il sinistro abbia come conseguenza morte o lesioni personali gravi o gravissime, così come definiti dall'art. 583 C.P.; risultanti in una invalidità permanente pari o superiore al 5%
- 3) La responsabilità del calciatore sia accertata con sentenza passata in giudicato.

ART. 2 - RISCHI COMPRESI

La seguente elencazione dei rischi coperti dalla presente polizza si intende formulata a titolo puramente esemplificativo e non limitativo.

A) Si intende assicurata la responsabilità derivante all'Assicurato, anche in semplice qualità di committente quando l'esecuzione delle sotto riportate attività sia affidata a terzi, per:

- I rischi derivanti dalla proprietà, uso, esercizio e conduzione degli impianti, le installazioni, le attrezzature e tutto il materiale necessario per lo svolgimento delle attività assicurate, comprese apparecchiature per la produzione e/o riproduzione audio-televisiva in genere;
- Proprietà, custodia installazione e manutenzione di insegne, cartelli, striscioni;
- Tutti i rischi finalizzati a soddisfare le esigenze gestionali interne dell'Assicurato quali, a titolo puramente esemplificativo e non limitativo, servizio di pulizia e vigilanza, attività dopolavoristiche e ricreative e gestionali del CRAL aziendale, operazioni di rifornimento e consegna, esercizio di mense e spacci aziendali, compresa la proprietà e/o gestione di distributori automatici di bevande e simili, organizzazione e partecipazione a manifestazioni sportive e non (convegni, esposizioni, meeting, congressi etc.), compreso l'allestimento e lo smontaggio di stand, meeting point.
- Servizi d'ordine, di mascheraggio, di biglietteria, di vigilanza, di pronto intervento e pronto soccorso, in occasione di manifestazioni ed incontri sportivi, compresi i danni derivanti dalla omessa o tardiva richiesta della Forza Pubblica alle Autorità competenti, sempreché lo svolgimento della manifestazione fosse comunque segnalato alle Autorità competenti e dalle stesse autorizzato;
- Esecuzione di lavoro ed attività complementari e/o accessori necessari e previsti per lo svolgimento delle attività assicurate;

B) L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato dalla somministrazione di alimentari e farmaceutici, e si estende anche alla R.C. derivante all'Assicurato ai sensi di legge, per danni provocati a terzi dai prodotti dopo la somministrazione e vendita. Per questa specifica estensione di garanzia, valgono anche le seguenti norme:

- 1) L'assicurazione è operante solo per i danni provocati da prodotti non fabbricati dall'Assicurato e comunque non contrassegnati da marchio proprio dell'Assicurato stesso;
- 2) la garanzia vale sempreché la somministrazione o vendita ed il danno siano avvenuti durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- 3) Il massimale per sinistro rappresenta anche la massima esposizione dell'Assicuratore per anno assicurativo.

Per maggiore chiarezza si conferma che restano esclusi dalla garanzia:

- 1) Le spese di rimpiazzo del prodotto o di sue parti e le spese di riparazione o gli importi pari al controvalore del prodotto;
- 2) Le spese e gli oneri per il ritiro dal mercato dei prodotti risultanti difettosi o presunti tali;
- 3) I danni derivanti dalla mancata rispondenza dei prodotti all'uso ed alle necessità cui sono destinati, ma sono tuttavia compresi i danni materiali o corporali che derivino dagli effetti pregiudizievoli dei prodotti stessi.

In caso di controversia sugli scopi e finalità per i quali siano state assunte tali sostante, si farà riferimento al verdetto degli Organismi di Giustizia Sportiva competenti (Commissioni Giudicanti di primo grado, Commissioni d'Appello Federale ed eventualmente Corti Federali in ultimo grado).

In ogni caso ed indipendentemente dalle finalità con cui sono state somministrate tali sostanze, è comunque garantita la responsabilità personale derivante a Presidente e/o altro legale rappresentante della Società Sportiva quando sia riconosciuta, in sede giudiziaria, la loro assoluta estraneità e non conoscenza del fatto illecito.

C) L'assicurazione comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per danni subiti da:

- Veicoli in consegna e/o custodia all'Assicurato;
- Cose trovate sui veicoli sopraindicati.

La garanzia di cui al presente punto C) viene prestata con l'applicazione di una franchigia assoluta di €. 350,00 per ogni veicolo danneggiato e/o per le cose trovate sullo stesso; si conferma che restano comunque esclusi i danni da furto, nonché i danni subiti da veicoli comunque in uso all'Assicurato.

Nel caso di danni ad autoveicoli di proprietà di arbitri e giudici di linea, la garanzia è operante purché gli stessi si siano attenuti alle disposizioni in vigore, in materia di consegna del mezzo ai dirigenti della Società Sportiva.

La presente garanzia è prestata con una franchigia fissa di €. 500,00 e con limite per sinistro e per anno assicurativo di €. 51.646,00.

D) Si intende compresa in garanzia, a parziale deroga di quanto successivamente previsto all'articolo "Esclusioni" dalle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione, la responsabilità civile derivante all'Assicurato per:

- 1) danni a cose altrui derivanti da incendio di cose di proprietà dell'Assicurato, o dallo stesso detenute (fino ad un limite massimo di €. 517,00);
- 2) danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, sportive, agricole o di servizi (fino ad un limite massimo di €. 51.646,00 - per sinistro), quando conseguenti a sinistro indennizzabile ai sensi di polizza.

