

CONDIZIONI GENERALI

CIG. 9161122D05

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI
POLIZZA N.**

501988121 Atleti Agonisti >13 anni

501988127 Atleti non Agonisti <=13 anni

501988123 Allenatori- Massaggiatori -Ufficiali di

gara - Componenti comitati periferici

STIPULATA TRA

Il Contraente: FIPAV e

la Società: ALLIANZ S.P.A.

Decorrenza 30.06.2024 Scadenza 30.06.2025

Allianz S.p.A.

Sede Legale Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - Telefono +39 02 7216.1 - Fax +39 02 2216.5000 -
allianz.spa@pec.allianz.it - www.allianz.it - Direzione Generale e uffici Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - Largo
Ugo Inzeri 1, 34123 Trieste - C.F. e Registro Imprese di Milano n. 05032630963 - Rappresentante del Gruppo
IVA Allianz con P.IVA n. 01333250320 - Capitale Sociale euro 403.000.000 i.v. - Albo Imprese di Assicurazione
n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi Assicurativi n. 018 - Società con unico socio
soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco

- CONDIZIONI GENERALI DELLA COPERTURA INFORTUNI E RIMBORSO SPESE MEDICHE

1. 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, ricreativa e culturale organizzata sotto l'egida della Federazione Italiana Pallavolo, purché oggettivamente riscontrabile e comunque confermata con apposita dichiarazione del legale rappresentante e/o del responsabile dell'attività in calce alla denuncia, ivi compresi gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale. L'operatività della copertura è subordinata all'avvenuta presentazione, ove richiesto all'atto del tesseramento, del certificato di idoneità sportiva.

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente e delle Società affiliate, e pi` precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio della Contraente e/o delle Società affiliate, nonché dei rischi connessi all'espletamento del mandato sportivo dei soggetti assicurati, anche in occasione di gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della FIPAV.

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente e delle Società affiliate, e pi` precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio della Contraente e/o delle Società affiliate, nonché dei rischi connessi all'espletamento del mandato sportivo dei soggetti assicurati, anche in occasione di gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della FIPAV.

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

- a) nel caso di attività da svolgersi nella sede di residenza, il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro (se lavoratore dipendente) sino al luogo di gara in sede e/o allenamento, e/o viceversa, con il percorso pi` breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività sportiva e comunque entro 2 (due) ore dall'inizio o termine della gara od entro 1 (una) ora dall'inizio o termine allenamento, salvo comprovati e documentati impedimenti;
- b) durante le trasferte per gare e/o ritiri e allenamenti fuori sede, il tempo necessario per raggiungere il campo di gara o di ritiro. Per l'identificazione delle persone danneggiate faranno fede i referti della Contraente e, in subordine, le convocazioni societarie. In tal caso la denuncia di sinistro dovrà riportare la firma del Dirigente accompagnatore indicato nel predetto referto o convocazione. In questo caso la garanzia esplicherà il proprio effetto anche per il tragitto da casa o luogo di lavoro (se trattasi di lavoratore

dipendente) sino al punto di raduno e viceversa entro i limiti previsti dal precedente punto a);

c) il rischio in itinere sarà operante sempreché alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro.

2. Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
3. gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
4. l'annegamento;
5. l'assideramento e/o il congelamento;
6. colpi di sole e/o di calore;
7. gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
8. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze gravi;
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.

3. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 13 - Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- 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.);

4. Esonero denuncia di infermità

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

5. Esonero denuncia altre assicurazioni

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

6. Persone non assicurabili

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

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

7. Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

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

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

8. Infortuni determinati da calamita naturali

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

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.

9. Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca pi` persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 6.000.000,00.

10. Validità territoriale

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

11. Limite di età

La copertura è prestata senza limiti di età.

12. Criteri di indennizzabilità

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

In caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo punto 14 lett. c) Invalidità permanente, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (indetta dalla FIPAV o a cui partecipi la Società Sportiva previa approvazione della Federazione stessa per la quale il soggetto assicurato risulti tesserato) iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa, la prestazione assicurativa } dovuta anche se il decesso sia una conseguenza indiretta dell'infortunio.

13. 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 al giorno 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.

14. Prestazioni

a) Morte

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

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

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

b) Morte presunta

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

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

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

c) Invalidità permanente

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di assicurazione sportiva dilettantistica:

- per i tutti gli Assicurati saranno operanti gli indennizzi previsti nella tabella allegata al decreto ministeriale 03.11.2010 "Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti", pubblicato sulla GU n. 296 del 20.12.2010

con la seguente miglioria: con riferimento agli indennizzi previsti dalla suddetta tabella "solo se le relative lesioni siano trattate chirurgicamente", gli stessi saranno riconosciuti, in caso di esiti permanentemente invalidanti, anche in assenza di intervento chirurgico. Sono fatte salve le franchigie stabilite nelle condizioni generali e particolari di assicurazione.

- Resta convenuto che in caso di mancato versamento del premio l'assicuratore è obbligato ad erogare la prestazione assicurativa a favore dell'assicurato, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti del soggetto obbligato.
- 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. 12.

