

**CONTRATTO PER
L'ASSICURAZIONE INFORTUNI
A FAVORE DEI TESSERATI DELLA
FEDERAZIONE ITALIANA RUGBY**



Compagnia : **Vittoria Assicurazioni**
Polizza nr. **F51.025.0000958840**

Decorrenza **30.06.2025**
Scadenza **30.06.2026**

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE
PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI A FAVORE DEI TESSERATI DELLA FEDERAZIONE ITALIANA RUGBY
DEFINIZIONI

Assicurato:	la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa
Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Polizza o contratto:	il documento che prova l'assicurazione
Società:	la Compagnia di Assicurazioni, come in premessa meglio identificata
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'Assicurazione
Tesserato:	ogni singolo soggetto od Ente iscritto o aderente alla Contraente
Assicurato:	il tesserato che svolge attività sportiva rientrando negli scopi della Contraente a titolo agonistico, non agonistico, amatoriale o ludico
Contraente:	la FEDERAZIONE ITALIANA RUGBY (F.I.R) per come in premessa meglio identificata
Beneficiari:	L'assicurato. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato.
Franchigia:	è l'importo prestabilito che, in caso di danno, resta a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro, e che viene dedotto dall'indennizzo.
Massimale:	è l'importo massimo dell'indennizzo economico dovuto dalla Società
Scoperto:	è l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri.
Infortunio:	ogni evento improvviso, che si verifichi indipendentemente dalla volontà dell'assicurato, dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro; per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base alla Tabella A di cui al Decreto del 3 novembre 2010, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20 dicembre 2010, n° 296. al netto della franchigia prevista dalla presente contratto.
Indennizzo Paralimpici:	per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale nr. 03 febbraio

2012, al netto della franchigia prevista dalla presente contratto.

Ricovero:	permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Ambulatorio:	la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Istituto di cura:	l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Trattamento chirurgico:	provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura
Day Hospital:	struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.
Soggetti A:	Arbitri federali
Soggetti B:	Atleti Accademie federali suddivisi in due categorie: <ol style="list-style-type: none">1. Atleti Percorso Elite2. Atleti Percorso Territoriale



CONTRATTO PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

A FAVORE DEI TESSERATI DELLA FEDERAZIONE ITALIANA RUGBY

Tra la **FEDERAZIONE ITALIANA RUGBY (F.I.R.)** e la Compagnia Vittoria Assicurazioni designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Società**, viene stipulata la seguente convenzione per le garanzie contro Infortuni in favore dei Tesserati FIR.

Art. 1 Durata e decorrenza del contratto

Il presente contratto ha la durata di anni 2, con inizio dalle ore 24 del 30 giugno 2022 e termina alle ore 24.00 del 30 giugno 2024. È facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione della scadenza annuale intermedia mediante lettera raccomandata inviata dall'una all'altra parte almeno 180 (centottanta) giorni prima di tale scadenza.

Art. 2 Obblighi del Contraente

Il Contraente si impegna a comunicare alla Società tutte le modifiche delle norme federali ed ogni altra circostanza che comporti una variazione od un aggravamento del rischio, ai sensi di quanto previsto dall'art.1898 del Codice Civile, riservandosi la Società la facoltà di recedere dall'accordo ove ne ricorressero i presupposti.

Art. 3 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo **MAG S.p.A.**, con sede legale in Roma, delle Tre Madonne n.12 iscritta al RUI – Sezione B – con il n. 400942, Broker incaricato ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società MAG S.p.A., e in particolare:

- a) Il Broker provvede alla gestione del contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale modifica dell'incarico al Broker.
- b) Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 30 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente. Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.
- c) La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire, almeno 15 giorni prima della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti.
- d) Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il pagamento verrà effettuato dal Contraente al Broker (su conto separato e dedicato di cui all'Art.117 del D.Lgs 209/2005, in ossequio alla vigente normativa art.3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136, giusta determinazione A.V.C.P. 18 novembre 2010 n. 8 paragrafo 4° punto quinto) che provvederà al versamento agli Assicuratori.
- e) In caso di mancato perfezionamento e/o incasso il Broker provvederà a restituire alla Società i documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi.
- f) La polizza e le eventuali successive appendici dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.
- g) Si intende operante il disposto dell'art. 118 comma 1 del D.lgs 209/2005. Pertanto il pagamento

effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso.

