



CAPITOLATO DI GARA

CONVENZIONE ASSICURATIVA MULTIRISCHI DEI SOGGETTI ED ATTIVITÀ FEDERALI COMPRENDENTE COPERTURE INFORTUNI, SANITARIA ATLETI NAZIONALI, RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETÀ AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI, GLOBALE FABBRICATI, ALL RISK - IMPIANTI E APPARECCHIATURE ELETTRONICHE, TUTELA LEGALE, RESPONSABILITÀ CIVILE DEGLI AMMINISTRATORI E DIPENDENTI, INFORTUNI DIPENDENTI E DIRIGENTE; KASKO CATEGORIE DIVERSE, SANITARIA CONSIGLIERI FEDERALI E DIPENDENTI, POLIZZA ACCANTONAMENTO FINE MANDATO - CIG: 9161122D05

SOMMARIO

SOMMARIO.....	2
Titolo I.....	3
Generalità	3
Par.1 - PREMESSA	3
Par.2 – DEFINIZIONI.....	4
Par.3 – NORME COMUNI	5
Par.4 - GESTIONE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO	8
Titolo II.....	10
Par.1 - CONDIZIONI GENERALI DELLA COPERTURA INFORTUNI E RIMBORSO SPESE MEDICHE.	10
Par.1.1 - CONDIZIONI PARTICOLARI INFORTUNI E RIMBORSO SPESE MEDICHE - APPENDICI DI POLIZZA.....	18
Par.2 – CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE SANITARIA	28
Par.3 - CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI.....	35
Par.4 – CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DELLA POLIZZA GLOBALE FABBRICATI	42
Par. 5 - CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DELLA POLIZZA IMPIANTI E APPARECCHIATURE ELETTRONICHE	46
Par. 6 – TUTELA LEGALE	51
Par.7 – RESPONSABILITÀ AMMINISTRATORI	54
Par. 7.1 - RESPONSABILITÀ CIVILE DIPENDENTI	57
Par.8 – CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE AUTO RISCHI DIVERSI.....	61
Par. 9 - ASSICURAZIONE MISTA RIVALUTABILE A PREMIO UNICO RICORRENTE PER L'INVESTIMENTO DELL'ACCANTONAMENTO DEL TRATTAMENTO DI FINE COLLABORAZIONE LEGALE RAPPRESENTANTE.....	65
Par. 10 – DIRITTI E BENEFITS OGGETTO DEL RAPPORTO DI SPONSORIZZAZIONE DI CUI AL PUNTO 19.1 (CRITERIO C.2) DEL DISCIPLINARE DI GARA	65

TITOLO I

GENERALITÀ

Par.1 - PREMESSA

La Federazione Italiana Pallavolo è una Federazione Sportiva Nazionale riconosciuta dal CONI.

Essa vanta distribuzione capillare sul territorio e numeri elevati di tesserati ed affiliati.

Allo scopo si forniscono alcuni dati utili per la valutazione dei rischi assicurati, dati da considerarsi comunque assolutamente indicativi, suscettibili di variazione, e la cui eventuale mancata rispondenza alla realtà non potrà in alcun modo essere imputata alla FIPAV, o costituire oggetto di inadempienza.

Nel complesso annovera circa 360.000 iscritti, tra atleti indoor, beach volley e sitting volley, presidenti dirigenti e componenti dei direttivi societari e figure tecniche come allenatori, ufficiali di gara e massaggiatori etc..

Le Società Sportive affiliate alla FIPAV sono circa 4.200, distribuite su tutto il territorio nazionale.

La FIPAV gestisce l'attività delle squadre Nazionali azzurre: le 2 Nazionali Seniores (M/F), le 2 Nazionali Juniores (M/F) e le 2 rappresentative Pre-Juniores, 1Club Italia (M), 2 Nazionali Allievi (M/F), 1 nazionale U23 Maschile, 1 nazionale U22 Femminile, le nazionali di Beach Volley (M/F) e le 2 Nazionali di Sitting Volley (M/F). Queste squadre giocano mediamente, nel giro di una stagione, 80/90 partite complessivamente e sono composte ognuna, salvo quelle di beach volley, di un numero di giocatori che varia dai 12 ai 18. Nel Beach Volley ogni squadra è composta da 2 giocatori.

L'attività delle squadre nazionali è di norma concentrata nel periodo tra il 1 aprile ed il 30 ottobre di ciascun anno, ed oltre all'attività agonistica ed i raduni collegiali, comprende anche un programma di preparazione atletica stilato per ogni singolo atleta che viene svolto individualmente dallo stesso, al di fuori del programma di preparazione collegiale e nei luoghi ed i tempi prescelti dall'atleta stesso.

L'attività è gestita attraverso gli uffici federali di Roma, oltreché attraverso i propri organi periferici, 86 tra Comitati Regionali e Territoriali, dislocati sull'intero territorio nazionale

L'organico della FIPAV si compone di: un Consiglio Federale di 15 membri (1 Presidente, 2 Vicepresidenti, 12 Consiglieri) 1 Segretario Generale, un Collegio dei Revisori dei Conti di 3 membri, per un totale di 19 componenti. Figurano inoltre 86 Presidenti degli Organi periferici e circa 900 componenti degli Organi stessi.

Ai fini delle analisi preliminari occorrenti per l'eventuale richiesta di partecipazione alla presente gara, si forniscono i dati di sinistrosità resi disponibili dalla Compagnia attualmente titolare delle coperture

L'assicurazione contro gli infortuni deve essere prestata nel rispetto del decreto del 3 novembre 2010 della Presidenza del consiglio dei ministri titolato "Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale N. 296 del 20 Dicembre 2010, le cui disposizioni prevalgono su ogni altra previsione contrattuale, salvo che la stessa non risulti oggettivamente migliorativa di quanto previsto dal citato decreto.

Le richiamate disposizioni normative e quelle contenute nel presente capitolo ed in tutti gli atti di gara prevalgono su ogni diversa previsione eventualmente inserita nelle polizze.

Par.2 – DEFINIZIONI

Ai fini della presente gara e delle coperture assicurative che saranno aggiudicate in esito alla stessa, si definiscono, se non derogati nei successivi paragrafi concernenti le diverse coperture assicurative:

Assicurato:	la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa
Società:	Compagnia Assicuratrice
Società affiliata:	Società aderente alla Contraente
Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Premio:	la somma dovuta dalla Contraente alla Società
Tesserato:	ogni singolo soggetto a qualunque titolo iscritto o aderente alla Contraente
Contraente:	la FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO (FIPAV) di seguito denominata "Federazione"
Beneficiari:	l'assicurato stesso. 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, l'Assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo.
Massimale:	è l'importo massimo della prestazione della 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 a 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 nell'esercizio e nello svolgimento dell'attività sportiva agonistica, non agonistica, amatoriale, ludica o comunque prevista dal presente capitolato, e che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza la morte, l'invalidità permanente o un'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
Ricovero:	permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento
Assistenza infermieristica:	l'assistenza prestata da personale munito di specifico diploma
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
Day Hospital:	struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica

Par.3 – NORME COMUNI

1. Durata e decorrenza della convenzione

La Convenzione assicurativa viene stipulata per la durata di anni 2, con inizio dalle ore 24.00 del 30 Giugno 2022 e termine alle ore 24.00 del 30 Giugno 2024, salvo la possibilità di rescindibilità alla scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di almeno 90 giorni. Il contratto può essere rinnovato, alle medesime condizioni, per una durata pari a un ulteriore anno, per un importo pari al corrispettivo di aggiudicazione, su base annuale, al netto di Iva e/o di altre imposte e contributi di legge, oneri per la sicurezza dovuti a rischi da interferenze inclusi. L'esercizio di tale facoltà è comunicato all'appaltatore, mediante lo strumento della messaggistica della RDO on line, almeno sei prima della scadenza del contratto. In caso di rinnovo l'affidatario si impegna ad adeguare ed estendere la durata della garanzia definitiva pena la risoluzione del contratto.

La durata del contratto in corso di esecuzione potrà essere modificata per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione del nuovo contraente.

Resta convenuto che, in vigenza della presente Convenzione, ove venga stabilito normativamente un obbligo di adesione a diverse condizioni assicurative ovvero a diverso Ente Assicuratore, la presente convenzione si intenderà risolta di diritto dalla data stabilita normativamente ovvero entro la prima scadenza successiva alla data del decreto stesso.

2. Obblighi della Federazione

La Federazione 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 in ogni caso la Società la facoltà di recedere dall'accordo.

3. Foro competente - clausola arbitrale

La decisione di ogni controversia che dovesse insorgere in relazione a validità, interpretazione, esecuzione e/o scioglimento della presente Convenzione sarà rimessa ad un Collegio arbitrale composto da tre arbitri, dei quali uno nominato da ciascuna delle parti e il terzo di comune accordo dai primi due.

La Parte che intenda promuovere l'arbitrato notificherà all'altra, nei modi previsti dalla legge, atto di nomina del proprio arbitro. L'altra parte, entro 20 giorni dal ricevimento della predetta notifica, a sua volta notificherà, nei modi previsti dalla legge, atto di nomina dell'arbitro da lei designato. I due arbitri così nominati dalle parti designeranno, entro 20 giorni dalla notifica dell'atto di nomina del secondo arbitro, il terzo che presiederà il Collegio.

Ove, nei predetti termini, le parti non provvedano alla nomina del proprio arbitro ovvero i due arbitri nominati dalle parti non si accordino per la designazione del terzo, provvederà, su istanza della parte più diligente, il presidente del Tribunale di Roma.

Salvo quanto espressamente previsto dagli artt. 806 e seguenti c.p.c., competrà agli arbitri regolare la procedura arbitrale nel modo che sarà dagli stessi ritenuto più opportuno in relazione alla natura della controversia, ma sempre nel rigoroso rispetto del principio del contraddittorio, e disporre in ordine alle spese.

Il Collegio, che avrà Sede in Roma, deciderà in via rituale e secondo diritto e dovrà pronunciare il lodo entro il termine di giorni 90 (novanta) dalla accettazione salvo proroga del termine.

Salvo quanto sopra convenuto, per le controversie non deferibili ad arbitri è competente in via esclusiva il foro di Roma.

4. Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti soggetti assicurati anche in caso di partecipazione, a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali FIPAV abbia ufficialmente aderito.

5. Assicurazioni per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata anche 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.

La Contraente non assume a proprio carico le franchigie stabilite per le diverse coperture assicurative, le quali restano a carico degli assicurati, beneficiari dell'indennizzo.

6. Variazione del rischio

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Assicuratore. Le variazioni che devono essere comunicate concernono mutamenti interni all'organizzazione dell'Amministrazione contraente, (si pensi a mero titolo di esempio alla variazione significativa del numero dei dipendenti, all'adozione di strumenti di riduzione del rischio, alle delibere dell'Amministrazione contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte).

L'Amministrazione contraente non è tenuta a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

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

7. Diminuzione del rischio

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

8. Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio

I premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto indicato nel modulo di offerta;

Il premio complessivo annuo dovuto all'assicurazione è dato al prodotto tra il premio unitario per il numero di soggetti assicurati.

In sede di regolazione premio verrà effettuato il conguaglio sulla base degli effettivi assicurati.

Entro la data del 30 settembre di ciascun anno la Contraente fornirà su richiesta della Società l'elenco riportante il numero degli Assicurati (iscritti) suddivisi per categoria riferito all'anno assicurativo decorso, affinchè la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

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

9. Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il premio complessivo annuo sarà pagato, ove non diversamente previsto in relazione a specifiche tipologie di polizza, in quattro rate oltre alla regolazione premio, così suddivise:

Scadenza	Importo
30 giugno	1/4 del premio annuale
30 settembre	1/4 del premio annuale
31 dicembre	1/4 del premio annuale
30 marzo	1/4 del premio annuale

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento delle rate di premio.

In deroga a quanto stabilito al comma precedente, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 30 Giugno 2022, anche se la prima rata di premio non è stata pagata.

Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 90 giorni.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento dell'esistenza del titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 10 "Titoli che danno diritto all'assicurazione" della presente Sezione, e scadrà alle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza del titolo stesso.

Relativamente alla copertura assicurativa inherente le prestazioni assicurative previste ex decreto ministeriale del 03.11.2010 "Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti", pubblicato sulla GU n. 296 del 20.12.2010, resta convenuto che in caso di mancato versamento del premio l'assicuratore è obbligato ad erogare la prestazione assicurativa a favore dell'assicurato, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti del soggetto obbligato.

Per quanto attiene tutte le altre coperture oggetto della presente convenzione trascorso il termine di 90 giorni, senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

10. Titoli che danno diritto all'assicurazione

I titoli che costituiscono diritto senza distinzione di attività praticata, rientrante comunque negli scopi della Contraente, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, alle garanzie assicurative sono:

il tesseramento sulla base della normativa federale, come risultante dal sistema informatico federale (esempi: atleti, dirigenti, ufficiali di gara, allenatori, etc.)

modulo di convocazione (esempio: atleti e staff squadre nazionali, atleti rappresentative e selezioni, etc.) o forma equipollente (es. e mail, sms, etc.)

la delibera e/o nomina di incarico (esempio: componenti del consiglio federale, presidenti e componenti dei comitati periferici, staff squadre nazionali, etc.)

11. Denuncia dei sinistri

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

12. Modifiche dell'Assicurazione

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

13. Rinvio alle norme di legge

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

14. Interpretazione del Contratto

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

15. Foro competente

Per ogni controversia inherente questo contratto foro competente sarà quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

16. Dichiarazioni della Società

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

17. Interpretazione del contratto

Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle Norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e favorevole al Contraente / Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Par.4 - GESTIONE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

La Federazione Italiana Pallavolo valorizza il merito tecnico – qualità nella gestione dei servizi, in base alla disponibilità dei concorrenti a garantire, o meno, le seguenti prestazioni:

A. Gestione ordinaria dei contratti assicurativi;

- segnalazione preventiva delle scadenze;
- segnalazione preventiva degli adempimenti relativi alla regolazione premio;
- consegna delle quietanze;
- procedure per la prevenzione delle scoperture con preavviso di almeno 30 giorni dalla scadenza dei contratti o comunque in tempi utili alla Federazione;
- riepiloghi periodici dei premi in scadenza e dei periodi di mora;

B. Gestione tecnica dei contratti assicurativi:

- Assistenza nella valutazione e variazione dei rischi della Fipav anche in conseguenza della variazione nella normativa inerente il CONI e le Federazioni Sportive.

C. Metodologia e Tecnica gestione dei sinistri

E' richiesto che la Compagnia metta a disposizione una idonea piattaforma informatica per la gestione dei sinistri. I sistemi informatici adottati dalla Società, dovranno colloquiare con i sistemi informatici della Federazione, al fine di ottimizzare le procedure. La disponibilità della Compagnia ad adottare gli opportuni correttivi ed interventi, a propria cura e spese, è valorizzata sotto il profilo del merito tecnico.

Il sistema di invio, registrazione e gestione dei sinistri può venire concordato, tra la Fipav e la Compagnia Assicuratrice, solo in un'ottica di miglioramento e comunque mantenendo valida la procedura sotto specificata, che rappresenta uno standard minimo di qualità.

D. Fasi gestione/denuncia sinistri infortuni tesserati:

La Compagnia di Assicurazione dovrà mettere a disposizione dei tesserati per qualunque informazione relativa alle coperture di polizza e/o ad eventuali sinistri aperti o da aprirsi:

almeno un numero telefonico dedicato (attivo 25 ore minimo a settimana da distribuirsi dal lunedì al venerdì in fascia oraria antimeridiana e pomeridiana);

almeno un indirizzo di posta elettronica;

1) In caso di sinistro l'assicurato, invierà comunicazione di denuncia sinistro, redatta conformemente alla procedura di cui al punto 2) e completa della documentazione indicata, ai riferimenti che dovranno essere forniti dalla Compagnia assicuratrice.