E) L'Assicurazione comprende i rischi derivanti dalla conduzione, manutenzione, riparazione e, quando ne sia proprietario l'Assicurato, della proprietà dei fabbricati e impianti, in cui si svolge l'attività dell'Assicurato, compresi impianti sportivi (tribune, stadi, palazzetti, etc.). La garanzia è inoltre prestata per la Responsabilità Civile conseguente alla esecuzione e/o committenza di lavori di ordinaria manutenzione, nonché alla committenza di lavori di straordinaria manutenzione, innovazioni, ampliamenti, sopraelevazioni e demolizioni.

F) Quando per i rischi di circolazione di veicoli a motore su strade o aree private non equiparate a quelle di uso pubblico esista una contemporanea e valida assicurazione di R.C.A (Responsabilità Civile Autoveicoli), la garanzia di cui alla presente polizza viene prestata (fermi i massimali nella stessa indicati) in secondo rischio (e cioè in eccedenza) rispetto a tale copertura R.C.A..

G) L'Assicurazione comprende la responsabilità civile degli Assicurati per azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/6/1984 n° 222.

H) L'Assicurazione comprende la responsabilità civile degli Assicurati nel caso di morte o lesioni personali cagionate a terzi in occasione di rapine, atti di teppismo e vandalismo.

I) L'Assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato dall'organizzazione di Tornei, esibizioni, incontri e manifestazioni, sportive e non, in genere.
La garanzia comprende i rischi relativi ad attività di montaggio, smontaggio e preparazione delle attrezzature necessario per le manifestazioni assicurate.

La garanzia non è operante per manifestazioni che prevedano l'uso di veicoli a motore, di animali, di aeromobili, ed imbarcazioni a motore; per i rischi derivanti da fuochi d'artificio e gare di tiro, per la responsabilità civile personale dei gestori di attrazioni, attività e giochi che partecipino alla manifestazione a titolo commerciale.

ART. 3 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Ai fini dell'Assicurazione R.C.T., sono considerati terzi tutte le persone fisiche e/o giuridiche con la sola esclusione dei legali rappresentanti del Contraente.

ART. 4 - ESCLUSIONI

L'Assicurazione non copre i danni:

- a) da furto;
- b) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a questa equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- e) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- d) a cose che l'Assicurato abbia in consegna e custodia o detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- e) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi;
- f) di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzioni, impoverimento o deviazione di sorgenti e di corsi d'acqua; alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

ART. 5 - PRECISAZIONI ED ESTENSIONI VARIE DI GARANZIA

L'Assicurazione vale per la responsabilità civile dell'Assicurato e degli Associati per danni cagionati a terzi.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare agli Assicurati da fatto doloso di tutte le persone delle quali debbano rispondere a norma di legge.

Gli Associati sono considerati terzi con esclusione dei danni che possono cagionarsi fra loro.

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante alle Società per fatto:

- di soggetti, non in rapporto di dipendenza con la Società assicurata, ne ricomprendibili nella definizione di Ausiliari, di cui l'Assicurato stesso si avvalga nella realizzazione dell'attività oggetto della garanzia;
- dei medici sociali, esclusivamente quando esercitano la loro professione per conto delle Società stesse.

La garanzia comprende anche i rischi derivanti dall'esercizio delle attrezzature e degli impianti (compreso stadio e relative tribune) e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva.

La garanzia non è operante nel caso in cui siano ammesse a prendere parte alla disciplina sportiva persone non associate. L'Assicurazione vale per le Perdite Pecuniarie cagionate alle Società Sportive assicurate a seguito di danni alle strutture sportive causate da sostenitori delle stesse Società, sempreché tali danni siano stati rilevati e riconosciuti con delibere del Giudice Sportivo competente.

Sono esclusi i danni alle persone, cagionati alle Società Sportive dai propri sostenitori, ai manti erbosi, comunque subiti da oggetti (comprese autovetture) di spettatori in genere, di dirigenti di Società Sportive o di calciatori.

ART. 6 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione ha validità nel mondo intero.

La garanzia di R.C.O. si intende anch'essa operante all'estero, a condizione che analoga estensione sia concessa dall'INAIL.

ART. 7 - DENUNCIA DEI SINISTRI ED OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

La denuncia di sinistro dev'essere fatta per iscritto alla Direzione dell'Assicuratore, entro 30 giorni dal momento in cui l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza. Pena la decadenza del diritto assicurativo.

La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome e domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

ART. 8 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

La difesa contro le pretese ed azioni dei danneggiati spetta esclusivamente all'Assicuratore, il quale agisce in qualsiasi sede o modo in nome dell'Assicurato, che è tenuto a prestare la sua collaborazione.

Le spese sostenute per resistere all'azione dei danneggiati sono a carico dell'Assicuratore nei limiti stabiliti dall'art.1917 del Codice Civile.

Le spese di difesa nel processo penale sono anch'esse a carico dell'Assicuratore; peraltro ove l'interesse di questo cessi durante lo svolgimento di tale processo, le anzidette spese rimangono a carico dell'Assicuratore fino ad esaurimento del giudizio nel grado in cui questo si trova. L'Assicuratore non riconosce spese da essa non autorizzate.

ART. 9 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

L'Assicuratore rinuncia al diritto di rivalsa e surrogazione in favore dei dipendenti dell'Assicurato, della L.N.D. e sue Associate.

ART. 10 - MASSIMALI DI GARANZIA

La garanzia è prestata fino alla concorrenza massima complessiva per capitali, interessi e pesi di:

RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

€. 5.164.569,00 per ogni sinistro, ma con limiti;

€. 5.164.569,00 per ogni persona deceduta che abbia subito lesioni personali;

€. 5.164.569,00 per danneggiamenti a cose, anche se appartenenti a più persone.

RESPONSABILITA' CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA

€. 5.164.569,00 per ogni sinistro ma con il limite di

€. 516.457,00 per ogni persona deceduta che abbia subito lesioni personali.