h) In caso di coassicurazione, il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo fax o PEC le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.

i) I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermo restando i termini temporali della copertura.

j) Il Broker sarà remunerato dagli assicuratori aggiudicatari dell'appalto. Il compenso riconosciuto al Broker, sotto forma di ritenuta sui premi di assicurazione e all'atto del pagamento dei medesimi sarà pari a quanto indicato nella convenzione tra Ente e Broker ovvero pari al 10 %, applicata al premio imponibile e per ogni rata di premio pagata; tale remunerazione non potrà mai rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente / Contraente.

k) Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).

l) La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

m) Ai sensi dell'Art.48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008, n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'Art.3 del Decreto. Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'Art.72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'Art.1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa. L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nei documenti di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni ai sensi del Dlgs 50/2016 e successive modifiche nonché Dlgs 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti al primo capoverso del presente articolo.

Art. 4 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

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

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

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

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

Art. 5 Prescrizione dei diritti

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

Art. 6 Disposizioni finali

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

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI**Art. 7 Manifestazioni**

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati in caso di partecipazione ad attività e manifestazioni organizzate dal Contraente o che siano state dello stesso Contraente autorizzate, o organizzate da altri soggetti con le quali il Contraente F.I.R. abbia ufficialmente aderito.

Art. 8 Assicurazioni per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 9 Assicurazione obbligatoria degli sportivi

L'art. 51 della Legge n. 289 del 27/12/2002 e s.m.i. prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione infortuni per atleti, tecnici e dirigenti. Pertanto, in deroga a quanto previsto ai successivi art. 11 e 12 del presente contratto, Contraente e Società concordano che la Società è sempre tenuta a risarcire l'Assicurato, salvo il diritto di rivalersi nei confronti del Contraente, per le garanzie previste dal regolamento di attuazione della legge stessa.

Art. 10 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 11 Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 12 Diminuzione del rischio

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

Art. 13 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio

Premesso che:

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

si conviene che:

- il conguaglio dei premi in sede di regolazione sarà computato solo sull'eccedenza pari al 2% del numero minimo di assicurati calcolati sulla base degli effettivi assicurati.

Entro la data del 31/08 di ciascun anno il Contraente fornirà alla Società elenco riportante il numero degli Assicurati (tesserati, affiliati e aggregati) suddivisi per categoria riferito all'anno assicurativo decorso, affinché la Società stessa possa procedere al computo della differenza di premio eventualmente dovuta quale regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalle regolazioni attive e passive devono essere pagate entro 90 giorni dalla relativa comunicazione.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissare mediante un atto formale un ulteriore termine non inferiore a 30 gg, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva.

Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Allo scadere del presente Contratto, se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza dovuta, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per "parametri di riferimento" si intendono:

1. n. Soggetti A – Arbitri
2. n. Soggetti B Percorso Elite
3. n. Soggetti B Percorso Territoriale
4. n. Tesserati

Il Contraente è esonerato dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso dello stesso.

Altrettanto, il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

Si conviene che, ove il Contraente abbia in buona fede ommesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 14 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del presente contratto.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento in cui consegua il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 15 *"Titoli che danno diritto all'assicurazione"* della presente Sezione.

I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del Broker.

Le parti espressamente convengono che il premio è annuale, e che se la prima rata di premio viene pagata successivamente alla decorrenza della polizza, comunque entro e non oltre 60 giorni dalla sottoscrizione del presente contratto, la garanzia per ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 24.00 del 30.06.2025.

Per il pagamento delle rate successive è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, intendendosi per tale la tolleranza sino a 90 giorni di ritardo di ciascun pagamento dovuto dal Contraente.