2) La comunicazione di denuncia di sinistro dovrà prevedere la seguente documentazione:

- a) Modulo di denuncia sinistro completo di consenso al trattamento dei dati personali (privacy), reperibile mediante l'accesso all'apposita sezione del portale www.federvolley.it - Fipav/Assicurazioni (fac-simile allegato 1);
- b) Modulo di "Attestazione di infortunio avvenuto durante attività sportiva federale". Tale modulo, che non ha valore di denuncia di infortunio, è reperibile mediante l'accesso all'apposita sezione del portale www.federvolley.it - tesseramento online e dovrà essere compilato a cura del Presidente della Società di appartenenza e sottoscritto digitalmente dallo stesso (mediante smart card), stampato e consegnato all'assicurato. (fac-simile allegato 2). L'inserimento dell'attestazione di infortunio avvenuto durante attività sportiva federale sul tesseramento on line, assicura che il soggetto infortunato sia un tesserato della FIPAV e che abbia diritto alla copertura assicurativa.

Per alcune categorie di assicurati l'attestazione di infortunio potrà essere sostituita da copia della designazione o, lettera di convocazione o, delibera o, nomina di incarico o di eventuale altro documento equipollente fornito dagli organi federali.

- c) Documentazione medica (certificato di Pronto Soccorso o certificato medico specialistico redatto entro le 72 ore dal sinistro) relativa all'infortunio occorso.

3) La Compagnia assicuratrice, al momento della presa in carico del sinistro da parte del liquidatore, invierà all'assicurato entro 10 giorni, la lettera di conferma denuncia riportante il numero della pratica ed i riferimenti del liquidatore di trattazione con il quale prendere contatti per la definizione della pratica. La comunicazione dei riferimenti da parte della Compagnia potrà avvenire tramite posta ordinaria, ai recapiti indicati dall'interessato. La stessa comunicazione potrà essere anticipata a mezzo posta elettronica, o anche via sms nel caso in cui il tesserato abbia fornito il consenso barrando l'apposita opzione prevista nel modulo di denuncia.

E. Modalità di trasmissione dei dati

La Compagnia fornisce settimanalmente, in forma strutturata, le informazioni relative ai sinistri degli assicurati anche attraverso scambio di dati dal server della Società al server Fipav, o mediante la creazione di una piattaforma dedicata.

La Compagnia fornisce altresì, due volte all'anno un report riepilogativo di tutti i sinistri trattati con le relative informazioni di dettaglio: stato del sinistro (aperto/in attesa di documentazione da parte dell'assicurato/in via di definizione-liquidazione/liquidato), e relative specifiche (importo liquidato-suddiviso in IP e RSM, importo a riserva, franchigia e scoperto se applicati e, se senza seguito, indicazione delle motivazioni).

La Compagnia Assicuratrice metterà in essere ogni azione necessaria al fine di consentire uno scambio fluido e regolare di informazioni con tutte le figure assicurate e con gli uffici della Federazione stessa, anche attraverso la creazione di uffici con personale dedicato espressamente alla trattazione sinistri e di tutte le pratiche relative alle polizze stipulate con la Federazione Italiana Pallavolo, al fine di offrire un servizio di gestione completo, anche sotto il profilo della corretta interpretazione del normativo di polizza, ovvero dell'assistenza e consulenza alle Società affiliate per eventuali ulteriori coperture.

La Compagnia Assicuratrice dovrà predisporre, entro i termini di avvio della stagione sportiva, tutta la documentazione necessaria per fornire chiara ed ampia informazione ai soggetti assicurati in merito alle condizioni di polizza ed alle procedure da adempiere, nonché alla tempistiche ed alle fasi di trattazione del sinistro. Questa documentazione verrà pubblicata, in apposita sezione dedicata alle assicurazioni del sito federale.

Inoltre la Società di sua iniziativa dovrà fornire a Fipav ogni informazione utile (recapiti, faq, domande e problematiche più frequenti, etc.) ad ottimizzare le comunicazioni verso i soggetti assicurati e prevenire eventuali lamentele. La Società garantisce la correttezza delle informazioni fornite a tale scopo, nonché si impegna ad implementare i contenuti qualora ne ravvisi la necessità, anche su segnalazione dei soggetti assicurati stessi.

Ogni grave inadempienza nella attività di trattazione e gestione dei sinistri in violazione delle linee giuda sopra rappresentate darà luogo, previa contestazione scritta e termine per l'adempimento, all'applicazione di penali, che saranno definite contrattualmente, di importo che potrà giungere alla misura del 2% del premio complessivo.

Sia che la Società utilizzi un'ampia rete decentrata di centri di liquidazione, sia invece intenda optare per centri di liquidazione centralizzati, gli stessi devono essere adeguatamente strutturati in relazione al numero di sinistri da gestire, e sempre supervisionati e monitorati, sia sull'andamento dell'operato che sul regolare invio di informazioni necessarie ai fini della corretta implementazione dei riepiloghi mensili/trimestrali.

Vi è preferenza per una struttura centralizzata.

E' richiesta in ogni caso la presenza di un ispettorato sinistri almeno in 3 regioni ed un centro liquidazione che, se situato in Roma, dà diritto ad un punteggio aggiuntivo ai fini dell'aggiudicazione.

E' altresì valorizzata la possibilità di rendere disponibili risorse umane presso la sede Federale, ai fini di supporto ed assistenza alla trattazione delle pratiche.

TITOLO II

Condizioni generali e particolari per l'assicurazione degli infortuni e assicurazione sanitaria, dei tesserati, amministratori e dipendenti della Fipav, responsabilità civile verso terzi a favore della Federazione Italiana Pallavolo, dei suoi organi centrali e periferici e delle società affiliate, globale fabbricati, , impianti e apparecchiature elettroniche, tutela legale e Responsabilità Civile degli amministratori, Responsabilità Civile dipendenti, kasko categorie diverse, Polizza accantonamento fine mandato;

Par.1 - 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 più 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 più 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 più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività sportiva e comunque entro 2 (due) ore dall'inizio o termine della gara 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 ed, in subordine, le convocazioni societarie. In tal caso la denuncia di sinistro dovrà riportare la firma del Dirigente accompagnatore indicato nel predetto referto o convocazione. In questo caso la garanzia esplicherà il proprio effetto anche per il tragitto da casa o luogo di lavoro (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 acceleratici, 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 dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Compagnie per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, invalidità permanente, ed indennità di ricovero, ad eccezion 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 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.

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 più 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 è 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 comminate 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 biosse 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 periodontale 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 sovrariscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.
- Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

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. E' 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 provvisionale 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 allegate 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 colpiscono 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, rimborsa le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Rientro sanitario

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

Le 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.

Par.1.1 - CONDIZIONI PARTICOLARI INFORTUNI E RIMBORSO SPESE MEDICHE - APPENDICI DI POLIZZA

1.1	ATLETI INDOOR - BEACH VOLLEY - SITTING VOLLEY - SNOW VOLLEY E VOLLEY S3 – ADERENTI - ALLENATORI - UFFICIALI DI GARA - MASSAGGIATORI - COMPONENTI COMITATI PERIFERICI	
CATEGORIE		NUMERI : 306.000, di cui:
<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 comitati periferici 		130.000 150.000 26.000
MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE		FRANCHIGIA
<ul style="list-style-type: none"> • MORTE 80.000 € • I.P. : 80.000 € 		Franchigia 8% per tutti i distretti anatomici
RIMBORSO SPESE MEDICHE INFORTUNIO		FRANCHIGIA E SCOPERTO
Massimale 800 € Limite di 500 € per fisioterapia		Scoperto 10% minimo 250,00 €

1.2 ATLETI SELEZIONI NAZIONALI - REGIONALI – TERRITORIALI	
CATEGORIE	NUMERI
Atleti già tesserati, convocati ufficialmente da Fipav, per un numero massimo di 30 gg l'anno.	3.000
MORTE E INVALIDITA PERMANENTE	Franchigia
MORTE: 160000 € I.P. 160000 €	sui primi €. 80.000 – pari alla franchigia della polizza prevista per tutti gli atleti tesserati, di cui alla scheda 1.1 sugli ulteriori €. 80.000 – pari a due punti percentuali in meno rispetto alla franchigia della polizza prevista per tutti gli atleti tesserati, di cui alla scheda 1.1
RIMBORSO SPESE MEDICHE INFORTUNIO	FRANCHIGIA E SCOPERTO
MASSIMALE* 1.800,00 € a seguito di intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.). Con sottolimite di 1.250,00 € per fisioterapia. MASSIMALE* 1.000,00 € anche senza intervento chirurgico 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.). Con sottolimite di 500,00 € per fisioterapia.	Scoperto 10% minimo 250,00 €
* I MASSIMALI riportati si intendono comprensivi di quelli previsti in polizza base	
Specifiche	
La garanzia copre, ferme le condizioni generali, le spese sostenute a seguito di infortunio anche non comportante intervento chirurgico, per:	
Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;	
Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;	
Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;	
Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;	
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.	

1.3 PRESIDENTI, DIRIGENTI E COMPONENTI DIRETTIVI SOCIETARI	
CATEGORIE	NUMERI:
Presidenti, dirigenti e componenti direttivi societari	55.000
MORTE E INVALIDITA PERMANENTE	FRANCHIGIA
<ul style="list-style-type: none"> • MORTE 80.000 € • I.P. : 80.000 € 	Franchigia 6%

1.4	CONSIGLIO FEDERALE
CATEGORIE	NUMERI tot. 18
<ul style="list-style-type: none"> • PRESIDENTE • VICEPRESIDENTI • CONSIGLIERI • REVISORI 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 12 • 3
MORTE E INVALIDITA PERMANENTE	FRANCHIGIA
<ul style="list-style-type: none"> • MORTE: 400.000 € • I.P. : 400.0000 € 	<p>Sui primi Euro 200.000,00 di somma assicurata la franchigia applicata è del 3%.</p> <p>Sull'eccedenza di Euro 200.000,00 e fino ad Euro 400.000,00 di somma assicurata la franchigia applicata è del 5% (cinque per cento).</p> <p>Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.</p>
Tabella di riferimento	
<p>In deroga a quanto stabilito al Titolo II par.1 punto 14 lettera c) per tale categoria di 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, ovvero la tabella allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n°1124 (“Tabella INAIL”) se più favorevole all’assicurato, alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.</p>	

1.5	PRESIDENTI COMITATI PERIFERICI - COMPONENTI COMMISSIONI - STAFF SQUADRE NAZIONALI		
CATEGORIE		NUMERI Totale 299:	
PRESIDENTI COMITATI PERIFERICI		86	
COMPONENTI COMMISSIONI		40	
STAFF SQUADRE NAZIONALI		173	
MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE		FRANCHIGIA I.P.	
<ul style="list-style-type: none"> • MORTE: 120.000 € • I.P. : 120.000 € 		<p>Sui primi Euro 60.000,00 di somma assicurata la franchigia applicata è del 4 %.</p> <p>Sull'eccedenza di Euro 60.000,00 e fino ad Euro 120.000,00 di somma assicurata la franchigia applicata è del 6% (sei per cento).</p> <p>Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.</p>	
RIMBORSO INFORTUNIO	SPESE	MEDICHE	FRANCHIGIA E SCOPERTO
Massimale 4.000,00 €			Scoperto 10% minimo 250,00 €
SPECIFICHE			
La garanzia copre, ferme le condizioni generali, le spese sostenute a seguito di infortunio anche non comportante intervento chirurgico, per: Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali; Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato; Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici; Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato; 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.			

1.6 ATLETI NAZIONALI	
CATEGORIE	NUMERI Totale 287
SENIORES M/F indoor e beachvolley	112
JUNIORES M/F -PREJUNIORES M/F - CLUB ITALIA -BEACH M/F SITTING VOLLEY M/F	175
MORTE E INVALIDITA PERMANENTE	FRANCHIGIA
SENIORES M/F indoor e beachvolley	34
<ul style="list-style-type: none"> • MORTE: 800.000 € • I.P.: 800.000 € 	<ul style="list-style-type: none"> • 3% FINO A 400.000 € • 5% OLTRE I 400.000 €
JUNIORES -PREJUNIORES Club Italia M/F indoor beachvolley e SITTING VOLLEY 90	
<ul style="list-style-type: none"> • MORTE: 400.000 € • I.P.: 400.000 € 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 % FINO A 200.000 € • 5% OLTRE I 200.000 €
SPECIFICHE	
<p>Franchigia Invalidità Permanente</p> <p>Sui primi Euro 400.000/200.000,00 (seniores/juniores, pre-juniores e club Italia) di somma assicurata si applicherà la franchigia assoluta del 3%.</p> <p>Sull'eccedenza di Euro 400.000/200.000,00 (seniores/juniores, pre-juniores e club Italia) e fino ad Euro 800.000/400.000,00 (seniores/juniores, pre-juniores e club Italia) di somma assicurata, la franchigia assoluta è del 5% (cinque per cento).</p> <p>Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.</p> <p>Tabella di riferimento</p> <p>In deroga a quanto stabilito al Titolo II par.1 punto 14 lettera c) per tale categoria di 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, ovvero la tabella allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n°1124 ("Tabella INAIL") se più favorevole all'assicurato, alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.</p> <p>Supervalutazione della percentuale di Invalidità Permanente da Infortunio</p> <p>Qualora l'infortunio comporti un'Invalidità Permanente "Generica" la percentuale di Invalidità Permanente accertata secondo quanto previsto dalla tabella più favorevole, anche se superiore al 5%, non sarà elevata come specificato nel successivo punto b).</p> <p>Qualora l'infortunio comporti un'Invalidità Permanente agli arti inferiori e/o superiori, la percentuale di Invalidità Permanente, qualora fosse superiore al 5%, sarà elevata del:</p> <p>50% per l'atleta fino al 30° anno di età;</p> <p>25% per l'atleta oltre il 30° anno di età.</p>	

Resta inteso che per determinare la misura dell'Invalidità Permanente da cui detrarre la franchigia si farà riferimento alla percentuale di Invalidità Permanente riconosciuta all'Assicurato ed elevata secondo i criteri di cui alla precedente lettera b).

Commorienza coniugi

In caso di contemporaneo decesso dell'Assicurato e del coniuge al seguito dello stesso, in conseguenza di un infortunio assicurato con la presente polizza e determinato dallo stesso evento (con esclusione degli infortuni aeronautici), purché i figli conviventi superstiti siano minori di età, verrà liquidata ai superstiti stessi una somma aggiuntiva di Euro 50.000,00.