RESPONSABILITA' CIVILE PERSONALE DEL CALCIATORE

€. 50.000, 00 per ogni sinistro.

ART. 11 - FRANCHIGIA

Per danni a cose, la garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 775,00 per sinistro.

ART. 12 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

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

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor

durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto all'Assicuratore il numero definitivo degli Associati e/o iscritti per ogni singola categoria di attività.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro il 31 Maggio dell'annualità successiva a quella cui si riferisce la regolazione.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore dell'Assicuratore.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Assicuratore deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Assicuratore di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.

Qualora per inesattezze od incomplete dichiarazioni del Contraente, la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, fermo l'obbligo del Contraente a versare all'Assicuratore la differenza dovuta, per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta l'Assicuratore è obbligato in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello dovuto per il detto periodo nei limiti dei massimali ridotti in uguale misura.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un adeguata rivalutazione del preventivo.

Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

L'Assicuratore ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore di eseguire gli accertamenti.

ART. 13 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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, come previsto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

ART. 14 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento del rischio. La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare, come previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

ART. 15 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve, entro 30 giorni, comunicare per iscritto all'Assicuratore l'eventuale stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio.

L'Assicuratore, entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.

Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto all'indennizzo. Il Contraente è comunque esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altre assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio, con altro o con lo stesso Assicuratore.

E' parimenti confermato il punto "Limiti di età - Persone non assicurabili"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile, il relativo premio sarà restituito dall'Assicuratore a richiesta del Contraente.

ART. 16 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Ogni comunicazione del Contraente all'Assicuratore deve essere fatta con lettera raccomandata. Eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 17 - ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge, in conseguenza del contratto, sono a carico del Contraente.

ART. 18 - VARIAZIONI NELLA FIGURA DEL CONTRAENTE

Nel caso di fusione del Contraente, il contratto continua con l'Associazione che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Associazione stessa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento del Contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Il Contraente è tenuto a dare avviso scritto dei fatti sopraindicati entro i successivi 15 giorni dal loro verificarsi all'Assicuratore, il quale, nei giorni successivi al ricevimento dell'avviso, ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

ART. 19 - FORO COMPETENTE

Il Foro competente per i soggetti assicurati è quello competente per il Comune di residenza dell'Assicurato.

ART. 20 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

IL CONTRAENTE

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.

.....

.....

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 7 - Denuncia dei sinistri ed obblighi dell'Assicurato; Art. 12 - Regolazione del premio; Art. 21 - Altre Assicurazioni.

IL CONTRAENTE

.....

TUTELA GIUDIZIARIA

DEFINIZIONI E PRECISAZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

per ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione;
per POLIZZA:	i documenti che provano l'assicurazione;
per PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore, per l'operatività della polizza;
per RISCHIO:	la possibilità che si verifichi il sinistro;
per SINISTRO:	l'insorgere della controversia per la quale è prestata l'assicurazione;
per INDENNIZZO:	la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
per FRANCHIGIA:	parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;
per ASSICURATO:	il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione, e più precisamente tutti i calciatori, allenatori, tecnici e massaggiatori tesserati per le Società affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, nonché i Presidenti ed i legali rappresentanti della Società;
per ASSICURATORE:	il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto;
per CONTRAENTE:	la Lega Nazionale Dilettanti.

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicuratore si obbliga ad assumere in proprio, alle Condizioni della presente Polizza e nei limiti di indennizzo assicurati, le spese legali e peritali che l'Assicurato debba sostenere nella tutela dei propri diritti ed interessi per assistere, in procedimenti civili o penali, sia in sede giudiziale che stragiudiziale in controversie relative a fatti ed atti connessi allo svolgimento dell'attività assicurata sul campo da gioco od entro il limite dell'impianto sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa, anche se conseguenti a comportamenti caratterizzati da colpa grave.

ART. 2 - SOGGETTI DELL'ASSICURAZIONE

Sono soggetti dell'assicurazione tutti i calciatori, allenatori, tecnici, massaggiatori e Presidenti o legali rappresentanti delle Società affiliate alla L.N.D..

ART. 3 - VALIDITA' TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata per i sinistri che si verificano, per la prima volta, durante il periodo di validità della presente polizza, indipendentemente dall'origine dei fatti o degli atti che li abbiano determinati e per i quali l'azione di tutela si inizia nel medesimo periodo.

ART. 4 - LIMITE DI INDENNIZZO

La garanzia è prestata sino alla concorrenza di €. 15.494,00 per Assicurato e per sinistro, senza limite per anno assicurativo.

ART. 5 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per le controversie aventi ad oggetto:

- Violazioni civili o penali relativi a rapporti con imprese di assicurazione ed Istituti od Enti di assistenza e previdenza;
- Fatti originati dalla circolazione di veicoli a motore;
- Violazioni civili o penali derivanti da fatto doloso dell'Assicurato;
- Vertenza in materia amministrativa;
- Pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- Per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale.

ART. 6 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - LIBERA SCELTA DEL LEGALE E DEL PERITO

L'Assicurato è tenuto a denunciare all'Assicuratore eventuali sinistri non appena abbia avuto la possibilità e, comunque entro 30 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza. In ogni caso deve, pena la decadenza del diritto alla garanzia assicurativa, fare pervenire all'Assicuratore la notizia di ogni atto a Lui notificato entro 30 (trenta) giorni dalla data della notifica stessa.

Contemporaneamente con la denuncia, l'Assicurato ha diritto di indicare un unico Legale, residente nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, segnalandone il nominativo all'Assicuratore, che assumerà a proprio carico le spese relative.