Trascorso tale termine, senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio complessivamente dovuto verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

L'assicurazione vale pregiudizialmente, solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi della legge dello Statuto e dei Regolamenti del Contraente, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dalla organizzazione del Contraente.

Art. 15 Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative senza distinzione di attività praticata - che deve comunque essere ricompresa fra quelle previste negli scopi statuari del Contraente - di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, è il tesseramento nominativo e numerato della F.I.R.

Ai fini assicurativi i documenti sopra indicati sono equipollenti e qualificano il soggetto portatore come "Assicurato" ai fini del presente Contratto.

Pertanto, la Società prende atto e accetta che il titolo che dà diritto alle prestazioni assicurative - il rinnovo del tesseramento - si intenderà valido per l'intero periodo di proroga.

Si prende atto inoltre, che la Federazione Italiana Rugby concede ai tesserati una proroga del tesseramento fino al 31/08 dell'anno successivo al rilascio della tessera, valida come titolo che dà diritto alle prestazioni assicurative. Pertanto la Società prende atto e accetta che il titolo che dà diritto alle prestazioni assicurative si intenderà valido per l'intero periodo di proroga.

Art. 16 Denuncia dei sinistri

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

Art. 17 Oneri fiscali

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

Art. 18 Elezione di domicilio

Il Contraente e la Società, a tutti gli effetti del presente contratto, compresa la notifica degli atti giudiziali e stragiudiziali, dichiarano di essere domiciliati agli indirizzi in epigrafe indicati, con obbligo di comunicarsi reciprocamente, a pena di inefficacia, ogni eventuale variazione, a mezzo di Raccomandata A.R. o Posta Elettronica Certificata; la variazione della domiciliatura avrà efficacia dal giorno successivo alla sua comunicazione.

Art. 19 Dati personali

Le Parti si autorizzano reciprocamente a comunicare a terzi i dati personali in relazione ad adempimenti connessi al presente contratto. Tale consenso è espressamente reso anche ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche.

Art. 20 Disposizioni Generali - Modifiche del presente Contratto

Completezza del Contratto. I termini e le condizioni del presente contratto costituiscono l'intero accordo tra le Parti e sostituiscono tutti i precedenti accordi, sia orali che scritti, intercorsi tra le Parti con riferimento alle materie trattate nel presente contratto e nessun accordo o patto che modifichi o ampli lo stesso sarà vincolante per alcuna delle Parti, salvo che sia effettuato per iscritto, si riferisca espressamente al presente contratto e sia sottoscritto dalle Parti o dai loro rispettivi rappresentanti debitamente autorizzati.

Art. 21 Titoli.

I titoli dei singoli articoli sono stati utilizzati al solo scopo di facilitare la lettura, e, pertanto, gli stessi non influiranno sul significato o sull'interpretazione del presente contratto.

Art. 22 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 23 Interpretazione del Contratto

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

Art. 24 Rescissione del contratto

La Società può recedere dal contratto di assicurazione esclusivamente secondo quanto stabilito al precedente Articolo 1 *"Durata e decorrenza del Contratto"*.

Art. 25 Foro competente

Per qualsiasi controversia derivante e/o occasionata dal presente Contratto, foro competente sarà quello di residenza o domicilio dell'Assicurato con esclusione di ogni altro Foro, alternativo o concorrente.

Per qualsiasi controversia derivante e/o occasionata dal presente Contratto, che eventualmente intercorresse fra Contraente e Società sarà competente il Foro di Roma, con esclusione di ogni altro Foro, alternativo o concorrente.

Art. 26 Dichiarazioni della Società

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

Art. 27 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

INFORTUNI

Art. 28 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i tesserati ed i Soggetti A e B della Federazione Italiana RUGBY.

Art. 29 Oggetto del rischio

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva organizzata sotto l'egida della Federazione Italiana Rugby, ivi compresi l'attività di avviamento allo sport, gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stage di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale e comprese le indispensabili azioni preliminari e successive di ogni gara o allenamento.