1.7	INTEGRATIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA ATLETI INDOOR BEACH E SITTING VOLLEY	
CATEGORIE		NUMERI
Già coperti da assicurazione		
Categoria atleti scheda 1.1		
MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE		FRANCHIGIA
MORTE: 80.000 € I.P. : 80.000 €		sui primi €. 80.000 – pari alla franchigia della polizza prevista per tutti gli atleti tesserati, di cui alla scheda 1.1 sugli ulteriori €. 80.000 – pari a 6%
RIMBORSO SPESE MEDICHE INFORTUNIO		FRANCHIGIA E SCOPERTO
<ul style="list-style-type: none"> • MASSIMALE* 1.800,00 € a seguito di intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.). Con sottolimite di 1.250,00 € per fisioterapia. • MASSIMALE* 1.000,00 € anche senza intervento chirurgico e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto*) <p>* I MASSIMALI riportati si intendono comprensivi di quelli previsti in polizza base.</p>		Scoperto 10% minimo 250,00€
SPECIFICHE		
La garanzia copre, ferme le condizioni generali, le spese sostenute a seguito di infortunio anche non comportante intervento chirurgico, per:		
Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;		
Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;		
Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;		
Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;		
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.		
1^ ADESIONE (minimo 13 tesserati per società) N.B. Il pagamento del premio è a carico della singola società sportiva che intenda aderire		<u>(non concorre a determinare il corrispettivo globale di aggiudicazione)</u>

ULTERIORI ADESIONI A PREMIO INDIVIDUALE (per ciascuna ulteriore adesione anche singola) N.B. Il pagamento del premio è a carico della singola società sportiva che intenda aderire	<u>(non concorre a determinare il corrispettivo globale di aggiudicazione)</u>
MODALITA' DI ADESIONE	
	<p>La società che intenda aderire, dovrà inizialmente estendere la copertura assicurativa per un numero minimo di 13 adesioni facoltative. Ulteriori eventuali adesioni potranno essere effettuate anche per singolo tesserato. Le adesioni facoltative potranno essere effettuate esclusivamente entro il termine ultimo del 30 novembre di ciascuna stagione sportiva di riferimento.</p> <p>Oltre tale termine saranno consentite estensioni esclusivamente entro 15 giorni dalla data di tesseramento per:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 1° nuovo tesseramento (atleta mai tesserato prima che entra a far parte di società già assicurata - che abbia cioè attivato entro il termine ultimo previsto, le prime 13 coperture) b) Trasferimento di atleta senza copertura facoltativa a società ricevente già assicurata, che abbia cioè attivato entro il termine ultimo previsto, le prime 13 coperture.
DECORRENZA DELLA GARANZIA	Dalla data di richiesta della società
TERMINE DELLA GARANZIA	30/06 della stagione sportiva di riferimento

POLIZZA INFORTUNI DIRIGENTE E DIPENDENTI FIPAV	
CATEGORIE	NUMERI
DIRIGENTE E DIPENDENTI DELLA FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO	Totale 82
RETRIBUZIONE ANNUA LORDA	
Da febbraio 2021 a gennaio 2022	€ 3.469.062,35
MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE forma completa	FRANCHIGIA
MORTE: 2 volte la RAL individuale (fino ad un massimo di €. 200.000) I.P. : 3 volte la RAL individuale (fino ad un massimo di €. 300.000)	Nessuna franchigia su I.P. professionale/in itinere Franchigia 3% su I.P. extraprofessionale
R.S.M	FRANCHIGIA
Massimale € 5.000,00 €	Scoperto 15% minimo € 50,00
Specifiche	
La garanzia copre, ferme le condizioni generali, le spese sostenute a seguito di infortunio anche non comportante intervento chirurgico, per:	
Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;	
Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;	
Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;	
Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;	
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.	
Tabella di riferimento	
In deroga a quanto stabilito al Titolo II par.1 punto 14 lettera c) per tale categoria di assicurati saranno operanti gli indennizzi previsti nella tabella allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n°1124 ("Tabella INAIL"), alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.	

Par.2 – CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DELL’ASSICURAZIONE SANITARIA

1. Oggetto del rischio

Garanzia prestata per il rimborso delle spese di cura a seguito di malattia e/o l’infortunio, anche non comportante ricovero e/o intervento chirurgico, che si manifesti e/o colpisca gli assicurati, nella loro qualità di giocatori di pallavolo delle Rappresentative Nazionali, occorsi durante tutto il periodo della convocazione.

2. Limiti territoriali

La presente copertura si intende valida ed operante nel Mondo intero

3. Limiti delle garanzie

Rimborso Spese Mediche

La Società rimborsa fino alla concorrenza delle somme assicurate le spese sostenute per:

- a) Ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day-hospital) con o senza intervento chirurgico, nonché di intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, che si siano resi necessari per infortunio o malattia;
- b) Prestazioni specialistiche, diagnostica strumentale e terapeutica extraospedaliere;
- c) Prestazioni ambulatoriali e domiciliari;
- d) Acquisto di apparecchi protesici e terapeutici

La polizza garantisce altresì il rimborso delle spese sostenute per:

- o malattie anche se queste sono diretta conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula del contratto;
- o infortuni derivanti da situazioni preesistenti.

Somme assicurate

Le garanzie di cui sopra prestate fino alla concorrenza delle somme assicurate di cui alla relativa scheda, che costituiscono la massima disponibilità per anno assicurativo e per assicurato;

4. Norme che regolano l’assicurazione rimborso spese mediche garanzie - Prestazioni e limiti

Spese Rimborsabili in caso di Ricovero In Istituto Di Cura, Pubblico o Privato, anche in regime di degenza diurna (Day-Hospital) con o senza Intervento Chirurgico effettuato In Ambulatorio o presso un Pronto Soccorso, che si siano resi necessari per Infortunio, malattia.

La Società rimborsa:

- Nei 90 giorni precedenti il ricovero o l’intervento chirurgico, effettuato anche in ambulatorio, le spese sostenute per:
 - o accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, cure omeopatiche ed esami pre-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
 - o prestazioni di laboratorio;
 - o onorari medici;
 - o trasporto all’istituto di cura dell’assicurato a seguito di malattia o infortunio con ogni mezzo sanitariamente attrezzato fino alla concorrenza di 1.600,00 Euro;
 - o trattamento laser per peggioramento visus
- durante il ricovero in istituto di cura, le spese sostenute per:
 - o onorari dei medici;

- o rette di degenza fino alla concorrenza di Euro 200,00 giornaliere;
- o accertamenti diagnostici (analisi ed esami);
- o medicinali;
- o cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- o assistenza infermieristica;
- o rette di vitto e pernottamento, nell'istituto di cura, dell'accompagnatore, fino alla concorrenza di 80,00 Euro giornaliere e per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo elevate a 130,00 Euro in caso di ricovero c/o intervento all'estero, in quest'ultimo caso ove la struttura ospedaliera non preveda l'alloggio per l'accompagnatore saranno rimborsate le spese alberghiere purché documentate;
- nonché in caso di intervento chirurgico (anche in ambulatorio e pronto soccorso) per:
 - o onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, dell'assistente dell'anestesista, e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento);
 - o ricovero del donatore dell'organo trapiantato all'Assicurato;
- nei 120 giorni dopo la cessazione del ricovero in istituto di cura (con o senza intervento chirurgico), o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso (limitatamente alle spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio, della malattia che hanno dato luogo al ricovero e/o intervento chirurgico) fino alla concorrenza della somma assicurata per:
 - o onorari dei medici;
 - o accertamenti diagnostici;
 - o prestazioni di laboratorio (analisi ed esami);
 - o trattamenti medico chirurgico infermieristici, fisioterapici, rieducativi;
 - o medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche anche derivanti da intervento chirurgico;
 - o cure termali (escluse le spese di natura alberghiera).

Spese rimborsabili in caso di prestazioni specialistiche, diagnostica strumentale e terapeutica extra ospedaliere

La Società rimborsa le seguenti prestazioni sanitarie di diagnostica strumentale conseguenti a malattia o infortunio:

1. ALTA DIAGNOSTICA
 - risonanza magnetica nucleare;
 - diagnostica radiologica, con utilizzo di mezzo di contrasto;
 - Tomografia assiale computerizzata (TAC);
 - Medicina nucleare
 - Coronarografia;
 - Ecocolordoppler;
 - Elettrocardiogramma anche da sforzo;
 - Ecografia, anche con sonde;
 - Esami endoscopici anche comprendenti biopsia;
 - Esami istologici;
 - Amniocentesi e villocentesi.
2. DIAGNOSTICA STRUMENTALE
 - Diagnostica radiologica standard;
 - Ecografia;
 - Elettrocardiografia, ECG Holter, monitoraggio 24 h della pressione arteriosa;

- Elettroencefalografia;
- Elettromiografia;
- Uroflussometria;
- M.O.C.

Qualora le prestazioni sopra indicate siano erogate a totale carico del SSN, la Società rimborsa (senza applicazione dello scoperto previsto) l'eventuale ticket sanitario rimasto a suo carico.

La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza di 10.000,00 Euro da intendersi come disponibilità unica per anno assicurativo e per assicurato, con applicazione di uno scoperto per ogni sinistro nella misura del 10% con il minimo di 200,00 Euro delle spese effettivamente sostenute e documentate.

Spese rimborsabili in caso di prestazioni domiciliari e ambulatoriali

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni effettuate fuori dall'Istituto di cura conseguenti a malattia o infortunio:

1. onorari medici specialisti (escluse visite pediatriche, odontoiatriche, ortodontiche);
2. accertamenti diagnostici;
3. esami di laboratorio;
4. trattamenti fisioterapici e rieducativi, purchè prescritti da medici regolarmente iscritti all'albo;
5. assistenza infermieristica erogata al domicilio dell'assicurato da personale sanitario specializzato (massimo 35 euro al giorno per una massima di €. 500,00 per persona per anno assicurato).

La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza di 10.000,00 Euro da intendersi come disponibilità unica per anno assicurativo e per assicurato con applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di 200,00 Euro.

Acquisti protesici e terapeutici

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici a seguito di infortunio o malattia che abbiano reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza di 10.000,00 Euro con applicazione di uno scoperto del 10%.

5. Diaria Sostitutiva

Se tutte le spese, esclusi eventuali "ticket", sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, la Società, entro il massimale di polizza e corrisponde un'indennità di 130,00 Euro per ogni giorno di ricovero, con il massimo di 200 giorni per ciascuna persona e per anno assicurativo.

6. Diaria da immobilizzazione

In caso l'infortunio abbia per conseguenza un'Inabilità Temporanea allo svolgimento dell'attività sportiva dichiarata e questa comporti ingessatura (fasce, docce o altri apparecchi confezionati con gesso o schiuma o fibre di vetro associate a resine, ivi inclusi i metodi Llizarov e F.E.A.), la Società liquida una diaria giornaliera come indicato nella precedente parte relativa alle somme assicurate. La liquidazione sarà effettuata per l'intero periodo di inabilità, inclusa la convalescenza, ma con il limite massimo risarcibile di 45 (quarantacinque) giorni. La presente garanzia sarà inoltre operante esclusivamente per gli infortuni che comportino un periodo di inabilità continuativo superiore a 20 (venti) giorni, con l'esclusione di quegli infortuni comportanti periodi di inabilità inferiori a 20 (venti) giorni.

7. Danno estetico e protesi dentarie

In caso di sinistro dovuto ad infortunio indennizzabile dalla presente polizza, avvenuto esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività di Giocatore di Pallavolo, con conseguenze di tipo estetico o tali da richiedere l'applicazione di protesi dentarie, la Società metterà a disposizione dell'Assicurato un importo massimo di Euro 5.000,00 per il rimborso delle spese documentate.

8. Anticipo indennizzi

Nei casi di ricovero in Istituto di cura è facoltà del contraente richiedere anticipatamente il rimborso delle spese documentate in contestuale presentazione di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, il giorno del ricovero, le cure e gli interventi previsti, il presunto ammontare totale delle spese.

L'anticipazione delle spese, sino al 50% può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle stesse non sia inferiore a 4.000,00 Euro ed avrà luogo entro 10 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda alla Società.

9. Esclusioni

Sono esclusi dal rimborso le spese relative a:

malattie mentali e neuropsichiche;

tossicodipendenze;

H.I.V.;

malattie dolosamente procurate;

applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;

cure dentarie conservative e/o chirurgiche, protesi dentarie, quando non sono rese necessarie infortunio;

tutte le prestazioni sia sanitarie che economiche, eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up).

2.1 SANITARIA ATLETI NAZIONALI – CONDIZIONI PARTICOLARI	
CATEGORIE	NUMERI Totale 287
SENIORES M/F indoor e beachvolley	112
JUNIORES M/F -PREJUNIORES M/F - CLUB	175
ITALIA -BEACH M/F	
RIMBORSO SPESE MEDICHE INFORTUNIO E MALATTIA	FRANCHIGIA
Ricovero in istituto di cura € 140.000,00	Scoperto 10% minimo 200,00 € strutture non convenzionate
Prestazioni specialistiche extra ospedaliere € 10.000,00	
Prestazioni ambulatoriali e domiciliari €10.000,00	Nessuna franchigia in strutture convenzionate
Apparecchi protesici e terapeutici € 10.000,00	
Diaria sostitutiva € 130 per max 200 gg	
Diaria da immobilizzazione € 100 per max 45 gg	

2.2	POLIZZA SANITARIA CONSIGLIO FEDERALE
CATEGORIE	NUMERI 19
PRESIDENTE E VICEPRESIDENTI	3
CONSIGLIERI	12
REVISORI	3
SEGRETARIO	1
La Fipav si riserva la facoltà di ampliare il numero dei soggetti assicurati di ulteriori 86 unità corrispondenti al personale della Fipav	
Convenzione diretta	
Verranno forniti fino a 19 nominativi per poter usufruire della convenzione diretta presso le strutture convenzionate. La FIPAV si riserva di riconoscere il premio solo per le posizioni comunicate ed attivate.	
Oggetto del rischio	
Garanzia prestata per il rimborso delle spese di cura a seguito di malattia e/o l'infortunio, anche non comportante ricovero e/o intervento chirurgico.	
Limiti delle garanzie	Vedi normativo di polizza
Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche garanzie - Prestazioni e limiti	
PRESTAZIONI	MASSIMALI
Ricovero con/senza intervento chirurgico	€ 60.000,00
Pre-Post ricovero	120 giorni
Extraospedaliere	- € 5.000,00 per persona e per anno assicurativo le "prestazioni di alta specializzazione"; - € 1.200,00 per persona e per anno assicurativo per le "prestazioni specialistiche" - € 500,00 per persona e per anno assicurativo per l'acquisto di occhiali; - € 2.000,00 per persona e per anno assicurativo per cure dentarie;
Alta diagnostica	€ 8.000,00
Visite specialistiche	€ 1.600,00
PRESTAZIONI	SCOPERTI E FRANCHIGIE
Ricovero con/senza intervento chirurgico:	
Ricovero Forma diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
Ricovero forma indiretta	Scoperto 15% minimo €. 1.500,00
Intervento ambulatoriale	Scoperto 10% minimo €. 350,00
Equipe medica non convenzionata	Scoperto 15%

Extraospedaliere:

Alta diagnostica

Scoperto 20% minimo €. 25,00 (strutture convenzionate)

Visite specialistiche

Scoperto 20% minimo €. 50,00 (strutture non convenzionate)

Nessuna franchigia (strutture convenzionate e non convenzionate)

Par.3 - CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

1. Descrizione del rischio

L'assicurazione è prestata a favore delle Società Affiliate e della Contraente comprese le strutture periferiche per tutte le attività inerenti l'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative rientranti negli scopi della Contraente.

Sono comprese tutte le attività di allenamento e di organizzazione di corsi, di manifestazioni sportive, ricreative e culturali, di gare, organizzate dalla FIPAV per proprio conto, dai Comitati Organizzatori Locali, dai Comitati Regionali o Provinciali e dalle Società Sportive affiliate, comunque sotto l'egida della FIPAV, purché oggettivamente riscontrabili e comunque confermate con apposita dichiarazione del legale rappresentante e/o del responsabile dell'attività in calce alla denuncia."

2.Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenne, nei limiti del massimale indicato nell'allegata scheda riepilogativa:

- la Contraente e le sue strutture;
- le Società affiliate alla FIPAV

per quanto siano tenute a pagare ai sensi di legge a titolo di risarcimento capitale, interessi e spese per danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'Assicurazione.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare ai sopracitati soggetti da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

L'assicurazione vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 Giugno 1984 nr. 222.

3.Limiti Territoriali

La presente assicurazione vale per i danni che avvengono nel Mondo intero.

Non saranno risarciti i danni derivanti da condanne punitive e/o esemplari.

4.Novero dei terzi

Non sono considerati terzi i prestatori di lavoro - dipendenti e non dipendenti - nei confronti dei quali la Contraente, le sue strutture e le Società affiliate alla FIPAV siano tenute all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L., quando subiscano il danno in occasione di servizio.