In caso di omissione di tale indicazione, l'Assicuratore si intende delegato a provvedere direttamente alla nomina di un Legale al quale l'Assicurato deve conferire il proprio mandato. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio Legale nel caso di conflitto di interessi con l'Assicuratore.

Pena la decadenza dal diritto al rimborso, l'Assicurato non può dare corso ad azioni, né raggiungere accordi, né addivenire, direttamente con la Controparte, ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, senza preventiva autorizzazione dell'Assicuratore, pena il rimborso delle spese, competenze ed onorari sostenuti dall'Assicurato stesso.

L'Assicuratore non è responsabile dell'operato di Legali e di Periti.

ART. 7 - ARBITRATO IRRITUALE

Le parti si obbligano a devolvere ad un Collegio Arbitrale qualsiasi controversia che dovesse insorgere circa l'interpretazione, la validità o l'esecuzione del presente contratto.

Il Collegio sarà costituito da tre Arbitri di cui le Parti designeranno i primi due singolarmente, ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo, il terzo componente il Collegio Arbitrale sarà nominato dal Presidente del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati del luogo ove si svolgerà l'arbitrato.

Tale luogo è quello del Comune di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti risponde delle spese del proprio Arbitro e della metà di quelle del terzo Arbitro.

La decisione del Collegio è inappellabile ed obbligatoria per le Parti, anche se uno degli Arbitri si rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 8 - RECUPE DI SOMME

Tutte le somme comunque liquidate in caso di soccombenza della Controparte a titolo di capitale ed interessi, spettano integralmente all'Assicurato.

Gli onorari, le competenze e le spese recuperate dall'Assicurato in sede giudiziale o concordate in via transattiva spettano invece all'Assicuratore che le ha sostenute o anticipate.

ART. 9 - PENALE DOLOSO

L'assicurazione è estesa alla difesa in procedimenti penali per i delitti dolosi conclusi con proscioglimento o assoluzione, con decisione passata in giudicato; restano esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi causa.

Esclusivamente per i procedimenti di cui alla presente estensione, l'Assicuratore provvede al rimborso delle spese sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato.

ART. 10 - PRESENZA DI GARANZIA DI RESPONSABILITA' CIVILE

Qualora l'Assicurato abbia in corso una polizza contro la Responsabilità Civile, si da atto che la presente assicurazione viene prestata per l'eccedenza rispetto a quanto indennizzato dalla predetta polizza a titolo spese di resistenza (art. 1917 Cod. Civ.) e fino a concorrenza dei massimali pattuiti.

ART. 11 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

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

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto all'assicuratore il numero definitivo degli Associati e/o iscritti per ogni singola categoria di attività.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro il 31 Maggio dell'annualità successiva a quella cui si riferisce la regolazione.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore dell'Assicuratore.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Assicuratore deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Assicuratore di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

Qualora per inesattezze od incomplete dichiarazioni del Contraente, la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, fermo l'obbligo del Contraente a versare all'Assicuratore la differenza dovuta, per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, l'Assicuratore è obbligato in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello dovuto per il detto periodo nei limiti dei massimali ridotti in uguale misura.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una adeguata rivalutazione del preventivo.

Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

L'Assicuratore ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore di eseguire gli accertamenti.

ART. 12 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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, come previsto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

ART. 13 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento del rischio. La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare, come previsto dall'ari 1898 del Codice Civile, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve, entro 30 giorni, comunicare per iscritto all'Assicuratore l'eventuale stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio.

L'Assicuratore, entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'ari 1910 del Codice Civile.

Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di

altre assicurazioni decade dal diritto all'indennizzo. Il Contraente è comunque esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altre assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio, con altro o con lo stesso Assicuratore.

ART. 15 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Ogni comunicazione del Contraente all'Assicuratore deve essere fatta con lettera raccomandata. Eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 16 - ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge, in conseguenza del contratto, sono a carico del Contraente.

ART. 17 - VARIAZIONI NELLA FIGURA DEL CONTRAENTE

Nel caso di fusione del Contraente, il contratto continua con l'Associazione che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione o di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Associazione stessa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento del Contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Il Contraente è tenuto a dare avviso scritto dei fatti sopraindicati entro i successivi 15 giorni dal loro verificarsi all'Assicuratore, il quale, nei giorni successivi al ricevimento dell'avviso, ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

ART. 18 - FORO COMPETENTE

Il Foro competente per i soggetti assicurati è quello competente per il Comune di residenza dell'Assicurato.

ART. 19 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

IL CONTRAENTE

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.

.....

.....

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione: Art. 7 - Arbitrato irritale; Art. 11 - Regolazione del premio; Art. 14 - altre Assicurazioni.

IL CONTRAENTE

.....

ASSISTENZA

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

- Assicurato:** la persona fisica tesserata della LND.
- Assistenza:** l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un Sinistro.
- Attività Sportiva:** partecipazione a gare di campionato, di torneo od amichevoli, purché dirette da arbitri incaricati dalla Federazione competente.
- Centrale operativa:** la struttura di Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A., costituita da risorse umane e da attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza. E' composta dalla Centrale Telefonica, che riceve le chiamate degli Assicurati e attiva le assistenze, e dalla Rete Esterna che effettua gli interventi sul posto.
- Contraente:** la persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione.
- Domicilio:** il luogo di abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato in Italia.
- Estero:** Europa.
- Familiare:** la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato e con lui stabilmente convivente nell'abitazione così come risultante dallo stato di famiglia.
- Garanzia:** la prestazione di assistenza fornita, in caso di sinistro, tramite la Centrale operativa.
- Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'invalidità temporanea.
- Istituto di cura:** l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza medica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, le cliniche per cure dietologiche ed estetiche nonché le colonie della salute, i gerontocomi e gli ospizi per anziani.
- Italia:** il territorio italiano, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