La copertura assicurativa è inoltre estesa alle altre attività fisiche di così detta preparazione atletica quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, pesistica, atletica, esercizi ginnici, attività fisica di potenziamento muscolare in luoghi aperti e/o in palestre, purché rientranti nel programma di allenamento, potenziamento e/o recupero necessari all'attività sportiva.

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi del Contraente e degli Enti affiliati, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi esterni, missioni e relativi trasferimenti, compreso il rischio in itinere, sempreché documentati attraverso verbali, convocazioni, inviti, corrispondenza certa con data, atti di repertorio del Contraente e/o degli Enti affiliati.

L'assicurazione opera a condizione che le attività anzi descritte si svolgano secondo le modalità, i tempi e nelle strutture o nei luoghi previsti dalle norme federali.

L'assicurazione opera anche in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggero in forma individuale con mezzi propri, verso e da luogo di svolgimento delle attività di cui ai precedenti commi, esclusi gli incidenti verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque inosservanza delle norme che regolano il trasferimento.

L'assicurazione per il rischio in itinere opera a condizione che l'infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato all'attività di cui ai precedenti commi, ed in data e orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione al termine dell'attività stessa.

Si precisa che la presente polizza viene stipulata per la garanzia infortuni subiti da ogni singolo **Soggetto B** di cui alla categoria federale "**Percorso Elite**" durante l'intero periodo di permanenza nell'Accademia Federale di appartenenza, compreso il rischio in itinere con mezzi propri e/o come trasportati.

Dalla garanzia si intendono comunque esclusi gli infortuni derivanti dallo svolgimento e/o dalla pratica di qualsiasi attività sportiva diversa dal Rugby.

Per quanto agli infortuni subiti da ogni singolo **Soggetto B** di cui alla categoria federale "**Percorso Territoriale**" la copertura vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento dell'attività sportiva organizzata sotto l'egida della Federazione Italiana Rugby, ivi compresi l'attività di avviamento allo sport, gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stage di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale e comprese le indispensabili azioni preliminari e successive di ogni gara o allenamento, incluso rischio in itinere.

Art. 30 Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa
2. infezioni conseguenti a infortunio – escluso HIV, il Covid 19 e le sindromi influenzali equivalenti -, sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze
3. gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
4. l'annegamento;
5. l'assideramento e/o il congelamento;
6. colpi di sole e/o di calore;
7. gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
8. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze anche gravi. Solo per i Soggetti A e B sono compresi in garanzia anche:
9. le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
10. Le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari – estensione di garanzia valida solo per i Soggetti A e Soggetti B .

Art. 31 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato avesse, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 42 "*Rischio volo*" ;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- g) da guerra e insurrezioni;
- h) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- i) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- j) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- k) dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertate in base alle normative vigenti.

Art. 32 Esonero denuncia di infermità

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

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dall'art. 41 *"Criteri di indennizzabilità"*.

Art. 33 Esonero denuncia altre assicurazioni

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

Art. 34 Rinuncia alla rivalsa

La Società espressamente rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 35 Persone non assicurabili

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

Si intendono comunque assicurati i Soggetti affetti dalle seguenti patologie:

Patologie psichiatriche:

- Disturbi mentali come da assi 1, 2, 3 del DSM-IV
- Attention Deficit Hyperactive Disorder
- Infermità mentali
- Disturbi schizofrenici
- Disturbi paranoici
- Disturbi affettivi
- Autismo
- Patologie neurologiche
- Patologie neuromotorie
- Paralisi cerebrale infantile
- Malattie degenerative del sistema nervoso adulto; Patologie dismetaboliche e disgenetiche; Miopatie e polineuropatie.
- Mielopatie
- Epilessia non in fase attiva

Si intendono inoltre assicurati i soggetti affetti da:

- Trisomia 21
- Patologie osteoarticolari
- Disturbi sensoriali.