5.Altre assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e di limiti

Qualora a favore dell'Assicurato fossero in corso al momento del sinistro altre assicurazioni sui medesimi rischi coperti dalla presente Polizza, quest'ultima si considera operante nei casi e con le modalità seguenti:

se il rischio non fosse garantito nelle predette altre assicurazioni ma lo fosse in base alle garanzie prestate con la presente Polizza a favore dell'Assicurato stesso, saranno operanti per quel rischio i capitali e/o massimali e le condizioni previsti in quest'ultima, come se le predette altre assicurazioni non esistessero;

se il rischio fosse garantito e liquidato in base alle predette altre assicurazioni ma i massimali e/o capitali o le somme in esse previsti fossero insufficienti a coprire l'intero danno, la presente Polizza risarcirà l'Assicurato per la sola parte di danno eccedente quella risarcita a norma delle predette altre assicurazioni, nei limiti ed alle condizioni tutte della presente Polizza.

6.Gestione delle vertenze e spese di resistenza

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile sia penale, a nome dell'Assicurato, designando, previa intesa con lo stesso, ove occorra, legali e/o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti od azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa dal danneggiato contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali e/o tecnici che non siano designati nelle modalità di cui sopra e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.

7. Esclusioni

L'assicurazione R.C.T. non comprende:

- a) le gare che coinvolgono i natanti in quanto soggette alla legge 990 del 24/12/1969;
- b) i rischi di responsabilità civile dei proprietari e/o dei conducenti degli autoveicoli e natanti al seguito di gare sportive.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i danni:

- c) conseguenti a inquinamento in genere, comunque cagionato; interruzioni, deviazioni, impoverimento ed alterazioni di sorgenti, di corsi d'acqua sotterranei, di falde acquifere e di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- d) provocati a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- e) provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da questi detenute;
- f) da furto;
- g) dovuti ad errori od omissioni, disguidi o ritardi nella redazione, consegna, conservazione, pubblicazione, diffusione di atti, documenti, valori e simili come, nello specifico e per le sole società affiliate, la mancanza dei certificati medici di idoneità sportiva agonistica o di presidi medico sanitari previsti dalla legge (defibrillatori); da responsabilità volontariamente assunte e non derivanti direttamente per legge;
- h) Da responsabilità volontariamente assunte e non derivanti direttamente per Legge o comunque derivanti da svolgimento dell'attività in situazioni violative della regolamentazione della Federazione;
- i) ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano i lavori;
- j) derivanti dalla circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore e dalla navigazione di natanti a motore;
- k) derivanti dalla detenzione o dall'impiego di aeromobili;
- l) cagionati da opere ed installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori, nonché i danni cagionati da prodotti e cose dopo la consegna a terzi; per le opere che richiedono spostamenti successivi e, comunque, ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori che la riguardano e, comunque, dopo trenta giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso od aperta al pubblico;
- m) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli Artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile;
- n) da detenzione od impiego di esplosivi;
- o) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- p) di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, ne per i danni da campi elettromagnetici;
- q) verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;

- r) direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni;
- s) causato o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.

8. Franchigia

L'assicurazione si intende prestata previa detrazione di Euro 150,00 per ogni sinistro che comporti danni a cose.

RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

9.Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per la Contraente, per le sue strutture Regionali e Provinciali, e per le Società affiliate alla FIPAV quando svolgono attività organizzate FIPAV.

10. Oggetto dell'assicurazione - Responsabilità Civile verso figure soggette all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. (R.C.O.)

La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile verso i prestatori di lavoro subordinato da lui dipendenti, i prestatori di lavoro parasubordinati e quelli appartenenti all'area dirigenziale, siano essi:

- non soggetti all'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro,
- assicurati, ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, nonchè ai sensi del Dlgs. 23/02/2000 n° 38, per gli infortuni (escluse le malattie professionali) da essi sofferti.

Relativamente alla componente "Danno Biologico" l'assicurazione si intende prestata con l'applicazione della franchigia di € 2.582,28 per ogni persona infortunata.

La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. Non costituisce però causa di decadenza della copertura la mancata assicurazione di personale presso l'INAIL, se ciò deriva o da inesatta ed erronea interpretazione delle norme di legge vigenti, o da una involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL.

L'assicurazione R.C.O. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

11.Estensione malattie professionali

A parziale deroga delle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione la garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) è estesa al rischio delle malattie professionali (escluse asbestosi e silicosi) tassativamente indicate nelle tabelle allegate al D.P.R. n.1124 del 30 giugno 1965, o contemplate dal D.P.R. del 9 giugno 1975 n.482 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni, in vigore al momento del sinistro, nonchè a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali dalla Magistratura.

L'estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino in data posteriore a quella della stipulazione del presente documento e siano conseguenza di fatti colposi commessi dall'Assicurato o da persone delle quali deve rispondere, verificatisi durante il tempo dell'assicurazione.

L'estensione non ha effetto per le malattie che si manifestino dopo 12 mesi dalla data di cessazione della polizza o della data di cessazione del rapporto di lavoro.

Ferme, in quanto compatibili, le Condizioni Generali di assicurazione in punto di denuncia dei sinistri, l'Assicurato ha l'obbligo di denunciare senza ritardo alla Società l'insorgenza di una malattia professionale rientrante nella garanzia e di fare seguito, con la massima tempestività, con le notizie, documenti e gli atti relativi al caso denunciato.

12. Esclusioni

La presente garanzia non comprende unicamente i danni:

- da detenzione od impiego di esplosivi;
- verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine accelleratrici, ecc.);
- di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, ne per i danni da campi elettromagnetici;
- verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;
- direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni;
- causato o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.

13. Denuncia dei sinistri e obblighi dell'assicurato

La Contraente e le sue strutture devono fare denuncia alla Società soltanto degli infortuni per i quali ha luogo l'inchiesta pretorile a norma della legge infortuni.

Inoltre, se per l'infortunio viene iniziato procedimento penale, deve darne avviso alla Società appena ne abbia notizia.

La Società ha diritto di avere in visione i documenti concernenti sia l'assicurazione obbligatoria sia l'infortunio denunciato in relazione all'assicurazione stessa che abbia dato luogo al reclamo per responsabilità civile.

RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI GESTIONE IMPIANTI

14. Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per la FIPAV, i Comitati Organizzatori Locali, i Comitati Regionali o Provinciali e le Società Sportive affiliate, quando svolgono attività inerenti l'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative rientranti negli scopi della Contraente.

15. Collaboratori

La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione nei confronti delle persone che non essendo alle dirette e regolari dipendenze svolgano la loro opera quali collaboratori inquadrati nelle forme consentite dalle leggi vigenti o comunque addetti e volontari, con mansioni di qualunque natura, all'organizzazione di gare, manifestazioni e attività sportive in genere.

16. Danni da sospensione od interruzione di esercizio

La garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni arrecati a terzi in conseguenza di interruzione o sospensione totale o parziale di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi. A condizione però che tali danni siano la conseguenza di morte o di lesioni personali o di danneggiamenti a cose risarcibili a termini di polizza.

La presente estensione di garanzia viene prestata nell'ambito del massimale pattuito in polizza, con un limite pari al 20% del massimale stesso.

17. Danni da incendio

A parziale deroga di quanto stabilito nelle esclusioni, la garanzia comprende la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per i danni di cose di terzi causati da incendio di cose di sua proprietà o da lui detenute ferma l'esclusione dei danni alle cose che l'assicurato abbia in consegna o detenga a qualsiasi titolo.

Qualora l'Assicurato abbia in corso coperture assicurative prestate con rischio accessorio a polizza del ramo incendio la presente estensione di garanzia opera in eccedenza a tale copertura.

La garanzia viene prestata nell'ambito del massimale di polizza con il limite del 20% del massimale stesso.

18.Danni a cose in consegna e custodia

A parziale deroga di quanto stabilito nelle esclusioni, la garanzia comprende i danni alle cose che l'Assicurato abbia in consegna e/o custodia.

Sono comunque esclusi:

- i danni alle cose costituenti oggetto diretto dei lavori e delle attività descritte in polizza;
- i danni ai beni strumentali utilizzati per l'attività assicurata.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 12, la presente garanzia è prestata con uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo di € 150,00, fermo restando che la Società non risponde oltre il 20% del massimale assicurato per uno o più sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo.

19. Servizi complementari di impianti sportivi

La garanzia comprende il rischio della proprietà e/o conduzione di impianti sportivi in genere anche per danni subiti dai Soci e/o frequentatori degli impianti stessi.

20. Parchi

La garanzia comprende il rischio della proprietà e/o conduzione di parchi alberati e/o aree verdi adibite a maneggi, compresa la manutenzione degli stessi, anche se effettuata attraverso Ditte e/o persone non alle dipendenze e con l'uso di macchine e attrezzi sia di proprietà dell'Assicurato che di terzi.

21. Estensione di garanzia

A maggiore precisazione e/o estensione dell'oggetto dell'assicurazione si conviene che sono comprese in garanzia i sotto - elencati rischi e/o attività anche cedute in appalto con l'intesa che in tal caso la garanzia comprende solo la R.C. dell'appaltante.

- A. servizio pubblicitario tramite insegne, cartelli e striscioni;
- B. organizzazione o partecipazione ad esposizioni, fiere, mostre, mercati, congressi e convegni, compresi l'allestimento e lo smontaggio
- C. servizio mense, bar, ristoranti, compresa la somministrazione di cibi e bevande;
- D. operazioni di progettazione, montaggio, collaudo, manutenzione, riparazione e installazione degli impianti dell'Assicurato;
- E. conduzione, manutenzione, pulizia, riparazione e proprietà dei fabbricati in cui si svolge l'attività;
- F. servizio di vigilanza effettuato anche con guardiani armati e con cani, anche fuori dal recinto dello stabilimento;
- G. servizio antincendio aziendale, anche in occasione di eventuale intervento al di fuori dell'area dell'azienda e/o circolo;
- H. proprietà ed uso, anche all'esterno dell'azienda e/o circolo, di velocipedi e ciclofurgoncini senza motore;
- I. operazione di prelievo e/o consegna merci e materiali, comprese le operazioni di carico e scarico.
- J. servizi sanitari prestati in ambulatori, infermerie e posti di pronto soccorso, siti all'interno dei complessi sportivi, compresa la responsabilità personale dei sanitari e del personale ausiliare addetto purchè tesserato.
- K. esercizio di uffici, depositi, magazzini e dalle attrezzature ivi esistenti, ovunque ubicati sul territorio italiano purché inerenti all'attività dichiarata in polizza, esclusa la responsabilità civile professionale derivante dall'attività svolta negli stessi.
- L. proprietà o esercizio delle attrezzature, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva compresi tribune, stadi e piscine.
- M. L'assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'Art.2049 del Codice Civile per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti in relazione alla guida di

autovetture, ciclomotori, motocicli, purchè i medesimi non siano di proprietà od in usufrutto dell'Assicurato od allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati. La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati, alle persone trasportate.

È fatto salvo in ogni caso il diritto di surrogazione della Società nei confronti dei responsabili.

Questa specifica estensione di garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa di € 260,00 per ogni sinistro e vale nei limiti territoriali dello Stato Italiano, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. Per la garanzia di cui al presente articolo non vale, quindi, l'eventuale estensione territoriale ad altri paesi.

SOGGETTI ASSICURATI	FIPAV –SOCIETA
FEDERAZIONE CENTRALE E COMITATI PERIFERICI	1
SOCIETA AFFILIATE (Indoor e Beach Volley)	4.200

GARANZIA RESPONSABILITA CIVILE VERSO TERZI E GESTIONE IMPIANTI

Società affiliate	Fipav
per ogni sinistro € 3.000.000,00	per ogni sinistro € 5.000.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di € 3.000.000,00	Ma con il limite per ogni persona danneggiata di € 5.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di € 3.000.000,00	e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di € 5.000.000,00
Franchigia e/o scoperto vedi Par.4	Franchigia e/o scoperto vedi Par. 3

GARANZIA RESPONSABILITA CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

Fipav, Società Affiliate per ogni sinistro € 2.000.000,00 Ma con il limite per ogni persona danneggiata di € 2.000.000,00	Franchigia e/o scoperto vedi Par.3
---	------------------------------------

Par.4 – CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DELLA POLIZZA GLOBALE FABBRICATI

1.Oggetto dell'assicurazione

L'Impresa assicura il fabbricato individuato e precisamente:

- a) tutte le opere murarie e di finitura, compresi serramenti ed infissi e relative lastre, opere di fondazione o interrate;
- b) cancelli, recinzioni, tettoie, pensiline, antenne radiotelericetrasmittenti centralizzate e insegne;
- c) impianti al servizio del fabbricato considerati immobili per natura o per destinazione, quali centrale termica, impianti idrici (intendendosi per tali tubazioni e condutture di apparati idraulici, impianti igienico-sanitari e di condizionamento al servizio del fabbricato nonché impianti di riscaldamento, anche autonomo), impianti atti alla raccolta ed allo smaltimento dell'acqua piovana, impianti elettrici, fissi per illuminazione, di segnalazione e comunicazione, di estinzione, impianti di allarme;
- d) ascensori, montacarichi, montascale e scale mobili;
- e) tappezzerie, moquette e simili, tinteggiature, affreschi e statue non aventi valore artistico;
- f) le pertinenze del fabbricato, quali centrale termica, box, giardini e simili, nonché aree private non equiparabili a strade ad uso pubblico e al servizio esclusivo del fabbricato stesso, purché realizzate all'interno di quest'ultimo o negli spazi ad esso adiacenti.

2. Sezione Incendio e Garanzie Complementari

L'Impresa indennizza i danni materiali e diretti al fabbricato, compresi i guasti causati allo scopo di impedire o di arrestare l'incendio, causati da: incendio; fulmine; esplosione e scoppio; implosione; caduta di aeromobili, satelliti ed altri corpi volanti, loro parti o cose da essi trasportate; caduta di meteoriti e altri corpi celesti; onda sonica; caduta di ascensori e montacarichi a seguito di rottura di congegni, compresi i danni all'impianto; fumo fuoriuscito a seguito di rottura improvvisa e accidentale degli impianti di riscaldamento facenti parte del fabbricato medesimo, purché detti impianti siano collegati mediante adeguate condutture ad appropriati camini; urto di veicoli stradali o di natanti non di proprietà e non in uso al Contraente o all'Assicurato, in transito sulla pubblica via o su area equiparata ad area pubblica o sui corsi d'acqua; fumi, gas o vapori sviluppatisi in conseguenza degli eventi di cui ai punti precedenti che abbiano colpito le cose assicurate oppure enti posti nell'ambito di 50 metri da esse.

Entro il limite massimo di indennizzo, l'Impresa, in caso di sinistro indennizzabile a termini della presente sezione, rimborsa altresì le spese per la riparazione dei danni subiti da apparati ed apparecchi di misura, di distribuzione e di utilizzazione di proprietà dell'azienda telefonica e di quelle erogatrici di acqua potabile, gas ed energia elettrica che si trovino nel fabbricato, escluse le cabine di trasformazione dell'azienda elettrica ed ogni apparato che non sia di uso esclusivo del fabbricato stesso; le spese per il rimpiazzo del combustibile liquido in caso di fuoriuscita di quest'ultimo dagli impianti di riscaldamento o condizionamento al servizio del fabbricato; le spese sostenute per demolire, sgomberare, trasportare, smaltire e trattare nella più vicina ed idonea discarica i residuati del sinistro. Entro lo stesso limite, L'Impresa - in caso di sinistro indennizzabile a termini della presente sezione - indennizza i danni derivanti dalla perdita di pigione o dal mancato godimento del fabbricato assicurato, locato o abitato dall'Assicurato proprietario, per il periodo strettamente necessario al suo ripristino, con il massimo di un anno. I locali abitati dall'Assicurato vengono compresi in garanzia per l'importo della pigione presumibile a essi relativa.