- Residenza:** il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale, purché in Italia.
- Ricovero:** la degenza, comportante pernottamento, in istituti di cura regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
- Rimpatrio Sanitario:** il trasferimento dell'Assicurato dall'Estero in Italia.
- Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- Trasferimento Sanitario:** il trasporto dell'Assicurato ad insindacabile giudizio della centrale Operativa:
- a) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato all'istituto di cura prescelto ed abilitato alle cure del caso;
 - b) dal luogo del sinistro al più vicino ed idoneo istituto di cura;
 - c) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato al proprio domicilio, in caso di dimissione.
- Trasporto Sanitario:** l'organizzazione del trasferimento dell'Assicurato con il mezzo più idoneo (ambulanza, treno, aereo di linea, aereo sanitario) ad insindacabile giudizio della centrale Operativa.
- Viaggio:** qualunque località al di fuori dell'Italia sia durante i trasferimenti che durante il soggiorno.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA

ART. 1 - ESTENSIONE TERRITORIALE

Le prestazioni sono valide in Italia e all'Estero, fatte salve le eventuali limitazioni e/o esclusioni e/o franchigie previste nelle singole garanzie di assistenza; con l'esclusione comunque dei paesi in stato di belligeranza, anche se non dichiarata.

Art. 2 – EFFICACIA E DURATA DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Per ogni singolo viaggio all'Estero, durante il periodo di validità della polizza, le prestazioni di assistenza decorrono dalle ore 00:00 del giorno di partenza e cessano alle ore 24:00 del giorno del rientro in Italia.

Fermo restando che la durata massima della copertura/permanenza è di 30 giorni consecutivi.

Art. 3 – MASSIMA ESPOSIZIONE

In caso di sinistro catastrofale che coinvolga una pluralità di assicurati le spese di intervento della Società non potranno essere superiori a €. 200.000,00.

Art. 4 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società fornisce le prestazioni di assistenza di cui ai successivi articoli, entro i limiti di polizza, qualora l'Assicurato si venga a trovare in difficoltà a seguito di un di un infortunio durante la partecipazione ad attività sportive in qualità di tesserato della LND.

Art. 5 – CENTRALE OPERATIVA

La centrale operativa è a disposizione dell'Assicurato per fornire pronta assistenza mediante Linea Verde dedicata , 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Numero verde 800-903.407

Dall'estero +39-06.42.115.564

Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare assistenza immediatamente, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 8 ore lavorative.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

(GARANZIE VALIDE IN ITALIA)

ART. 6 – ASSISTENZA NOTTURNA IN CASO DI RICOVERO

Qualora l'Assicurato, ricoverato presso un Istituto di Cura a seguito di infortunio, necessiti di assistenza specializzata, la Centrale Operativa provvederà a reperire ed inviare personale infermieristico o socio-assistenziale presso la struttura dove è ricoverato.

La ricerca e selezione saranno effettuate in base alla tipologia del problema dell'Assicurato secondo il parere dell'equipe medica della Centrale Operativa in accordo con il

medico curante.

Per ciascun anno di validità della polizza le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo aggiuntivo a carico dell'Assicurato fino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e di 24 ore lavorative per sinistro, con il limite di Euro 40,00 per ora.

ART. 7 – RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE DOPO LE CURE

Qualora l'Assicurato, ancorché convalescente a seguito di infortunio, sia dimesso dall'istituto di cura presso il quale era ricoverato ma non sia in grado di rientrare autonomamente alla propria residenza, potrà richiedere alla Centrale Operativa l'organizzazione del suo trasferimento.

Il trasporto potrà essere effettuato con i mezzi e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Centrale Operativa dopo il consulto con i medici dell'ospedale, utilizzando:

- ✓ l'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato;
- ✓ il treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- ✓ l'autoambulanza.

Se le circostanze lo richiederanno la Società metterà a disposizione un accompagnatore.

Per ciascun anno di validità della polizza le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo aggiuntivo a carico dell'Assicurato fino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e di Euro 520,00 per sinistro.

(GARANZIE VALIDE ALL'ESTERO)

ART. 8 – CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Centrale Operativa, che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da fornire.

ART. 9 – REPERIMENTO ED INVIO DI UN MEDICO NEI CASI D'URGENZA

Qualora poi dai primi dati risultanti dal contatto telefonico il servizio medico della Centrale Operativa giudicasse necessario l'intervento di un medico, provvederà ad inviare un medico generico sul posto tenendo a proprio carico il relativo costo.

Qualora nessuno dei medici convenzionati della Società fosse immediatamente disponibile e/o qualora le circostanze lo rendessero necessario, la Società potrà organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in ambulanza presso il pronto soccorso più vicino. Anche in questo caso il costo resta a carico della Società.

ART. 10 – TRASFERIMENTO SANITARIO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio sia affetto da una patologia ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera dove è stato ricoverato, per caratteristiche obiettivamente accertate dai medici della Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Centrale Operativa provvederà:

- ad individuare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura più vicino e ritenuto attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario,
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato,
 - treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto,
 - autoambulanza, senza limiti di percorso,
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con il personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Centrale Operativa.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera presso cui l'Assicurato è stato ricoverato, nonché le terapie riabilitative, le malattie infettive e ogni altra patologia nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali.

ART. 11 – COLLEGAMENTO CONTINUO CON IL CENTRO OSPEDALIERO

Durante il Ricovero dell'Assicurato sono attivati i contatti telefonici con la struttura ospedaliera e la famiglia per fornire ogni utile notizia clinica.