Art. 36 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

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

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

Art. 37 Infortuni determinati da calamità naturali

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

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

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

Art. 38 Evento con pluralità di infortuni

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

Art. 39 Validità territoriale

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

Art. 40 Limite di età

Fermi restando i limiti dettati dai Regolamenti Federali del Contraente, l'assicurazione viene prestata senza limiti di età.

Art. 41 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche preesistenti all'infortunio stesso; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. In caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo Art. 43 lett. c) *lesioni*, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al comma 1 del presente articolo, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (organizzata o autorizzata dal Contraente o a cui partecipi l'Ente affiliato o aggregato per il quale il soggetto assicurato risulti tesserato) inserita nei calendari ufficiali (per ciò intendendosi che le iscrizioni alla manifestazione siano gestite attraverso sistemi e/o con i criteri dettati dai Regolamenti del contraente) ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa, la prestazione assicurativa è dovuta anche se il decesso sia una conseguenza indiretta dell'infortunio.

Art. 42 Rischio volo

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

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

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi per aeromobile:

Euro 5.200.000,00 per il caso morte;

Euro 5.200.000,00 per il caso invalidità permanente;

Euro 5.200,00 per il caso inabilità temporanea.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti. La garanzia inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Art. 43 Prestazioni***a) Morte***

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

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

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

b) Morte presunta

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

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile, e non oltre i successivi 3 mesi.

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

c) Lesioni

La Società corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

- per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella tabella lesioni Allegato A del Decreto del 03 novembre 2010 emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 296 del 20 novembre 2010, alla quale verrà applicato il massimale di riferimento;
- per tutti gli Assicurati Paralimpici saranno operanti le prestazioni nella tabella lesioni all'Allegato A/ Tabella B di cui al Decreto del 06 ottobre 2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 28 del 03 febbraio 2012, al netto della franchigia prevista dal presente contratto.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti fermo quanto previsto dall'art. 32.

Precisazioni:

- Per “frattura” s’intende una soluzione di continuo dell’osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna;
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura;
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell’indennizzo;
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all’assicurato);
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una 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 le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro;
- I casi assicurati relativi alle “amputazioni” si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell’indennizzo;
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un’articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna;
- Qualora la lesione riportata dall’assicurato produca allo stesso, nell’arco dei 60 giorni dall’evento, tetraplegia o paraplegia, l’indennizzo previsto per la lesione sarà il quadruplo di quanto indicato nella relativa tabella di riferimento fino alla concorrenza di Euro 500.000,00;
- Per i casi di lesioni legamentose l’indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell’evento stesso, eccetto per casi di cartilagini di accrescimento ancora aperte”, certificate, per le quali l’intervento chirurgico deve obbligatoriamente essere posticipato;
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l’accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica;
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall’evento che ne abbia determinato la causa, l’assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di “Frattura dell’osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa”;
- In presenza di frattura cranica l’indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni. L’indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica;
- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovra riscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale. Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata; in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Art. 44 Condizioni particolari

Ad integrazione e deroga di quanto previsto dall' art. 43) si prende atto che:

➤ *Categoria Tesserati ed Atleti Accademie Federali*

Indennizzo forfettario per frattura ossa facciali – in caso di frattura delle ossa facciali, accertata radiologicamente presso il Pronto Soccorso Pubblico, la Compagnia liquida all'Assicurato l'importo forfettario di Euro 200,00 da intendersi per sinistro e per anno assicurativo. Sono in ogni caso escluse le fratture delle ossa nasali e le relative infrazioni.

➤ *Categoria Arbitri*

In caso di trauma che comporti in maniera specifica la rottura o la lacerazione del tessuto muscolare rilevabile mediante ecografia, la Società corrisponde a titolo di indennizzo forfettario l'importo di Euro 500,00 per persona, per evento e per anno assicurativo.