3.Esclusioni

Sono sempre esclusi i danni:

- verificatisi in conseguenza di atti di guerra, insurrezione, occupazione militare e invasione;
- verificatisi in conseguenza di esplosione o di emanazioni di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

- verificatisi in conseguenza di bradisismo, maremoti, ed eruzioni vulcaniche;
- verificatisi in conseguenza di inondazioni, alluvioni, eccesso di marea (acqua alta), mareggiate e penetrazioni di acqua marina, variazione della falda freatica, sedimenti, smottamenti o franamenti del terreno, valanghe o slavine e spostamenti d'aria da questi provocati;
- causati con dolo del Contraente o dell'Assicurato e dei loro familiari conviventi, dei rappresentanti legali, degli amministratori o dei soci a responsabilità illimitata;
- subiti dagli apparecchi o dagli impianti nei quali si sia verificata un'implosione o uno scoppio dovuti a usura, corrosione o difetti di materiale;
- subiti da alberi, piante, cespugli, prati, coltivazioni in genere;
- causati da atti vandalici o dolosi a opera di terzi;
- verificatisi in conseguenza di tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio;
- subiti da macchine e impianti elettrici ed elettronici, apparecchi e circuiti compresi, a seguito di correnti, scariche ed altri fenomeni elettrici da qualsiasi motivo occasionati, compresa l'azione del fulmine;
- subiti da fabbricati in corso di costruzione o di ristrutturazione finalizzata a modificarne la volumetria per effetto di ampliamenti e/o sopraelevazioni.

4.Responsabilità civile verso Terzi

L'Impresa si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, nei limiti del massimale di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, compresi i locatari, per:

morte e lesioni personali; danneggiamenti a cose e animali; in conseguenza di un sinistro verificatosi in relazione:

alla proprietà del fabbricato, delle eventuali dipendenze quali cantine ed autorimesse private e delle relative pertinenze quali giardini, cancelli, recinzioni, tettoie, pensiline, antenne centralizzate, insegne nonché degli impianti fissi al servizio dei locali;

alla conduzione delle parti comuni.

L'Impresa assicura inoltre:

la responsabilità civile imputabile al Contraente o all'Assicurato nella sua qualità di committente dei lavori di straordinaria manutenzione del fabbricato indicato in Scheda di polizza. Inoltre, per la committenza dei lavori di straordinaria manutenzione, previsti dal D.Lgs. 494/96 e successive modifiche e integrazioni ed eseguiti in conformità al decreto stesso, la garanzia si estende ai danni subiti dalle persone che partecipano ai lavori, purché dall'evento siano derivati in capo alle stesse la morte o lesioni personali gravi o gravissime così come definite dall'articolo 583 del Codice Penale;

la responsabilità civile imputabile all'Assicurato per fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

Sono esclusi dall'assicurazione di Responsabilità Civile verso terzi i danni:

da umidità, stillicidio o insalubrità dei locali;

da esercizio, da parte dell'Assicurato o di terzi, di industrie, commerci, arti o professioni, oppure dall'attività personale dell'Assicurato, degli inquilini o condomini o loro familiari;

da furto; dagli occupanti abusivi nel corso di occupazioni non militari;

verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente;

ascrivibili, in tutto od in parte, direttamente od indirettamente:

all'asbesto o a qualsiasi sostanza o materiale contenente asbesto;

all'emissione di onde e/o di campi elettromagnetici;

punitivi di qualsiasi natura;

da spargimento d'acqua;

conseguenti ad inquinamento dell'acqua, dell'aria e del suolo, fatta eccezione per quanto diversamente indicato nell'articolo Garanzie aggiuntive della presente sezione;

da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, professionali, agricole o di servizio, fatta eccezione per quanto diversamente indicato nell'articolo Garanzie aggiuntive della presente sezione;

derivanti da proprietà e conduzione di parchi privati, alberi di alto fusto, campi da tennis, altre attrezzature sportive e per giochi, piscine o strade private ad uso esclusivo del fabbricato;

derivanti dalla conduzione delle singole unità immobiliari;

alle cose che t' Assicurato detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per i danni ai veicoli e ai natanti di terzi in consegna e custodia all'Assicurato ovvero detenuti a qualsiasi titolo diverso da quelli provocati da altri veicoli o natanti;

da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione, fatta eccezione per quanto diversamente indicato nell'articolo Oggetto dell'assicurazione della presente sezione.

5. Forma dell'assicurazione

Le garanzie di cui alla sezione Incendio e garanzie complementari sono prestate a Valore intero ed a Valore a nuovo.

6. Colpa grave e dolo

L'Impresa indennizza i danni materiali e diretti agli enti assicurati causati da eventi per i quali è prestata l'assicurazione, anche se avvenuti con:

colpa, anche grave, del Contraente o dell'Assicurato, dei rappresentanti legali, degli amministratori o dei soci a responsabilità illimitata e delle persone del fatto delle quali il Contraente o l'Assicurato deve rispondere a norma di legge;

dolo delle persone del fatto delle quali il Contraente o l'Assicurato deve rispondere a norma di legge.

7. Stato d'uso dei fabbricati

L'assicurazione è prestata a condizione che i fabbricati indicati, compresi i relativi impianti e le strutture accessorie, siano in normale stato di conservazione e manutenzione.

8. Fabbricato in corso di ristrutturazione

L'Impresa indennizza i danni materiali e diretti agli enti assicurati causati da incendio, esplosione, scoppio o implosione anche quando nel fabbricato sono in corso lavori di ristrutturazione, per un massimo di 180 giorni consecutivi, a condizione che, in occasione della messa in opera dei materiali coibentanti e di rivestimento combustibili, siano osservati i seguenti accorgimenti nei locali interessati:

a) vi sia permanentemente la presenza di personale le cui mansioni siano rivolte precipuamente a sorvegliare ed intervenire prontamente, con i mezzi di estinzione più idonei, in caso di principio di incendio;

b) non vi sia presenza di materiale espanso in quantitativo superiore ai 10 metri cubi;

c) non vengano effettuate operazioni di saldatura in presenza di materiali coibentanti e di rivestimento che non siano già stati collocati in opera.

9. Rinuncia alla rivalsa verso terzi

L'Impresa rinuncia, salvo il caso di dolo, al diritto di surroga per le somme da essa pagate, derivante dall'articolo 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili del sinistro, sempreché il Contraente o l'Assicurato, a sua volta, non eserciti l'azione verso il responsabile.

4	SCHEDA RIEPILOGATIVA POLIZZA GLOBALE FABBRICATI
FABBRICATO	
Ubicazione del rischio: Caratteristiche costruttive: Destinazione del fabbricato: Numero di corpi di fabbricato: Valore più elevato: Anno di costruzione: Numero di piani fuori terra escluso seminterrati:	Via Vitorchiano 81/87 - 00189 Roma Telaio cemento armato Uffici 1 10.400.000,00 1989 3
GARANZIE	FRANCHIGIA E LIMITI DI INDENNIZZO
fabbricato danni subiti da apparecchiature di terzi ad uso esclusivo del fabbricato spese per il rimpiazzo del combustibile spese per demolire, sgombrare, trasportare, smaltire e trattare i residui danni d'acqua danni da occlusione e trabocco danni da gelo eventi sociopolitici terrorismo eventi atmosferici e terremoti sovraffaccarico neve fenomeno elettrico lastre	10.400.000 € 10.000 € e per periodo assicurativo 10.000 € per sinistro 45.000 € per sinistro 250,00 € di franchigia 5.000 € per sinistro e 250,00 € di franchigia 5.000 € per sinistro e 250,00 € di franchigia 250,00 € di franchigia 50 % della somma assicurata del fabbricato scoperto del 20% con minimo di 1.000 € 80 % della somma assicurata del fabbricato scoperto del 10% con minimo di 250,00 € 80% della somma assicurata del fabbricato scoperto del 10% somma assicurata 5.000 € e 250,00 € di franchigia somma assicurata 5.000 €
SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE	MASSIMALI, LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E SCOPERTI
responsabilità civile danni a cose in locali interrati o seminterrati danni da inquinamento accidentale danni da interruzione di attività	massimale 2.500.000 € limite 20.000 € per periodo assicurativo, 10% con minimo 1.000 € per merci poste ad altezza inferiore a 12 cm dal pavimento limite di indennizzo per danni a cose € 25.000 per periodo assicurativo, scoperto per danni a cose 10% con minimo 1.500 € e max 10.000 € limite di indennizzo € 25.000 per periodo assicurativo, scoperto per danni a cose 10% con minimo 1.500 € e max 10.000 €

Par. 5 - CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DELLA POLIZZA IMPIANTI E APPARECCHIATURE ELETTRONICHE

1.Oggetto dell'assicurazione

La garanzia è prestata a favore di tutte le apparecchiature ed impianti elettronici per ufficio compresi apparecchi fono auditivi, impianti e apparecchiature ad impiego mobile, di proprietà e/o in uso della Fipav, senza necessità di preventiva elencazione, per tutti i danni materiali e diretti causati da qualunque evento accidentale non espressamente escluso dalle ordinarie condizioni generali in materia.

Sono compresi altresì le apparecchiature come sopra specificate, presenti presso le sedi di tutti i Comitati periferici.

2.Esclusioni

Sono esclusi i danni:

a) causati con dolo o colpa grave dell'Assicurato, del Contraente, dei Rappresentanti Legali o dei Soci a responsabilità illimitata;

b) verificatisi in conseguenza di montaggi o smontaggi non connessi a lavori di pulitura, manutenzione o revisione;

c) verificatisi in occasione di trasporti e trasferimenti e relative operazioni di carico e scarico al di fuori dell'ubicazione indicata per gli impianti e apparecchiature mobili e al di fuori del luogo di installazione originaria per gli impianti e apparecchiature fissi;

d) dovuti all'inosservanza delle prescrizioni per l'installazione, la manutenzione e l'esercizio indicate dal costruttore e/o fornitore degli impianti e apparecchiature assicurati;

e) di natura estetica che non siano connessi con danni indennizzabili;

f) attribuibili a difetti noti al Contraente o all'Assicurato all'atto della stipulazione della polizza o dell'inserimento in garanzia degli impianti e apparecchiature assicurati;

g) ai tubi e valvole elettronici nonché a lampade ed altre fonti di luce salvo che siano connessi a danni indennizzabili verificatisi anche ad altre parti degli impianti e apparecchiature assicurati;

h) per ammarchi constatati in sede di inventario, per smarrimenti in genere;

i) di deperimento, logoramento, usura, corrosione, ossidazione che siano conseguenza naturale dell'uso o funzionamento o causati dagli effetti graduali degli agenti atmosferici;

j) per i quali deve rispondere per legge o per contratto il costruttore, il venditore o il locatore degli impianti e apparecchiature assicurati;

l) verificatisi in occasione di atti di guerra, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazioni di fabbrica ed edifici in genere, sequestri, atti di terrorismo o di sabotaggio, occupazione militare, invasione, salvo che il Contraente o l'Assicurato provi che il sinistro non ebbe nessun rapporto con tali eventi;

m) causati da atti vandalici o dolosi a chiunque riferibili, salvo i danni di furto;

n) verificatisi in occasione di esplosione o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che il Contraente o l'Assicurato provi che il sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi.

Sono altresì esclusi:

o) i danni, difetti e disturbi la cui riparazione o eliminazione rientra nelle prestazioni del contratto di assistenza tecnica, anche se non sottoscritto dall'Assicurato, proposto dal fornitore o da organizzazioni da esso autorizzate; non sono comunque indennizzabili, a prescindere dall'esistenza e dalle prestazioni di detto contratto, i costi (comprensivi della manodopera e dei pezzi di ricambio) sostenuti per:

- controlli di funzionalità e manutenzione preventiva;

- eliminazione di disturbi e difetti a seguito di usura;

- aggiornamento tecnologico;

- riparazione e/o eliminazione di danni, difetti e disturbi verificatisi senza concorso di cause accidentali esterne, salvo i danni di incendio, esplosione, scoppio;

- p) i danni verificatisi in conseguenza di campi di energia ad impianti e apparecchiature per la diagnosi, la terapia ed il controllo dei materiali con raggi energetici;
- q) i danni agli impianti e alle apparecchiature in deposito, giacenza o immagazzinamento;
- r) i danni ai conduttori esterni agli impianti e apparecchiature elettronici assicurati, non costituenti la dotazione degli stessi;
- s) i costi di scavo, sterro, punteggiatura, demolizione e rifacimento di muratura, pavimentazione e simili.

3.Danni di furto

Limitatamente ai danni di furto, tentato o consumato, la garanzia è prestata alla condizione che ogni apertura verso l'esterno dei locali contenenti gli impianti e le apparecchiature assicurati, situata in linea verticale a meno di 4 m dal suolo o da superfici acquee o da ripiani accessibili e praticabili, per via ordinaria, senza impiego di mezzi artificiosi o di particolare agilità personale, sia difesa, per tutta la sua estensione, da robusti serramenti di legno, materia plastica rigida, vetro antisfondamento, metallo o lega metallica, chiusi con serrature, lucchetti di sicurezza o altri idonei congegni manovrabili esclusivamente dall'interno, oppure sia protetta dà inferriate fissate nel muro.

Nelle inferriate e nei serramenti di metallo o lega metallica sono ammesse luci, se rettangolari, di superficie non superiore a 900 cm² e con lato minore non superiore a 18 cm oppure, se non rettangolari, di forma inscrivibile nei predetti rettangoli, ovvero di superficie non superiore a 400 cm².

Negli altri serramenti sono ammessi spioncini o feritoie di superficie non superiore a 100 cm².

Se detti mezzi di chiusura non esistono o non corrispondono ai requisiti sopra indicati o non sono messi in funzione, l'indennizzo sarà effettuato, per singolo sinistro, previa detrazione di un importo pari al 25 % dell'indennizzo medesimo con il minimo pari all'importo della franchigia indicata nella presente polizza.

Sono parificati ai danni di furto i danneggiamenti agli impianti e alle apparecchiature assicurati, provocati in occasione del tentato o consumato furto.

4.Determinazione del danno

La determinazione del danno viene eseguita separatamente per ogni singola partita di polizza secondo le norme che seguono:

a) nel caso di "danno suscettibile di riparazione":

a1) si stima l'importo totale delle spese di riparazione, valutate secondo i costi al momento del sinistro, necessarie per ripristinare l'impianto o l'apparecchiatura danneggiata nello stato funzionale in cui si trovava al momento del sinistro;

a2) si stima il valore ricavabile, al momento del sinistro, dai residui delle parti sostituite.

L'indennizzo massimo sarà pari all'importo stimato come da comma a 1) diminuito dell'importo stimato come da comma a2), salvo che la Società non si avvalga della facoltà di ritirare i residui delle parti sostituite, nel qual caso l'indennizzo sarà pari all'importo stimato come da comma a1).

b) Nel caso di "danno non suscettibile di riparazione":

b1) si stima il costo di rimpiazzo a nuovo al momento del sinistro dell'impianto od apparecchiatura danneggiata colpita dal sinistro stesso;

b2) si stima il valore ricavabile dai residui.

L'indennizzo massimo sarà pari all'importo stimato come da comma b1), diminuito dell'importo stimato come da comma b2).

Questa stima riguarda solo impianti ed apparecchiature in funzione ed è valida a condizione che:

- i danni si siano verificati entro 5 anni successivi a quello di costruzione;
- il rimpiazzo o la riparazione siano eseguiti entro 6 mesi dalla data del sinistro;
- il costruttore non abbia cessato la fabbricazione dell'impianto o dell'apparecchiatura danneggiata, oppure questo/a sia ancora disponibile o siano disponibili i pezzi di ricambio.

Qualora non siano soddisfatte tutte le condizioni precedenti si applicano le norme che seguono:

b3) si stima il valore dell'impianto o dell'apparecchiatura danneggiato, al momento del sinistro, tenuto conto della sua vetustà e del suo deperimento per uso o altra causa;

b4) si stima il valore ricavabile dai residui.

L'indennizzo massimo sarà pari all'importo stimato come da comma b3), diminuito dell'importo stimato come da comma b4).

Un danno si considera non suscettibile di riparazione se il valore dello stesso determinato in base al comma a) è uguale o superiore al valore determinato in base al comma b).