ART. 12 – INTERPRETE

La Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero, e limitatamente ai paesi ove esistano propri corrispondenti, organizzerà il reperimento di un interprete e la Società se ne assumerà il costo sino ad otto ore lavorative.

ART. 13 - TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI

La Centrale Operativa, in caso di necessità conseguente a ricovero all'estero, provvederà all'inoltro di messaggi urgenti a persone residenti in Italia.

ART. 14 – RIMPATRIO SANITARIO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Qualora l'Assicurato convalescente venga dimesso dal centro ospedaliero presso il quale era ricoverato, e non sia in grado di rientrare autonomamente in Italia presso la propria residenza o presso un altro centro medico per la continuazione delle cure, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il suo rientro con il mezzo che i medici della Centrale Operativa stessa riterranno più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

ART. 15 – OBBLIGO DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato dovrà contattare al momento dell'insorgere della necessità, e comunque non oltre 3 giorni dal verificarsi del sinistro, la Centrale Operativa della Società al numero verde 800-903.407 o il numero urbano +39.06.42.115.564.

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, inviare un fax al numero +39.06.48.18.960.

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

Inoltre dovrà qualificarsi come Assicurato "LND" e comunicare:

- cognome e nome;
- prestazione richiesta ;
- suo indirizzo o recapito temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

Resta inteso che qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro, dovrà farlo non appena ne sarà in grado.

ART. 16 – RISCHI ESCLUSI

Fermo restando le condizioni e le esclusioni previste per le singole prestazioni valgono inoltre le seguenti esclusioni:

- 1) Tutte le prestazioni sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
 - a) guerre, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, occupazione militare, invasione;
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo, di sabotaggio e di vandalismo,
 - c) da atti di pura temerarietà dell'Assicurato o conseguenti ad atti dolosi o illeciti dello stesso, ivi compresi il suicidio ed il tentato suicidio;
 - d) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere;
 - e) abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e di allucinogeni;
 - f) eventi avvenuti fuori del periodo di copertura.
- 2) Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- 3) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
- 4) La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.
- 5) Per qualsiasi richiesta di informazioni, lamentele, contestazioni, l'Assicurato deve rivolgersi direttamente alla Società.
- 6) Ogni diritto nei confronti della Società derivante dalla presente polizza deve essere esercitato dall'Assicurato, a pena di estinzione e decadenza, entro il termine tassativo di un anno dalla data dell'evento costitutivo del diritto stesso.
- 7) Tutte le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

ART. 17 – PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da una delle seguenti infermità mentali -sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive - non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si conviene che qualora una o più malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applica quanto disposto dall'art. 1898 del C.C..

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 2.4 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Condizioni che regolano l'assicurazione in generale e dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del C.C..

ART. 18 – TRASMISSIONE DEI DATI

Al fine di consentire l'attivazione dei servizi da parte della centrale Operativa, al momento dell'entrata in vigore della copertura, la Contraente provvederà a comunicare su supporto informatico predefinito (nome e cognome, società sportiva di appartenenza, numero tessera LND, data partenza, data rientro) l'elenco di tutti gli Assicurati che parteciperanno alla trasferta/viaggio all'estero.

IL CONTRAENTE

CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.

.....

.....

Procedure da seguire IN CASO DI SINISTRO per gli assicurati Carige Assicurazioni S.p.A. della L.N.D.	
1.	<p>Entro 30 giorni dalla data dell'infortunio la denuncia dovrà essere trasmessa dall'Infortunato (o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa) alla struttura centralizzata dell'Assicuratore che gestisce i sinistri in oggetto, servendosi dell'apposito Numero Verde 800.903.407, che fa capo all'Ufficio Gestione Sinistri L.N.D., o inviata tramite lettera Raccomandata R.R. o in alternativa via fax allo 06/4817974.</p> <p><u>1ª fase operativa: “ricezione della denuncia e apertura del sinistro”.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - chiamando il numero verde (sarà a disposizione un risponditore automatico che fornirà le opportune indicazioni di accesso ai servizi), l'Infortunato attiverà l'apertura del sinistro presso il centro servizi dell'Assicuratore; - alla denuncia telefonica viene contestualmente assegnato un NUMERO di riferimento di SINISTRO ed uno di DOSSIER; - gli operatori richiederanno i dati utili all'apertura del sinistro e forniranno all'Infortunato (o a chi ne fa le veci o ai suoi aventi causa), il numero di riferimento di SINISTRO e di DOSSIER, nonché tutte le informazioni utili alla compilazione ed al successivo invio al centro servizi del Modulo di Denuncia Sinistro. <p>La Società Sportiva/il Dirigente Sportivo non ha responsabilità per la ritardata o la mancata presentazione della denuncia.</p>
2.	<p>La denuncia deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.</p> <p>Dati richiesti dall'operatore al momento della denuncia telefonica: nome della squadra di calcio di appartenenza, indirizzo, n° di matricola della squadra; comitato regionale di appartenenza; tutti i dati dell'Assicurato (cognome nome, residenza, data nascita e numero di telefono al quale essere rintracciato); TIPO e NUMERO DI TESSERA; descrizione sintetica del sinistro.</p> <p>Il modulo di denuncia deve essere richiesto dall'Infortunato alla Società Sportiva o scaricato dal sito internet www.carigeassicurazioni.it/lnd</p>
3.	<p>Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato entro 15 giorni dal fatto.</p>
4.	<p>La denuncia, firmata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal maggiore esponente della Società Sportiva.</p> <p><u>2ª fase operativa: “invio del Modulo di Denuncia di Sinistro compilato, della documentazione relativa all'infortunio ed alle spese mediche sostenute, al Centro Liquidazione Sinistri dell'Assicuratore”.</u></p> <p>L'invio del Modulo di Denuncia Sinistro e della documentazione medica, comprensiva del certificato di guarigione, può essere effettuato in un'unica soluzione entro 1 anno dalla data della denuncia a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno. L'Infortunato potrà anticipare il solo Modulo di Denuncia Sinistro compilato inviandolo al n° di fax 06/4817974.</p> <p>Qualora questo non fosse possibile, l'Infortunato dovrà comunicare prima della scadenza dell'anno l'impossibilità ad adempiere agli obblighi previsti, al fine di interrompere i termini prescrizionali del sinistro. Anche in questo caso la comunicazione dovrà avvenire a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno.</p>