Art. 45 Invalidità permanente – franchigia assoluta

Si applicano le franchigie previste nelle singole sezioni di soggetti assicurati, ovvero:

- Per la **Categoria tesserati** sul capitale assicurato di Euro 80.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti dall'art. 43 c) non supera il 10%. Sulla parte eccedente e fino alla concorrenza del capitale assicurato di Euro 130.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente non supera il 15%.
- Per la **Categoria Arbitri** sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri dell'art. 43 c) non super il 5%. Qualora il grado di invalidità risulti superiore al 5%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.
- Per la **Categoria Atleti Accademie federali** sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri dell'art. 43 c) non superi il 10%. Qualora il grado di invalidità risulti superiore al 10%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.

Art. 46 Controversie sulla natura degli infortuni

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

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

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

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

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

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

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

Art. 47 Pagamento dell'indennità

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

Art. 48 Estensioni speciali Perdita dell'anno scolastico

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

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

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

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

Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 31 lett. g) del presente contratto, l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

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

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 5.000,00.

Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 5.000,00.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente art. 43 lett. c) del presente contratto, per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente art. 43 lett. c) del presente contratto, a seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente art. 43 lett. c) del presente contratto, a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Danno estetico

Al soggetto assicurato che non abbia compiuto il 14° anno di età alla data dell'infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito.

Art. 49 Diaria da ricovero

In caso di ricovero in istituto di cura, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma assicurata per "diaria da ricovero" per ogni giorno di degenza, come segue:

- *Tesserati* – l'indennizzo viene corrisposto fino al massimo di 180 gg.;
- *Arbitri federali* – l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dall'8° giorno di ricovero e per una durata massima di 120 (centoventi) giorni;
- *Atleti Accademie federali* – l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dal 13° giorno di ricovero e per una durata massima di 120 (centoventi) giorni.

Il primo giorno di ricovero ed il giorno di dimissione saranno considerati come unico giorno.

In caso di Day Hospital la diaria da ricovero è riconosciuta in misura pari al 50% del valore assicurato.

Art.50 Diaria da gesso

In caso di applicazione di gesso e/o di tutore immobilizzante equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air cast, stecca zimmer, etc..) e/o di forzata completa immobilità, limitatamente ai casi di frattura vertebrale anche senza ricovero, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà somma assicurata per ogni giorno di applicazione fino alla rimozione e/o al cessare della forzata completa immobilità.

L'indennità per la diaria da gesso si intende valida solo per i Soggetti A e B e viene corrisposta dall'ottavo giorno di applicazione e per una durata massima di 120 (centoventi) giorni.

Art. 51 Rimborso Spese di cura a seguito di infortunio – Garanzia operativa per i Soggetti A e B

Entro il limite della somma assicurata a questo titolo, la società rimborsa le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio che comporti intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air- cast, stecca zimmer, etc.) per:

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

Inoltre l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, per:

- a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici
- b) e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- c) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
- d) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
- e) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- f) Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista. Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori.

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

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di:

- Categoria **Arbitri** - Franchigia fissa Euro 500,00. Pertanto le spese di cura superiori ad Euro 500,00, vengono liquidate solo per la parte eccedente tale importo;
- Categoria **Atleti Accademie** – Franchigia fissa Euro 500,00. Pertanto le spese di cura superiori ad Euro 500,00, vengono liquidate solo per la parte eccedente tale importo.

La franchigia non viene applicata nel caso in cui le spese complessivamente sostenute eccedano Euro 8.000,00. La franchigia non viene, altresì, applicata in caso di ricovero superiore a 5 (cinque) giorni consecutivi.

Relativamente alle cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 2.000,00 per anno e per persona ed un massimo di Euro 50,00 per singola prestazione.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate. I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificati in originale, in Italia ed in Euro.

Art. 52 Denuncia degli infortuni

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

Darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Compagnia legittimo impedimento alla trattazione del sinistro. La denuncia deve essere corredata dal certificato medico contenente la diagnosi (ancorché presunta).