La Società ha la facoltà di provvedere direttamente al ripristino dello stato funzionale dell'impianto o dell'apparecchiatura danneggiata o al suo rimpiazzo con altro/a uguale o equivalente per caratteristiche, prestazioni e rendimento.

Sono escluse dall'indennità le spese per eventuali tentativi di riparazione, riparazioni provvisorie, per modifiche o miglioramenti, le maggiori spese per ore straordinarie di lavoro e per trasporti aerei o altri mezzi di trasporto diversi dal normale.

5. Valore assicurabile - Assicurazione parziale

Per valore assicurabile si intende il costo di rimpiazzo a nuovo degli impianti e delle apparecchiature elettronici, ossia il loro prezzo di listino o, in mancanza, il costo effettivo per la sostituzione con un impianto o apparecchiatura nuova e eguale oppure, se questi non fossero più disponibili, con uno/a equivalente per caratteristiche, prestazioni e rendimento, comprensivo delle spese di trasporto, dogana, montaggio e collaudo, nonché delle imposte, qualora queste non possono essere recuperate dall'Assicurato.

Sconti e prezzi di favore-non influiscono nella determinazione del costo di rimpiazzo a nuovo.

Se dalle stime fatte con le norme che precedono risulta che il valore assicurabile di una o più partite, prese ciascuna separatamente, eccede, al momento del sinistro, le somme rispettivamente assicurate con le partite stesse, la Società risponde del danno in proporzione al rapporto fra la somma assicurata e il costo di rimpiazzo a nuovo risultante al momento del sinistro.

6. Conservazione delle cose assicurate

Le cose assicurate devono essere conservate con diligente cura e tenute in condizioni tecniche e funzionali in relazione al loro uso e alla loro destinazione, secondo le norme della buona manutenzione.

Inoltre, non devono mai essere adibite a funzioni diverse da quelle per cui sono state costruite.

7. Limite massimo dell'indennizzo

Salvo il caso previsto dall'art. 1914 del Codice Civile, a nessun titolo la Società potrà essere tenuta a pagare, per uno o più sinistri verificatisi nel corso dell'annualità o periodo assicurativo, somma maggiore di quella assicurata.

8. Limitazione dell'assicurazione in caso di esistenza di assicurazioni presso diversi assicuatori

Se al momento del sinistro esistono altra o altre assicurazioni sugli stessi impianti, apparecchiature ed altre cose per uno o più degli stessi rischi, la presente assicurazione ha effetto soltanto per la parte di danno eccedente l'ammontare che risulta coperto da tale altra o tali altre assicurazioni.

9. Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di

polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti o col consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

10. Franchigia

Il pagamento dell'indennizzo, dovuto dalla Società, sarà effettuato previa detrazione, per singolo sinistro, dell'importo di 250,00 Euro salvo quanto eventualmente stabilito dalle singole estensioni o delimitazioni di garanzia relativamente alle stesse.

11. Danni da fenomeno elettrico

I danni agli impianti e apparecchiature assicurati causati da fenomeno elettrico di origine esterna sono indennizzabili a condizione che l'impianto elettrico e l'impianto di messa a terra siano a norma di legge, fermo restando le esclusioni di cui al punto 2.

Il pagamento del relativo indennizzo sarà effettuato, per singolo sinistro, previa detrazione di:

- 250,00 Euro, qualora risulti danneggiato dal medesimo evento un dispositivo di protezione contro i danni o disturbi elettrici, dedicato alle apparecchiature elettroniche, oppure risulti danneggiato dal medesimo evento l'interruttore differenziale (salvavita) o altro elemento di protezione contro la sovrattensione o la sovraccorrente, installati dopo il contatore dell'azienda distributrice nell'impianto elettrico a cui sono collegati gli impianti e apparecchiature assicurati;
- un ammontare pari al 50% dell'indennizzo medesimo con il minimo di 500,00 Euro, qualora non risulti danneggiato nessun tipo di protezione sopraindicata.

12. Impianto di condizionamento

Qualora il costruttore o il fornitore prescriva un impianto di condizionamento d'aria al servizio degli impianti e apparecchiature assicurati, non sono indennizzabili i danni che si verificano in seguito a variazioni dei valori dell'umidità e della temperatura ambientali, causate da un mancato o difettoso funzionamento dello stesso, qualora non risulti funzionante un impianto di segnalazione ottica o acustica, completamente indipendente dall'impianto di condizionamento, che indichi o segnali guasti o variazioni dei valori e semprechè questa segnalazione sia in grado di provocare l'intervento immediato per prevenire o limitare il danno, anche al di fuori dell'orario di lavoro.

13. Impianti e apparecchiature elettroacustici o audiovisivi

Relativamente agli impianti e apparecchiature elettroacustici o audiovisivi sono esclusi dall'assicurazione i nastri magnetici, i dischi grammofonici, i bracci, le testine dei giradischi e dei registratori e gli altri supporti di suono e immagini.

14. Impianti e apparecchiature elettromedicali

Relativamente agli impianti e apparecchiature elettromedicali sono esclusi dall'assicurazione i danni alle sonde, ai microfoni, agli elettrodi, alle testine, ai cavetti di misurazione e alle parti accessorie intercambiabili, salvo che siano in diretta connessione con danni indennizzabili, verificatisi anche alle altre componenti dell'impianto o apparecchiatura assicurati.

5	SCHEDA RIEPILOGATIVA POLIZZA IMPIANTI E APPARECCHIATURE ELETTRONICHE	
OGGETTO DELLA GARANZIA		
<p>La garanzia è prestata a favore di tutte le apparecchiature ed impianti elettronici per ufficio compresi apparecchi fono auditivi, impianti e apparecchiature ad impiego mobile, di proprietà e/o in uso della Fipav, senza necessità di preventiva elencazione, per tutti i danni materiali e diretti causati da qualunque evento accidentale non espressamente escluso dalle ordinarie condizioni generali in materia.</p> <p>Sono compresi altresì le apparecchiature come sopra specificate, presenti presso le sedi di tutti i Comitati periferici.</p>		
SOMMA ASSICURATA (Consistenza patrimoniale, con riferimento al valore inventariale, dei beni suindicati, comprensiva di tutti gli apparecchi presenti presso a sede centrale e presso le sedi dei Comitati periferici)	€ 1.446.868	
SOMMA ASSICURATA PER CIASCUNA PARTITA	pari al costo di rimpiazzo a nuovo degli impianti e delle apparecchiature elettroniche assicurate, ossia al prezzo di listino, comprensivo delle spese di imballaggio, trasporto, dogana e montaggio, di una partita nuova uguale, o in mancanza, di una equivalente per caratteristiche , prestazioni e rendimento.	
Impianti ed apparecchi ad impiego mobile assicurati in itinere sul territorio nazionale, con estensione all'estero per le apparecchiature elettroniche utilizzate dalla Squadre Nazionali.	MASSIMALE € 5.000,00	
Copertura furto ed atti vandalici		

Par. 6 – TUTELA LEGALE

1.Oggetto dell'assicurazione

La società assicura, nei limiti del massimale convenuto e dedotte le eventuali franchigie e scoperti, gli oneri relativi all'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si renda necessaria a tutela degli interessi degli assicurati per violazioni di legge o lesioni di diritti connesse all'esercizio dell'attività indicata in polizza.

Tali oneri sono:

-le spese per un legale;

-le spese per un secondo legale domiciliatario, unicamente in fase giudiziale, per un rimborso massimo fino a Euro 2.000,00. Tali spese vengono riconosciute solo quando il distretto di Corte d'Appello nel quale viene radicato il procedimento giudiziario è diverso da quello di residenza dell'assicurato;

-le spese relative al contributo unificato;

-le spese di giustizia in sede penale;

-le spese investigative per la ricerca e l'acquisizione di prove a difesa;

-le spese per un perito nominato dall'autorità giudiziaria, o dall'assicurato, previo consenso della società;

-le spese liquidate a favore della controparte in caso di soccombenza, o le spese ad essa eventualmente dovute in caso di transazione autorizzata dalla società;

-gli oneri relativi alla registrazione di atti giudiziari entro il limite massimo di Euro 500,00

2. Persone e rischi assicurati

La garanzia viene prestata a favore del Presidente, Dirigenti, Segretario e Dipendenti della FIPAV Federazione Italiana Pallavolo che, in conseguenza di fatti e atti connessi all'espletamento del servizio e all'adempimento dei compiti d'ufficio, si trovino implicati in procedimenti penali, amministrativi o civili, ovvero debbano agire in sede civile per ottenere il risarcimento di danni subiti per fatto illecito di Terzi, purché non vi sia conflitto di interessi con la FIPAV (Federazione Italiana Pallavolo) contraente.

La difesa in sede civile opera esclusivamente in presenza di una polizza di Responsabilità Civile, ad integrazione e dopo esaurimento di ciò che é dovuto dalla stessa (art. 1917 del Codice Civile, terzo comma). Qualora la predetta copertura di Responsabilità civile, pur esistente, non sia operante, la garanzia è prestata a primo rischio.

3.Esclusioni

La garanzia non sarà operante nei seguenti casi:

il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;

in relazione a spese per controversie derivanti da fatti dolosi e/o gravemente colposi dell'Assicurato: la Soci età provvederà ugualmente al rimborso delle spese legali e peritali qualora l'Assicurato venga assolto con sentenza passata in giudicato oppure il reato venga derubricato da doloso e/o gravemente colposo a colposo. Resta ferma la inoperatività dell'assicurazione qualora il reato venga estinto per qualsiasi causa.

il fatto che ha dato origine al procedimento giudiziario non è strettamente connesso al servizio ed alle mansioni cui è adibito l'Assicurato:

se sussiste conflitto di interesse tra il Contraente e l'Assicurato;

derivanti dalla proprietà e dall'uso di natanti e di imbarcazioni muniti di motore, nonché da 11 a propri età e da 11 'uso di veicoli a motore soggetti all'assicurazione obbligatoria di responsabilità civile;

controversie contrattuali compreso il recupero crediti;

controversie di diritto tributario e fiscale;

rapporti di lavoro e vertenze sindacali;

fatti conseguenti a tumulti popolari, fatti bellici, rivoluzioni, atti di vandalismo, scioperi e serrate;

Inoltre l'assicurazione non è operante:

per controversie che risalgano a fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento;

4.Limiti territoriali

L'assicurazione vale per le controversie derivanti da violazioni di norme o inadempimenti verificatisi nella Repubblica italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.

5.Decorrenza della garanzia

L'assicurazione è prestata per i sinistri verificatisi durante il periodo di operatività della polizza o nei dodici mesi successivi alla sua cessazione, purché si tratti di sinistri conseguenti a violazioni di leggi o a lesioni di diritti avvenuti durante il periodo di operatività della polizza stessa.

Qualora le violazioni di legge o le lesioni di diritti si protraggano attraverso più atti successivi, esse si considerano avvenute al momento in cui è stato posto in essere il primo atto.

Si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro:

le vertenze promosse da o contro più persone aventi per oggetto lo stesso fatto;

domande identiche o connesse;

le imputazioni penali a carico di più persone assicurate con la presente polizza dovute al medesimo fatto;

le imputazioni penali per reato continuato.

6.Scelta del legale

L'assicurato ha il diritto di scegliere un legale di sua fiducia segnalandone il nominativo alla Società la quale assumerà a proprio carico le spese relative. La procura al legale designato dovrà essere rilasciata dall'Assicurato il quale fornirà altresì la documentazione necessaria regolarizzandola a proprie spese secondo le norme fiscali in vigore. La normativa sopra riportata vale anche per la scelta del perito. L'assicurato può avvalersi della facoltà di sostituire il legale, precedentemente indicato per la gestione della controversia, purché la data di decorrenza dell'incarico al nuovo legale sia successiva alla data di cessazione del precedente incarico.

6	POLIZZA TUTELA LEGALE
CATEGORIE	NUMERI 105
PRESIDENTE	1
SEGRETARIO	1
VICEPRESIDENTI	2
COMPONENTI CONSIGLIO FEDERALE E REVISORI CONTI	15
PRESIDENTI COMITATI	86
MASSIMALE per ciascun sinistro ed indipendentemente dal numero dei sinistri notificati dall'assicurato durante lo stesso periodo assicurativo.	€ 30.000
LIMITE DI INDENNIZZO in caso di corresponsabilità tra più assicurati nello stesso sinistro, per periodo assicurativo annuo.	€ 30.000
MASSIMO ESBORSO ANNUO	€ 90.000

Par.7 – RESPONSABILITÀ AMMINISTRATORI

1.Oggetto dell'assicurazione

1.1 Responsabilità civile amministratori ed altri organi aziendali

L'assicuratore pagherà alle o per conto delle persone assicurate (amministratore, direttore generale, dirigente, membro del collegio sindacale o altro organo aziendale o posizione equivalente) qualsiasi perdita derivante da una richiesta di risarcimento presentata per la prima volta durante il periodo di assicurazione o periodo di ultrattività (qualora applicabile), escluso il caso in cui le stesse siano indennizzabili o siano state indennizzate dalla società, o qualora la stessa sia tenuta ad indennizzarle.

1.2 Rimborso alla società

L'assicuratore pagherà alla o per conto della società qualsiasi perdita derivante da una richiesta di risarcimento presentata per /a prima volta alla persona assicurata durante il periodo di assicurazione o periodo di ultrattività, a condizione che la società abbia indennizzato o abbia deciso o abbia il dovere di indennizzare la persona assicurata.

1.3 Amministratore di organizzazione esterna

L'assicuratore pagherà alla o per conto della persona fisica che ricopre la posizione di amministratore, direttore generale, dirigente, membro del collegio sindacale o altro organo aziendale o posizione equivalente in una organizzazione esterna qualsiasi perdita derivante da una richiesta di risarcimento presentata per lo prima volto durante il periodo di assicurazione o periodo di ultrattività.

Salvo diversa disposizione di legge, la garanzia prestata dalla presente clausola opererà solo in seguito all'integrale erosione del limite di indennizzo e in eccesso rispetto a qualsiasi analoga polizza della responsabilità civile sottoscritta dall'organizzazione esterna o qualsiasi altra forma di indennizzo giuridicamente ammissibile e percepibile.

2.Estensioni

2.1 Controversie li lavoro su base individuale

L'assicuratore pagherà allo o per conto dello persona assicurata le perdite derivanti o conseguenti a qualsiasi richiesta di risarcimento dovuto ad un atto dannoso relativo a controversie di lavoro e presentata per la prima volta durante il periodo di assicurazione o periodo di ultrattività.

2.2 Costi di emergenza

In situazioni di emergenza le persone assicurate sono autorizzate a sostenere costi di difesa senza il preventivo consenso scritto dell'assicuratore nel caso in cui lo stesso non possa essere ragionevolmente ottenuto anticipatamente. L'assicuratore si impegna ad approvarli con effetto retroattivo alla data in cui la persona assicurata avrebbe potuto ottenere il consenso scritto dell'assicuratore.

2.3 Precedenti persone assicurate

L'assicuratore pagherà alle o per conto delle precedenti persone assicurate qualsiasi perdita derivante da una richiesta di risarcimento presentata loro per la prima volta entro i 72 mesi dalla data di cessazione dall'incarico e relativa ad un atto dannoso commesso antecedentemente alla stessa, a condizione che la Polizza non sia rinnovata o sostituita con analoga polizza.

Qualsiasi richiesta di risarcimento ai sensi della presente clausola sarà allocata al periodo di assicurazione antecedente alla data di mancato rinnovo.

2.4 Presenza ad indagini ed inchieste

L'assicuratore pagherà inoltre per conto di qualsiasi persona assicurata

i costi di indagine derivanti o conseguenti a qualsiasi inchiesta, indagine o esame formale in campo penale, amministrativo o regolamentare alla quale la persona assicurata è giuridicamente obbligata a partecipare, intrapreso da qualsiasi organo di controllo, organo o agenzia governativa riguardante l'attività della società durante il periodo di assicurazione.