	<p>Non appena l'Infortunato avrà raccolto la documentazione completa, a guarigione clinica ultimata e comunque entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica, dovrà inviare il Modulo di Denuncia Sinistro compilato e la relativa documentazione compreso il certificato di guarigione (fatture in originale, certificati anche in copia), con lettera Raccomandata R.R. citando sulla busta:</p> <p>Centro Liquidazioni Sinistri L.N.D. – Carige Assicurazione S.p.A. c/o INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.p.A. Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma</p>
5.	<p>L'Infortunato è tenuto a far pervenire all'Assicuratore un dettagliato certificato medico sull'infortunio. In seguito l'Infortunato ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso. L'Infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescritte dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.</p> <p>Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'Infortunato dovrà presentare all'Assicuratore il <u>certificato di guarigione</u>.</p>
6.	<p>Per tutte le comunicazioni l'infortunato è tenuto a citare il NUMERO SINISTRO, riportato nel Modulo di Denuncia Sinistro.</p>
7.	<p>La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata all'Assicuratore con certificato definitivo. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, l'Assicuratore non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.</p>
8.	<p><u>3ª fase operativa: “ Criteri di liquidazione”.</u> Arrivo del certificato di guarigione presso il centro liquidazione sinistri.</p> <p>Se i documenti sono incompleti. L'Ufficio Liquidazione Sinistri invia a mezzo fax presso la sede della Società Sportiva o per posta al domicilio dell'Infortunato, una lettera di richiesta documentazione (mancante o da inoltrare in originale). La pratica resterà sospesa in attesa di ricevere i documenti mancanti.</p> <p>L'Ufficio Liquidazione Sinistri effettuerà tale verifica solo ed esclusivamente nel momento in cui nella pratica risulta esserci il certificato di guarigione.</p> <p>Se i documenti sono completi, si liquida (tramite emissione di assegno per trattenza o con bonifico bancario, se tale opzione è richiesta nel Modulo di Denuncia Sinistro):</p> <p>I) settore calciatori e tecnici (dirigenti esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività di assistenti all'arbitro durante le gare ufficiali):</p> <ul style="list-style-type: none"> - la <u>morte</u> dell'iscritto, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore degli eredi legittimi o testamentari; - l'indennizzo delle <u>Lesioni</u>, entro 30 giorni dalla chiusura del sinistro, nella misura prevista dalla Tabella Lesioni. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a favore dell'Infortunato. Per importi superiori ad Euro 7.746,85 l'Infortunato dovrà firmare la quietanza che dovrà restituire all'Assicuratore. - il <u>rimborso delle spese mediche</u> presentate in originale, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. Il rimborso viene effettuato a favore dell'Infortunato; - l'<u>indennità giornaliera in caso di ricovero</u> (in assenza di spese mediche), entro 30 giorni

	<p>dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuato a favore dell'Infortunato;</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>l'indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile</u>, in presenza di certificato in originale che certifichi l'applicazione e la rimozione dello stesso, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuato a favore dell'Infortunato; <p>II) settore DIRIGENTI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la <u>morte</u> dell'iscritto, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore degli eredi legittimi o testamentari; - l'<u>invalidità permanente</u>, entro 30 giorni dalla chiusura del sinistro, nella misura prevista dalla polizza. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a favore dell'infortunato. Resta inteso che per la valutazione e liquidazione dell'indennizzo l'infortunato dovrà, in presenza di postumi, entro sei mesi (periodo di stabilizzazione) dalla data del certificato di guarigione richiedere di essere sottoposto a visita medico legale. In questo caso l'ufficio liquidazione provvederà a nominare il medico legale per competenza territoriale dando contestuale comunicazione al domicilio dell'infortunato. Sarà poi cura dell'infortunato e del medico legale concordare la data della visita. Nel caso in cui la valutazione medico-legale superi i 5 punti di franchigia l'importo calcolato viene liquidato per la differenza. <p>non si liquida: L'Ufficio Liquidazione Sinistri invia lettera di reiezione, via fax presso la sede della Società Sportiva di appartenenza o per posta al domicilio dell'Infortunato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quando le lesioni o le spese mediche o l'indennità giornaliera in caso di ricovero o l'indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile o, solo per i Dirigenti l'invalidità permanente, non rientrano tra le garanzie di polizza o sono assorbite dalla franchigia. <p>ATTENZIONE LA POLIZZA NON PREVEDE IL RIMBORSO DELLE SPESE DI PATROCINIO</p> <p>In tutti i casi la restituzione dei documenti avviene solo su richiedi dell'Infortunato.</p>
9.	<p><u>4ª fase operativa: “informazioni sulla liquidazione dei sinistri”.</u></p> <p>Chiamando il numero verde 800.903.407 (sarà a disposizione un risponditore automatico che fornirà le opportune indicazioni di accesso ai servizi), il martedì ed il giovedì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 15:00 alle 19:00 ed il venerdì dalle 9:00 alle 13:00 escluso i giorni festivi, l'Infortunato ha accesso diretto all'Ufficio Gestione Sinistri per informazioni sullo stato della pratica e sulla liquidazione/pagamento del sinistro.</p> <p>Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'infortunato (o chi ne fa le veci o i suoi aventi causa) dovranno sempre fornire il numero sinistro per avere accesso ai dati.</p>
10.	<p>Collegandosi all'indirizzo www.carigeassicurazioni.it/lnd, sono disponibili nell'area riservata alla Lega Nazionale Dilettanti, le pagine Web della Carige Assicurazioni S.p.A..</p> <p>In particolare è possibile consultare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le garanzie attive per tutti i tesserati; • le garanzie Integrative e Facoltative e Modalità di Adesione; • come fare per denunciare un Sinistro; • la posizione Sinistro. <p>Tutte le sezioni sono di libera consultazione tranne che per la sezione “Posizione Sinistro”.</p> <p>In tale sezione, ottemperando alla legge 675/96, per poter accedere alla consultazione bisogna indicare i seguenti codici identificativi (in possesso solo dell'interessato):</p> <ul style="list-style-type: none"> • n° sinistro; <p>data di accadimento del sinistro.</p>