- a) In caso di sinistro occorso in allenamento anche individuale previsto, disposto ed autorizzato o controllato dal Contraente, anche per i tramite dei suoi organismi periferici e/o dagli Enti affiliati o aggregati al Contraente, ai fini dell'ammissione del sinistro all'indennizzo, la denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'Ente per il quale l'assicurato è tesserato, che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione stessa;
- b) Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- c) Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento medico e non;
- d) Consentire in ogni caso alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa Società e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

Art. 53 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art.54 Trattamento dei dati

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 e s.m.i, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

La Società agisce quindi in qualità di “autonomo titolare” del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell’Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali.

Art. 55 Sanction Limitation and Exclusion Clause - Clausola di limitazione ed esclusione di attività soggette a Sanzioni

La Società, in qualità di assicuratore e/o riassicuratore, non sarà tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica Italiana , dell’Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati uniti d’America.

Art. 56 Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. 136/2010

La Società assicuratrice, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 Agosto 2010 n. 136 e s.m.i.

I soggetti incaricati sono obbligati a comunicare alla Contraente gli estremi identificativi dei conti correnti bancari e/o postali dedicati, anche se non in via esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità ed al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire, salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata, tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati alla FISR.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall’art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell’art. 1456 cc e dell’art. 3, comma 8 della Legge.

Art. 57 Atleti Paralimpici Modalità di indennizzo

L'indennizzo previsto per ciascuna lesione, indicata nella seguente tabella, si calcola sulla base delle percentuali del capitale previsto in caso di morte (ad esempio 80.000 euro). Sulla base della tipologia di atleta l'indennizzo viene modificato rispetto ai normodotati prendendo in considerazione sia la condizione (danno e/o menomazione e/o patologia) determinante la disabilità sia le funzioni fisiologicamente intatte, utilizzando i seguenti coefficienti che "scalano" l'indennizzo sulla base del significato sportivo della struttura/funzione danneggiata. Il primo aspetto da prendere in considerazione è valutare se il danno da indennizzare riguarda una parte precedentemente funzionante o no. Qualora la lesione influisca sulla condizione determinante la disabilità dell'atleta e sulla sua funzionalità nelle comuni attività della vita quotidiana (ad esempio muoversi) e nello specifico sport praticato si applicano i seguenti coefficienti moltiplicativi sulla percentuale di indennizzo che prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce nella vita di relazione e nel contesto specifico in cui l'atleta gareggia.

I disabili fisici¹, che nei contesti sportivi al di là della peculiarità della condizione disabilitante sono accorpate insieme, per scalare lo specifico livello di lesione vengono classificati sulla base della funzionalità motoria (forza muscolare e/o ambito di movimento articolare in condizioni statiche e dinamiche) in 10 gruppi, dai più gravi ai meno gravi secondo la classificazione del nuoto. Nella classe 1 sono presenti gli atleti con minore funzionalità, nella classe 10 gli atleti con maggiore funzionalità. Nel caso in cui la lesione riguardi una parte del corpo che precedentemente non funzionava nella modalità tipica di un normodotato (ad esempio frattura di femore in un atleta paraplegico) si applicano direttamente gli indennizzi di seguito elencati aggiungendo una quota maggiorata del 5% negli atleti del Club Paralimpico. Nel caso in cui il danno riguardi una parte prima funzionante si dovrà utilizzare la classificazione citata con il rationale che in primo luogo quella lesione potrebbe incidere sulla vita di relazione del soggetto (attività della vita quotidiana) ed in secondo luogo che più grave è la disabilità, maggiore il danno relativo su quella funzione e quindi maggiore l'indennizzo. Il valore dell'indennizzo indicato in tabella verrà maggiorato in funzione inversa alla classificazione con un coefficiente oscillante dal 15% (classe 1) al 6% (classe 10) in tutti gli atleti tesserati e dal 25% al 16% negli atleti del Club Paralimpico. Il valore dell'indennizzo così ottenuto è ulteriormente aumentato sulla base dell'impatto della lesione in una funzione specifica dello sport in cui l'atleta gareggia². Il coefficiente moltiplicativo verrà basato sulla classe sportiva dello specifico sport praticato dall'atleta. Tale suddivisione in classi è reperibile sia sul sito del Comitato Paralimpico Internazionale (www.paralympic.org) che sul sito del Comitato Italiano Paralimpico (www.comitatoparalimpico.it). Ogni atleta per gareggiare deve essere preventivamente classificato. La classificazione è specifica per ogni sport. Tale indennizzo prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce sul livello e sulla condizione determinante la disabilità dell'atleta e sulla sua prestazione nello specifico sport praticato. I punteggi delle classi vengono ribaltati (il più grave è infatti quello con lesione più bassa) e moltiplicati come percentuali da aggiungere al valore di indennizzo³. Anche tale valore viene raddoppiato nel caso di atleti del Club Paralimpico.