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 natura non traumatica.
- 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 nè una duplicazione nè 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 pari al 100% del massimale.
- 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 sovrarisaldati) 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.

15. Controversie sulla natura degli infortuni

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

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

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

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

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

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

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

16. Anticipo indennizzo

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

17. Franchigia assoluta

Salve le diverse indicazioni contenute nelle allegare Schede di polizza, sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente non supera l'8%, ovvero la minore percentuale eventualmente offerta dalla Compagnia in sede di gara. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 8%, ovvero alla minore percentuale eventualmente offerta dalla Compagnia in sede di gara, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

18. Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

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

19. Pagamento dell'indennità

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

20. Estensioni speciali Perdita dell'anno scolastico

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

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

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, sarà aumentata del 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. 3 lettera g) della presente sezione, l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle

ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

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

Rimpatrio salma

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

Rientro sanitario

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

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 14 lett c) della presente sezione, 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. 14 lett c) della presente sezione, 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. 14 lett c) della presente sezione, 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 sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito.

21. Denuncia degli infortuni

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

a) Darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile. La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato

medico (certificato di Pronto Soccorso o certificato medico specialistico redatto entro le 72 ore dal sinistro) e 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;

- 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 Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

22. Rinuncia al diritto di surrogazione

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

23. Rimborso Spese Mediche

Fermo restando quanto previsto dal precedente art. 14 } riconosciuto, al solo verificarsi dell'infortunio ed indipendentemente dal verificarsi o meno di un postumo invalidante, il rimborso delle spese mediche sostenute dall'assicurato entro il limite della somma assicurata a questo titolo indicata nelle rispettive condizioni particolari (vedi appendici di polizza), relativamente a: spese sostenute connesse ad intervento chirurgico anche in day hospital/ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.) per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- b) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono
- c) spese per il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura con autoambulanza
- d) spese per medicinali prescritti dal medico curante,
- e) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, pre e post ricovero;

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

La Società effettua il rimborso delle spese sostenute agli eventi diritto, a cura ultimata, previa presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in euro.

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

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con il limite annuo e lo scoperto indicato nella rispettiva appendice di polizza allegata.

Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite annuo e lo scoperto indicato nella rispettiva appendice di polizza.

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.

24. Condizioni particolari

Nelle diverse appendici di polizza sono indicate le coperture specifiche, integrative delle presenti condizioni generali, riferite alle diverse categorie di soggetti assicurati.

CONDIZIONI PARTICOLARI INFORTUNI E RIMBORSO SPESE MEDICHE

1.1 ATLETI INDOOR - BEACH VOLLEY - SITTING VOLLEY - SNOW VOLLEY E VOLLEY S3 - ADERENTI - ALLENATORI - UFFICIALI DI GARA - MASSAGGIATORI - COMPONENTI COMITATI PERIFERICI

attività agonistica atleti indoor e beach attività agonistica (>13 anni)	130.000 assicurati
attività non agonistica atleti indoor e beach attività agonistica (<=13 anni)	150.000 assicurati
Ulteriori categorie (allenatori-ufficiali di gara – massaggiatori - Componenti comitati periferici)	26.000 assicurati

MORTE E INVALIDITA PERMANENTE

MORTE 100.000 Euro

I.P. : 100.000 Euro - Franchigia 8%

RIMBORSO SPESE MEDICHE INFORTUNIO

Massimale 1.000,00 Euro

Limite di 500,00 euro per fisioterapia

FRANCHIGIA E SCOPERTO - Scoperto 10% minimo 250,00 euro



Par.1.1- CONDIZIONI PARTICOLARI INFORTUNI E RIMBORSO SPESE MEDICHE

1.1 ATLETI INDOOR BEACH SITTING VOLLEY E MINIVOLLEY – ADERENTI - ALLENATORI - UFFICIALI DI GARA - MASSAGGIATORI - COMPONENTI COMITATI TERRITORIALI	
CATEGORIE <ul style="list-style-type: none">attività agonistica atleti indoor e beach attività agonistica (>13 anni)attività non agonistica atleti indoor e beach (<=13 anni)Ulteriori categorie allenatori - ufficiali di gara - massaggiatori - componenti territoriali	NUMERI : 306.000, di cui: 130.000 150.000 26.000
MORTE E INVALIDITA PERMANENTE <ul style="list-style-type: none">MORTE 100.000 €I.P. : 100.000 €	FRANCHIGIA Franchigia 8% per tutti i distretti anatomici
RIMBORSO SPESE MEDICHE INFORTUNIO Massimale 1.000,00 € Limite di 500 € per fisioterapia	FRANCHIGIA E SCOPERTO Scoperto 10% minimo 250,00 €
CONDIZIONI INDENNIZZABILITA RSM SINISTRO	
Al solo verificarsi dell'infornuto ed indipendentemente dal verificarsi o meno di un postumo invalidante, il rimborso delle spese mediche sostenute dall'assicurato entro il limite della somma assicurata a questo titolo indicata nelle rispettive condizioni particolari, relativamente a spese sostenute connesse ad: <ul style="list-style-type: none">intervento chirurgico anche in day hospital/ambulatoriale,e/o applicazione di gessoe/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.)	