Nota Informativa per i Contratti di Assicurazione Danni “Rami Elementari”

(predisposta ai sensi dell'Art. 123 del Decreto Legislativo 17.3.95 N. 175 ed in conformità a quanto disposto con la circolare ISVAP n. 303 del 2.6.97, N.347/D paragrafi 7 ed 8 del 5.11.98, N.420/D del 7.11.2000, N.502D del 25.3.2003 e N.518/D del 21.11.2003)

Informazioni relative alla Società

La Società Carige Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93).

Il contratto è concluso con la Sede Legale della Società sita in: Italia - Viale Certosa n. 222 - 20156 Milano.

Informazioni generali sul contratto

Legge applicabile

Ai sensi dell'Art. 122 del Decreto Legislativo 175/95 le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

La Società Carige Assicurazioni S.p.A, di seguito denominata Società, propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legislazione italiana.

Reclami in merito al contratto ai sinistri

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati a mezzo lettera, fax od e-mail alla Società presso il seguente recapito:

Carige Assicurazioni S.p.A.,

Ufficio Revisori Interni

Viale Certosa 222

20156 Milano

fax 02.45.402.417

e-mail: reclami@carigeassicurazioni.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP – Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione della prestazione e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 c.c.

Nell'Assicurazione di Responsabilità Civile Diversi, il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

Informativa ai sensi dell'Art. 10 della legge n. 675/96

Ai sensi dell'Art. 10 della Legge 31.12.1996, sulla “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali” (di seguito denominato Legge), vi informiamo di quanto segue:

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I suoi dati personali in possesso della Società sono raccolti direttamente presso la clientela ovvero presso terzi, come ad esempio in occasione di stipula di contratto a favore di un terzo.

I dati personali raccolti dalla Società possono includere anche quei dati che la Legge definisce “sensibili”: tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all'adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I Suoi dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

- A) finalità connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché di disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es. antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazioni Civili, ecc.);
- B) finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- C) finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti e/o servizi della Società.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati è effettuato a mezzo delle operazioni indicate all'Art. 1 comma 2, lettera b), della Legge (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione/ diffusione, cancellazione e distruzione). Dette operazioni sono effettuate nel rispetto delle norme vigenti, a mezzo di strumenti informatici e/o telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure di protezione necessaria ed adeguate per garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati trattati.

4. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Suoi dati personali è:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria, in relazione alla finalità di cui al precedente punto 2, lettera A).
- b) strettamente necessario per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere e/o per la gestione e liquidazione dei sinistri, in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera B).
- c) facoltativo, in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

Il Suo rifiuto di conferire i dati personali:

nei casi di cui al precedente punto 4, lettere a) e b), comporterebbe l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione e/o di gestire e liquidare i relativi sinistri;

nel caso di cui al precedente punto 4, lettera c), non produrrebbe alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere o in corso di costituzione, ma potrebbe precludere la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti e/o servizi della Società.

6. COMUNICAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali possono essere comunicati per le finalità di cui al precedente punto 2, lettera A) e B), ai seguenti soggetti:

- a) -ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio: Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione);
 - organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo;
 - soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori.
 - agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM);
 - legali, periti e consulenti;
 - società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;
 - società di servizi informatici o di archiviazione;

b) *-società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge).*

In ogni caso i Suoi dati sensibili possono essere comunicati nei limiti strettamente pertinenti alle finalità indicate al precedente punto 2, lettere A) e B).

7. DIFFUSIONE DEI DATI

I Suoi dati personali non sono oggetto di diffusione.

8. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione. Il trasferimento all'estero può riguardare anche dati "sensibili", in relazione al perseguimento delle finalità di cui al precedente punto 2, lettera B). In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Art. 13 della Legge conferisce ad ogni interessato taluni specifici diritti (che possono essere esercitati anche da soggetti o associazioni espressamente delegati per iscritto dall'interessato, ed inoltre, in caso di morte dello stesso, da chiunque vi abbia interesse). In tal senso, in quanto "Interessato", Lei ha diritto:

- di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza di dati personali che La riguardano e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali previsto a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario.

10. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è Carige Assicurazioni S.p.A. Responsabile del trattamento dei Suoi dati personali è la persona designata ai sensi della Legge e il cui nominativo è disponibile presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.