Per i disabili visivi⁴, nel caso di danni non relativi al sistema visivo, l'indennizzo sarà maggiore rispetto ai normodotati in funzione del livello di danno visivo. L'indennizzo sarà maggiorato del 50% negli ipovedenti con minore danno (B3), del 75% nel caso del gruppo classificato come B2 e del 100% (cioè indennizzo doppio rispetto ai normodotati) nei non vedenti completi (B1). Negli atleti del Club Paralimpico l'indennizzo verrà ulteriormente ampliato del 50% indipendentemente dalla classe. Tale maggiorazione rispetto agli atleti normodotati è, come per i disabili fisici, giustificata dal fatto che la lesione da indennizzare può avere effetti sia nella vita di relazione sia nella prestazione della specifica attività sportiva praticata. Sulla base di ciascuno di questi parametri l'indennizzo potrà essere soggetto a modificazioni. Il rationale citato si applica anche alle seguenti tipologie di atleti disabili. Per il danno riguardante il residuo funzionale visivo l'indennizzo dovrà essere commisurato alla capacità successiva del soggetto di poter partecipare ad eventi sportivi. Qualora ciò diventasse impossibile l'indennizzo dovrà essere dell'ordine del 50% del capitale assicurato (caso morte) in tutti gli atleti tesserati e del 75% nei paralimpici.

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

Per i disabili uditivi⁵ gli indennizzi indicati di seguito saranno maggiorati del 10% rispetto a quelli in tabella nel caso di danno fisico e pari al doppio dei normodotati in caso di danno neurosensoriale non relativo alla funzione uditiva. Nel caso di danno della funzione uditiva le stesse condizioni previste per i disabili visivi verranno applicate.

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

² Ad esempio nella pallacanestro su sedia a ruote gli atleti sono suddivisi in classi con punteggi da 1, i più gravi, a 4,5, i meno gravi.

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

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

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

SEZIONE SOMME ASSICURATE INFORTUNI

TESSERATI		
Caso morte	€	80.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	130.000,00
Diaria da Ricovero	€	25,00
SOGGETTI A – ARBITRI		
Caso morte	€	130.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	130.000,00
Diaria da ricovero	€	50,00
Diaria da gesso	€	50,00
Rimborso spese mediche	€	10.000,00
SOGGETTI B – ATLETI ACCADEMIE FEDERALI		
ATLETI PERCORSO ELITE		
<u><i>Infortunati occorsi durante l'attività sportiva Federale</i></u>		
Caso Morte	€	80.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	150.000,00
Diaria da ricovero	€	25,00
Diaria da gesso	€	25,00
Rimborso Spese Mediche	€	15.000,00
<u><i>Infortunati occorsi al di fuori dell'attività sportiva Federale</i></u>		
Caso Morte	€	50.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	150.000,00
Diaria da ricovero	€	25,00
ATLETI PERCORSO TERRITORIALE		
<u><i>Infortunati occorsi durante l'attività sportiva federale</i></u>		
Caso Morte	€	80.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	150.000,00
Diaria da ricovero	€	25,00
Diaria da gesso	€	25,00
Rimborso Spese Mediche	€	15.000,00