2.5 Spese per il recupero dell'immagine

L'assicuratore pagherà inoltre per conto di qualsiasi persona assicurata le spese di recupero dell'immagine sostenute con il preventivo consenso scritto dell'assicuratore al fine di ripristinare e/o mitigare il danno all'immagine della persona assicurata;

3.Esclusioni

L'assicuratore non è in alcun modo obbligato a effettuare alcun pagamento per perdite derivanti da, basate su o attribuibili a:

3.1 Condotta

- un guadagno, profitto o vantaggio al quale la persona assicurata non abbia diritto ai sensi di legge;
- una condotta dolosa, penalmente rilevante, disonesta, fraudolenta, premeditata o qualsiasi altra condotta posta in essere da una persona assicurata violando consapevolmente qualsiasi disposizione di legge.

L'esclusione opererà esclusivamente per la persona assicurata che ha posto in essere la condotta e a condizione che la stessa sia confermata mediante sentenza passata in giudicato, arbitrato od altro provvedimento definitivo, od in seguito ad ammissione da parte della persona assicurata stessa.

3.2 Conoscenza pregressa

- circostanze note dall'assicurato antecedentemente alla data di comunicazione o richieste di risarcimento o già comunicate, sia pure in via cautelativa, sulla base di altra polizza di cui la presente rappresenta il rinnovo o la sostituzione o alla quale la presente sia successa nel tempo,- o
- controversia pendente o antecedente alla data di comunicazione o controversia che riguardi o derivi dai medesimi fatti o fatti analoghi a quelli che avrebbero potuto essere dedotti in una controversia pendente o antecedente alla data di comunicazione.

3.3 Danni a cose e persone

Infortunio, malattia, stress emotivo o mentale, infermità o, morte di qualsiasi persona o perdita, distruzione o danneggiamento di qualunque bene, materiale ivi compresa la sua perdita d'uso.

3.4 Esclusione Responsabilità Civile Professionale

Una richiesta di risarcimento se originata, connessa o conseguente all'esecuzione di qualsiasi servizio professionale.

4. Inizio e termine della garanzia (principio claims made)

La polizza vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta, mediante raccomandata, alle persone assicurate e comunicate per iscritto all'assicuratore durante il periodo di assicurazione, o il periodo di ultrattività (qualora applicabile), a condizione che le stesse non si riferiscano ad atti dannosi già denunciati ad un altro assicuratore o siano antecedenti alla data di retroattività.

5. Garanzia postuma

L'Assicurazione è operante per i Sinistri che abbiano luogo durante un periodo di garanzia postuma di 2 (due) anni successivi alla data di scadenza della Durata del Contratto, purché derivanti da comportamenti colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia quale definito in questa polizza.

Altresì, nei confronti dell'Assicurato che nel corso della Durata del Contratto cessi dal servizio o dalle sue funzioni per pensionamento, morte o qualsiasi altro motivo diverso dal licenziamento per giusta causa l'assicurazione sarà operante durante un periodo di garanzia postuma di 5 (cinque) anni a partire dalla data di cessazione dal servizio, a copertura dei Sinistri che abbiano luogo dopo la cessazione dal servizio e derivanti da comportamenti colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia quale definito in questa polizza.

Il Massimale stabilito nella Scheda di Calcolo del Premio è l'obbligazione massima alla quale gli Assicuratori saranno tenuti cumulativamente per tutti i Sinistri pertinenti all'intera durata della garanzia postuma.

6. Proroga dell'assicurazione

La Polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di preventiva comunicazione scritta. Il suo rinnovo alla fine del periodo di assicurazione è soggetto a nuovo accordo con l'assicuratore.

7	RESPONSABILITA' AMMINISTRATORI
CATEGORIE	NUMERI 105
PRESIDENTE	1
SEGRETARIO	1
VICEPRESIDENTI	2
COMPONENTI IL CONSIGLIO FED. E REV.	15
PRESIDENTI COMITATI	86
MASSIMALE aggregato annuo complessivo	€ 1.500.000
LIMITE PER SINISTRO	€ 1.500.000
LIMITE ANNUO IN CASO DI CORRESPONSABILITA'	€ 1.500.000

Par. 7.1 - RESPONSABILITÀ CIVILE DIPENDENTI

1. Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione è prestata per la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per Perdite Patrimoniali cagionate a terzi in conseguenza di atti od omissioni di cui debba rispondere a norma di legge nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali, compresi i fatti dolosi e colposi commessi da persone di cui l'Assicurato stesso debba rispondere ai sensi di legge.

La garanzia di cui sopra comprende le Perdite Patrimoniali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina.

Si conviene inoltre che in caso di decesso dell'Assicurato rimane l'obbligo degli Assicuratori a tenere indenni gli eredi da Sinistri conseguenti a comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato durante il Periodo di Efficacia come definito, ferme in ogni caso le prescrizioni previste dalla legge.

2. Legittimazione

La FIPAV assume pertanto la veste di Contraente, ovvero della persona giuridica che stipula l'assicurazione, adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa, ed esercita conseguentemente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva, con il consenso degli Assicurati che si intende espressamente acquisito e prestato in sede di promozione e stipula del presente contratto anche se qui non formalmente riprodotto e rappresentato.

3. Perdite Patrimoniali per interruzione o sospensione di attività di terzi

L'assicurazione comprende le Perdite Patrimoniali sofferte da terzi a seguito di interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.

4. Perdite Patrimoniali per l'attività connessa all'assunzione del personale

L'assicurazione comprende le Perdite Patrimoniali derivanti dall'attività connessa all'assunzione e gestione del personale.

5. Perdite Patrimoniali per le attività di cui al D.Lgs. 81 /2008

Sempre che l'Assicurato sia in possesso delle qualifiche legalmente richieste e che si sia sottoposto all'addestramento previsto dalla legge, e ferme restando tutte le altre condizioni ed esclusioni di polizza, l'assicurazione è operante per le responsabilità poste a carico dell'Assicurato dalla normativa in materia di igiene (rumori, microclima, polveri e fumi, acque e vapore) e sicurezza e salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro; sono pertanto comprese in garanzia anche le attività svolte dall'Assicurato in funzione di:

"Datore di lavoro e/o Responsabile del servizio di prevenzione e protezione ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Si precisa che la copertura è pienamente operante anche se l'Assicurato non ha seguito un idoneo corso, se tale corso non gli viene richiesto nell'ambito del medesimo D.Lgs. 81/2008.

"Committente"

"Responsabile dei lavori"

"Coordinatore per la Progettazione e/o Coordinatore per l'esecuzione dei lavori ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i."

6. Danni per le attività di cui al D.Lgs. 196/2003

La garanzia di cui alla presente polizza comprende le Perdite Patrimoniali involontariamente cagionate dall'Assicurato a terzi in conseguenza di una non intenzionale violazione degli obblighi di legge, in relazione al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, degli stessi. La garanzia è valida a condizione che il trattamento dei dati personali predetti sia strettamente strumentale allo svolgimento delle attività istituzionali dell'Assicurato. La garanzia copre i Danni cagionati in violazione dell'Art. 11 del D.Lgs. 196/2003 e comportanti una Perdita Patrimoniale anche ai sensi dell'Art. 2050 c.c. e un Danno non patrimoniale ai sensi dell'Art. 2059 c.c.

7.Perdite Patrimoniali per le attività di acquisizione in economia

Ove l'Assicurato sia legittimato a procedere ai sensi dell'Art. 125 del D.lgs. 163/2006 all'acquisizione di lavori, servizi e forniture in economia mediante amministrazione diretta o procedura di cattimo fiduciario, l'assicurazione s'intende estesa alle responsabilità derivanti all'Assicurato in conseguenza di Perdite Patrimoniali, esclusi i Danni Materiali e corporali, ancorché conseguenti ad inadempimento ed inesatto adempimento delle obbligazioni assunte dall' impresa cattimista.

8.Massimale - Franchigia

Per ogni singolo Assicurato, l'assicurazione è prestata fino alla concorrenza del Massimale stabilito nella scheda allegata per ciascun Sinistro e cumulativamente per l'insieme di tutti i sinistri verificatisi in uno stesso periodo di Assicurazione, indipendentemente dal numero dei sinistri stessi.

In ogni caso il massimo esborso per gli Assicuratori non potrà superare per la totalità degli Assicurati la somma indicata nella scheda allegata per periodo di Assicurazione.

In caso di corresponsabilità tra più Assicurati nello stesso sinistro, gli assicuratori risponderanno fino e non oltre il massimale indicato nella scheda di calcolo del premio indipendentemente dal numero degli assicurati coinvolti.

Restano fermi i limiti di indennizzo stabiliti. L'assicurazione è prestata senza l'applicazione di una franchigia.

9. Rischi esclusi dall'assicurazione

L'Assicurazione non vale per i Sinistri relativi a:

- a) Danni Materiali di qualsiasi tipo;
 - b) l'attività svolta dall'Assicurato quale componente di consigli di amministrazione o collegi sindacali di altri Enti della Pubblica Amministrazione e/o enti privati;
 - c) la stipula e/o la mancata stipula e/o la modifica di assicurazioni, nonché ogni controversia derivante dalla ripartizione fra Assicurato e Contraente dell'onere di pagare premi, nonché il pagamento e/o mancato o tardivo pagamento di premi;
 - d) le azioni od omissioni imputabili all'Assicurato a titolo di dolo accertato con provvedimento definitivo dell'autorità competente;
 - e) l'inquinamento di qualsiasi genere di aria, acqua e suolo, danni ambientali in generale, la presenza e gli effetti diretti e indiretti, di amianto o di muffa tossica di qualsiasi tipo;
 - f) il possesso, la custodia o l'uso, da parte di qualsiasi persona, di autoveicoli, rimorchi, natanti o velivoli, esclusa comunque ed in ogni caso la Responsabilità Civile di cui al Titolo X del D.Lgs. 209/2005;
 - g) fatti o circostanze pregresse già note all'Assicurato e/o denunciate prima della data d'inizio della durata del contratto;
 - h) multe, ammende e sanzioni inflitte direttamente contro l'Assicurato salvo che siano inflitte contro terzi, compresa la Pubblica Amministrazione in genere, a seguito di errore professionale da parte dell'Assicurato;
 - i) le responsabilità, accertate con provvedimento definito dell'autorità competente, che gravino personalmente su qualsiasi Dipendente per colpa grave e per Responsabilità Amministrativa o Amministrativa-Contabile;
- nonché per i Danni:
- j) derivanti da sviluppo comunque insorto, controllato o meno di energia nucleare o di radioattività;
 - k) derivanti direttamente o indirettamente da guerra {dichiarata e non}, invasione, atti di nemici esterni/ ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), di guerra civile/ ribellione rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere/ occupazione militare tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.

9. Assicurazione "claims made" - Retroattività

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" e vale per i sinistri che abbiano luogo per la prima volta nel corso del periodo di assicurazione e che siano regolarmente denunciati agli

assicuratori durante lo stesso periodo a condizione che siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere dall'assicurato durante il periodo di efficacia quale definito in questa polizza, ossia non oltre 5 (cinque) anni prima della data di inizio della durata del contratto, e a condizione che non siano già noti all'Assicurato o già sottoposti all'esame della Corte dei Conti.

Agli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1892 e 1893 c.c. l'Assicurato, dopo appropriati accertamenti, dichiara che al momento della stipulazione di questo contratto non ha ricevuto comunicazioni, richieste o notifiche che possano configurare un Sinistro quale definito in questa polizza.

L'assicurazione cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato licenziato per giusta causa.

10. Garanzia postuma

L'Assicurazione è operante per i Sinistri che abbiano luogo durante un periodo di garanzia postuma di 2 (due) anni successivi alla data di scadenza della Durata del Contratto, purché derivanti da comportamenti colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia quale definito in questa polizza.

Altresì, nei confronti dell'Assicurato che nel corso della Durata del Contratto cessi dal servizio o dalle sue funzioni per pensionamento, morte o qualsiasi altro motivo diverso dal licenziamento per giusta causa l'assicurazione sarà operante durante un periodo di garanzia postuma di 5 (cinque) anni a partire dalla data di cessazione dal servizio, a copertura dei Sinistri che abbiano luogo dopo la cessazione dal servizio e derivanti da comportamenti colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia quale definito in questa polizza.

Il Massimale stabilito nella Scheda di Calcolo del Premio è l'obbligazione massima alla quale gli Assicuatori saranno tenuti cumulativamente per tutti i Sinistri pertinenti all'intera durata della garanzia postuma.

L'assicurazione cessa automaticamente nei confronti del l'Assicurato licenziato per giusta causa, qualora risulti che i Danni relativi a un Sinistro rientrante nella garanzia postuma sono risarcibili da altra assicurazione stipulata direttamente dall'Assicurato o da altri per suo conto, la garanzia postuma non sarà applicabile a tale Sinistro.

11. Estensione territoriale

L'assicurazione vale per i Sinistri derivanti da comportamenti colposi posti in essere nel territorio dell'Unione Europea, della Confederazione Svizzera, dello Stato Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino.

Nonostante quanto sopra, viene concordato che l'assicurazione è valida anche nei confronti di dipendenti consolari ambasciatoriali mentre prestano servizio anche in paesi diversi da quelli sopra citati, ma limitatamente alle Perdite Patrimoniali determinate ai termini della legge italiana ed esclusivamente in relazione ad attività previste e consentite dal loro contratto di lavoro o mandato specifico consolare o ambasciatoriale.

12. Persone non considerate terzi

Non sono considerate terzi il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente convivente e le società di cui l'Assicurato è taluna delle predette figure sia amministratore o componente sindacale.

13. Cessazione dell'assicurazione

Oltre agli altri casi previsti dalla legge, e salvo la garanzia postuma, l'assicurazione termina in caso di cessazione dell'Assicurato dall'incarico istituzionale per pensionamento, per dimissioni o per altri motivi.

14. Vincolo di solidarietà

L'assicurazione vale esclusivamente per la personale responsabilità dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuatori risponderanno soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

15. Attività di rappresentanza

L'Assicurazione vale per gli incarichi anche di carattere collegiale e/o commissariale svolti dall'Assicurato in rappresentanza e su mandato del Contraente in uno o più organi collegiali.

16. Copertura sostituti

Nel caso di sostituzione temporanea o permanente dell'Assicurato, l'Assicurazione s'intende automaticamente operante nei confronti dei relativi sostituti dal momento del loro incarico e l'ammontare del premio relativo alla figura del sostituto sarà compensato con quello già corrisposto per l'Assicurato sostituito.

17. Sinistri in serie

In caso di Sinistri in serie, ossia risalenti tutti a una stessa causa provocatrice di Danni a più persone, la data in cui ha luogo il primo Sinistro regolarmente denunciato agli Assicuratori sarà considerata come data di tutti i successivi Sinistri, seppur notificati all'Assicurato in epoche diverse e successive e anche dopo la data di cessazione di questa assicurazione.

18. Gestione delle vertenze di Sinistro - Spese legali

Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze sia in sede stragiudiziale che giudiziale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso con l'assenso dell'Assicurato.

Sono a carico degli Assicuratori le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del Massimale stabilito in polizza per il Danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto Massimale, le spese vengono ripartite fra Assicuratori e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse, fermo restando il limite di un quarto del Massimale di cui sopra.

Gli Assicuratori non riconoscono spese incontrate dall'Assicurato per i legali che non siano da essi designati e non rispondono di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

19. Copertura a "secondo rischio"

Qualora esistano o vengano stipulate altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e a risarcire gli stessi Danni, l'assicurazione prestata con questo contratto opererà a "secondo rischio", cioè a coprire quella parte dei Danni e delle spese che eccederà il Massimale o i Massimali previsti da tali altre assicurazioni, e ciò fino a concorrenza del Massimale stabilito in questa polizza e ferme le franchigie convenute.

7.1		POLIZZA RC DIPENDENTI	
CATEGORIE		NUMERI	
DIPENDENTI/QUADRI DELLA FEDERAZIONE PALLAVOLO	AMMINISTRATIVI ITALIANA	AGGREGATO	Totale 8
MASSIMALE COMPLESSIVO LORDO		€ 1.500.000	
LIMITE PER SINISTRO		€ 1.500.000	
LIMITE ANNUO IN CASO DI CORRESPONSABILITA'		€ 1.500.000	

Par.8 – CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE AUTO RISCHI DIVERSI

1. Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga, fino alla concorrenza degli importi indicati nell'allegata scheda e nei limiti ed alle condizioni che seguono, ad indennizzare i danneggiamenti materiali e diretti, compresi i pezzi di ricambio e gli accessori subiti da:

- veicoli non di proprietà dell'Ente usati da Ufficiali di Gara, Componenti Staff Tecnico delle Rappresentative Nazionali, Componenti Consiglio Federale, Componenti Collegio Revisori dei Conti, Segretario Generale, Dipendenti federali, Presidenti Comitati regionali e provinciali, Componenti Commissioni ed utilizzati in occasione di missioni o incarichi legati alla propria funzione e di viaggi di servizio fuori ufficio, svolti per conto della Contraente, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio stesso, in conseguenza di:

- collisione con altri veicoli;
- urto con ostacoli di qualsiasi genere fissi o mobili;
- ribaltamento e uscita di strada;
- atti vandalici e socio politici;
- eventi naturali.

L'assicurazione comprende anche i danni subiti dai pezzi di ricambio e dalle parti accessorie forniti dalla casa costruttrice, se stabilmente installati sul veicolo.

2. Delimitazione dell'assicurazione

Le garanzie sono prestate fino alla concorrenza massima dell'importo indicato nella scheda allegata, a primo rischio assoluto per ogni veicolo assicurato fermo restando che l'importo del danno calcolato in base alla predetta condizione non può essere superiore in ogni caso al valore commerciale del veicolo al momento del sinistro.

L'Assicurazione non è operante:

- se il veicolo è guidato da persone non munite di regolare patente ovvero mancanti di requisiti previsti dalla Legge e comunque non autorizzati dalla Contraente;
- se il conducente si trova in stato di ubriachezza o di alterazione psichica dovuta ad uso di sostanze stupefacenti;
- se il sinistro si verifica in conseguenza di attività illecite od estranee agli scopi della missione.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione i danni:

- consequenti a furto o rapina (consumati o tentati) del mezzo o derivanti da incendio, salvo che quest'ultimo non si sviluppi a seguito dei rischi assicurati all'art. 1;
- originati direttamente ed esclusivamente da atti di guerra, occupazioni militari, invasioni, insurrezioni, sviluppo – comunque insorto di energia;
- determinati od agevolati da dolo delle persone incaricate della guida, riparazione o custodia del veicolo;
- dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- verificatisi per l'utilizzo del veicolo per la partecipazione a gare o competizioni motoristiche e relative prove ed allenamenti.

3. Veicoli Assicurati

Il contraente non fornisce elenco dei veicoli assicurati.

Per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri od altri documenti equipollenti sui quali, la Contraente, secondo Leggi e Regolamenti Federali, regista in modo analitico:

- data e luogo della trasferta;
- generalità dell'assicurato autorizzato alla trasferta.

Tali registri od altri documenti equipollenti dovranno essere tenuti dal Contraente costantemente aggiornati e messi a disposizione in qualsiasi momento del personale incaricato dalla Società assicuratrice di effettuare accertamenti e controlli.

4. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino e tutti i paesi Europei compresi quelli dell'Est (ex Russia ed ex Jugoslavia) con esclusione dei paesi in stato di guerra.

5. Modalità per la denuncia dei sinistri

I sinistri devono essere denunciati dal Contraente e/o Assicurato alla Società entro trenta giorni lavorativi da quando ne sia venuto a conoscenza.

La denuncia deve contenere la data, il luogo e le cause del sinistro, l'indicazione delle sue conseguenze e della presumibile entità del danno, nonché gli estremi dell'assicurato danneggiato, dell'autorità inquirente e/o di eventuali testimoni.

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente e/o l'assicurato sia tenuto, devono essere fatte all'agenzia che ha in carico la polizza.

6. Determinazione dell'ammontare del danno

Premesso che la polizza è stipulata nella forma a "PRIMO RISCHIO ASSOLUTO", in caso di danno parziale la Società assicuratrice rimborserà il danno, delle parti dell'autoveicolo danneggiate o distrutte.

In caso di danno totale la Società rimborserà il valore commerciale dell'autoveicolo al momento del sinistro, dedotto il valore di recupero e, in ogni caso un importo non superiore al massimale indicato nell'allegata scheda.

Nella determinazione dell'ammontare del danno si terrà conto dell'incidenza dell'IVA ove la stessa rappresenti un costo per l'Assicurato.

Sono escluse in ogni caso dall'indennizzo le spese per modificazioni, aggiunte o miglioramenti apportati al mezzo in occasione delle riparazioni.

Dall'importo liquidabile a termini di polizza, verranno dedotti gli scoperti e le franchigie indicate nella scheda allegata.

7. Riparazioni – Reintegrazione in Forma Specifica

Salvo per le riparazioni di prima urgenza, necessarie per portare il veicolo danneggiato nella rimessa o nell'officina, l'Assicurato non deve provvedere a riparazione alcuna se non prima di aver ricevuto il consenso della Società.

La società ha facoltà di far eseguire direttamente le riparazioni occorrenti al ripristino del mezzo danneggiato nonché di sostituire il mezzo stesso o le sue parti, come pure di subentrare nella proprietà di quanto residua del mezzo dopo il sinistro, corrispondente al controvalore.

8. Liquidazione del danno al veicolo e pagamento dell'indennizzo Clausola Arbitrale

La liquidazione del danno ha luogo mediante accordo fra le parti ovvero – quando una di queste lo richieda – mediante periti nominati rispettivamente dalla Società e dall'Assicurato; i periti liquidatori, in caso di disaccordo, ne eleggono un terzo e le decisioni sono prese a maggioranza di voti.

Se una delle parti non provvede – nonostante invito dell'altra - alla nomina del proprio perito o se i periti non si accordano sulla nomina del terzo, la scelta sarà fatta – su richiesta della parte più diligente – dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è accaduto.

I periti liquidatori, tenendo presenti le condizioni contrattuali, decidono a maggioranza di voti inappellabilmente senza alcuna formalità giudiziaria e la loro decisione impegna le parti anche se il dissentiente non l'abbia sottoscritta.

Ciascuna delle parti sostiene la spesa del proprio perito liquidatore, quella del terzo arbitro è a carico della società e dell'assicurato in parti uguali. L'Assicurato sin d'ora conferisce alla Società la facoltà di liquidare anche la quota a proprio carico dell'indennizzo a quest'ultimo spettante.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a favore dell'intestatario del libretto di circolazione con contestuale sottoscrizione della quietanza da parte dell'Assicurato, se diverso.

9. Obbligo di salvataggio e di conservazione

L'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare e diminuire il danno adoperandosi per la difesa, la salvaguardia ed il recupero di tutto o parte del mezzo, per le spese relative si applica l'art. 1914 del Codice Civile.

L'Assicurato è obbligato a conservare fino alla liquidazione del danno, le tracce e gli eventi del danno stesso, senza avere in nessun caso per tale titolo diritto a qualsivoglia indennità.

10. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio non avvenute in buona fede, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892-1893-1894 del Codice Civile.

11. Dolo del contraente e/o assicurato

L'Assicurazione non copre i danni determinati o agevolati da dolo del Contraente e/o dell'assicurato, delle persone con loro coabitanti e di quelle da loro incaricate alle riparazioni, guida o custodia del mezzo assicurato.

12. Determinazione Del Premio

I premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto indicato nel modulo di offerta;

Il premio complessivo annuo dovuto all'assicurazione è dato al prodotto tra il premio unitario per il numero dei chilometri indicati nella scheda riepilogativa.

In sede di regolazione premio verrà effettuato il conguaglio sulla base degli effettivi chilometri.

Entro la data del 30.09 di ciascun anno la Contraente fornirà alla Società elenco riportante il numero dei chilometri riferito all'anno assicurativo decorso, affinchè la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

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

13. Imposte e tasse

Le imposte, tasse e tutti gli altri oneri stabiliti dalla Legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti sono a carico del Contraente, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

14. Diritto di surrogazione

La Società conserva il diritto di surrogazione ex art. 1916 del Codice Civile, rinunciando ad esercitarlo nei confronti del conducente debitamente autorizzato alla guida del veicolo e dei trasportati.

8	SCHEDA RIEPILOGATIVA KASKO		
CATEGORIE ASSICURATE	NUMERI		
Ufficiali di Gara, Componenti Staff Tecnico delle Rappresentative Nazionali, Componenti Consiglio Federale, Componenti Collegio Revisori dei Conti e Segretario Generale, Dipendenti federali, Presidenti Comitati regionali e provinciali, Componenti commissioni per i veicoli utilizzati in occasione di missioni o incarichi legati alla propria funzione e di viaggi di servizio fuori ufficio, svolti per conto della Contraente, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio stesso.	TOTALE	ANNUO	KM. 900.000
COPERTURE			
Massimale a Primo Rischio Assoluto € 5.000,00 Scoperto 15% min. € 250,00			
atti vandalici e sociopolitici (tumulti popolari, scioperi, sommosse. Sabotaggi, vandalismo)			
Massimale a Primo Rischio Assoluto € 5.000,00 Scoperto 10 % minimo € 350,00 per ogni sinistro			
eventi naturali (grandine, tempeste, uragani, alluvioni, inondazioni, mareggiate , trombe d'aria)			
Massimale a Primo Rischio Assoluto € 5.000,00 - Scoperto 10 % minimo € 350,00 per ogni sinistro			

Par. 9 - ASSICURAZIONE MISTA RIVALUTABILE A PREMIO UNICO RICORRENTE PER L'INVESTIMENTO DELL'ACCANTONAMENTO DEL TRATTAMENTO DI FINE COLLABORAZIONE LEGALE RAPPRESENTANTE

La FIPAV si riserva l'opzione di attivare l'ulteriore assicurazione in oggetto, regolata dalle vigenti disposizioni in materia e aventi le caratteristiche minime di seguito riepilogate. Il relativo investimento è fisso ed immodificabile e non concorre alla determinazione del punteggio di aggiudicazione.

9	ACCANTONAMENTO DEL TRATTAMENTO DI FINE COLLABORAZIONE LEGALE RAPPRESENTANTE
OGGETTO DELLA GARANZIA	assicurazione mista rivalutabile a premio unico ricorrente per l'investimento dell'accantonamento del trattamento di fine collaborazione legale rappresentante
SEGGETTI ASSICURATI: 1	Legale rappresentante pro tempore
SOMMA ANNUA ASSICURATA	€ 60.000,00

Par. 10 – DIRITTI E BENEFITS OGGETTO DEL RAPPORTO DI SPONSORIZZAZIONE DI CUI AL PUNTO 19.1 (CRITERIO C.2) DEL DISCIPLINARE DI GARA

A titolo di controprestazione del corrispettivo richiesto nell'offerta di gara per "Sponsorizzazione", FIPAV concederà, sulla base di separato accordo contrattuale, i seguenti diritti e benefici promopubblicitari:

Status:

PARTNER UFFICIALE DEL CAMPIONATO ITALIANO GOLD DI BEACH VOLLEY

Diritti di visibilità:

N° 2 pannelli bordo campo (1 lato corto angolare – 1 lato corto)

Logo TNT lato lungo e lato corto fronte tv

1 Bandiera lato tv

Logo su backdrop podio e backdrop interviste

Logo su spazi pubblicitari realizzati su primarie testate editoriali sportive da FIPAV

Logo su cornice LED Giant Wall

Passaggio logo/animazione su Giant Wall

Logo su backdrop conferenza stampa presentazione Evento

Attività social

Consegna fotografie right free da poter essere utilizzate dall'Azienda per promuovere la partnership sui propri canali social



FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO
MODULO DI DENUNCIA SINISTRO
INFORTUNI

CONVENZIONE ASSICURATIVA 2021-2022

MODULO
ASS1
DENUNCIA

DANNEGGIATO

CATEGORIA / RUOLO:

Atleta Dirigente Allenatore Massaggiatore Ufficiale di Gara

COGNOME/NOME _____ COD.FISC.: _____

LUOGO DI NASCITA _____ PROV _____ DATA _____

NASCITA _____

INDIRIZZO _____ CITTÀ' _____ CAP _____

PROV _____

NUM. TEL. / CELL. _____ e-MAIL _____

Polizza Base Integrativa (barrare solo nel caso la Società sportiva di appartenenza ha esteso la copertura di base)

IBAN _____ INTESTATARIO _____

DATI GENITORI (se atleta minorenne)

Cognome e Nome: _____

Indirizzo: _____

Cap: _____

Località _____ Prov: _____ Tel: _____

Cognome e Nome: _____

Indirizzo: _____

Cap: _____

Località _____ Prov: _____ Tel: _____

EVENTO

Data evento _____ Ora: _____ Luogo/località_____
denuncia _____

Data

Evento avvenuto durante:

Incontro ufficiale Allenamento Trasferimento Trasferimento aereo

Descrizione

evento _____

Lesioni subite.:

Prestazioni sanitari ricevute

Testimoni 1). _____ 2). _____

Il sottoscritto dichiara che le indicazioni di cui sopra sono complete e conformi al vero.

Data _____ / _____ / _____

Firma dell'Assicurato (o chi per esso)

IMPORTANTE: si ricorda che la denuncia di sinistro risulterà perfezionata solo se completa di tutti i documenti indicati nelle "Istruzioni per la denuncia di sinistro" presente nel sito www.federvolley.it – sezione Documenti/Assicurazioni.



FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO
MODULO DI ATTESTAZIONE DI INFORTUNIO
AVVENUTO DURANTE ATTIVITA' SPORTIVA FEDERALE
CONVENZIONE ASSICURATIVA 20xx_xy

**MODULO
ASS2**
ATTESTAZIONE
20xx-xy

Data del sinistro: _____

Località: _____ Ora: _____

Società Sportiva _____

Codice Affiliazione _____

Categoria dell'infortunato: **BASE**

INTEGRATIVA FACOLTATIVA*

* nel caso la Società sportiva abbia esteso la copertura di base

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono
Località	Prov.	Data e Luogo di Nascita

Il sinistro è avvenuto durante:

- A) un incontro: di campionato di torneo amichevole
B) un allenamento ufficiale e controllato
C) un trasferimento Un trasferimento aereo

ARTO COLPITO E TIPO DI LESIONE: _____			
Testimoni (cognome, nome, indirizzo)			
1	_____		
2	_____		
Prestazioni sanitarie ricevute	<input type="checkbox"/> gesso	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> altro

Il sottoscritto _____ sottoscrive il presente modulo e conferma la veridicità delle indicazioni in esso contenute, assumendosi tutte le responsabilità derivanti dal Codice Sportivo, Penale e Civile.

Firma del Presidente _____

Modulo firmato digitalmente il _____ alle ore _____ certificazione della firma per l'inoltro:

LA PRESENTE ATTESTAZIONE, CHE NON HA VALORE DI DENUNCIA DI INFORTUNIO, DOVRA' ESSERE STAMPATA E CONSEGNATA ALL'INTERESSATO/A AFFINCHE' POSSA COMPLETARE LA DOCUMENTAZIONE RICHIEDUTA PER LA DENUNCIA DI SINISTRO COSÌ COME INDICATO NELLE "ISTRUZIONI PER LA DENUNCIA DI SINISTRO" PRESENTI NEL SITO WWW.FEDERVOLLEY.IT – SEZIONE DOCUMENTI/ASSICURAZIONI.