

**CAPITOLATO GENERALE
PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, SANITARIA, RESPONSABILITÀ CIVILE
VERSO TERZI E KASKO A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA
PALLAVOLO, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE
SOCIETÀ AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI**

PREMESSA

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

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

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 342.000 iscritti, tra atleti indoor, beach volley e minivolley, dirigenti e figure tecniche come allenatori, ufficiali di gara e massaggiatori etc..

Le Società Sportive affiliate alla FIPAV sono circa 4.600, 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 (M/F) e le nazionali di Beach 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 13 ai 15. Nel Beach Volley ogni squadra è composta da 2 giocatori.

L'attività delle squadre nazionali è generalmente concentrata nel periodo tra il 1/4 ed il 30/10, 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 territoriali, 120 tra Comitati Regionali e Provinciali, dislocati sull'intero territorio nazionale.

L'organico della FIPAV si compone di: un Consiglio Federale di 22 membri (1 Presidente, 2 Vicepresidenti, 18 Consiglieri, 1 Segretario Generale), un Collegio dei Revisori dei Conti di 5 membri, in totale 27 componenti. Questa indicazione attuale, varierà a seguito delle prossime elezioni che si terranno entro il 15/03/2012, portando così il numero a 17 componenti complessivi. Figurano inoltre 120 Presidenti degli Organi territoriali e circa 900 componenti degli Organi stessi.



Alla luce della congiuntura economica sfavorevole, la FIPAV, dal 1° luglio 2011, ha rivisitato le condizioni di assicurazione richieste al mercato riducendo alcune coperture operanti sino al 30 giugno 2011 sulla base delle polizze all'epoca in essere.

Le condizioni così riviste sono state aggiudicate in occasione dell'appalto per la copertura decorrente dal 30 giugno 2011.

Ai fini delle analisi preliminari occorrenti per l'eventuale richiesta di partecipazione alla presente gara, si forniscono i dati di sinistrosità disponibili fino al 30/06/2011 (allegato A), nonché i dati parziali di sinistrosità, attualmente disponibili, riferiti alle coperture operanti dopo il 30 giugno 2011 (allegati B ed C).

La Fipav, con i documenti che di seguito si offrono, ha operato una ulteriore spinta al contenimento della spesa, riducendo per molte categorie i massimali assicurati o ulteriori garanzie.

Di contro, una parte delle coperture aventi in precedenza carattere generale vengono inserite in un'appendice di polizza integrativa e facoltativa (ad adesione individuale) a fronte di un eventuale surplus di premio assicurativo.

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, salvo che non siano oggettivamente migliorative delle prestazioni erogate.

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



DEFINIZIONI

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 od Ente 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 con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura
- 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



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 2012 e termine alle ore 24.00 del 30 Giugno 2014, salvo la possibilità di rescindibilità alla scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di almeno 90 giorni.

Resta convenuto che, in vigenza della presente Convenzione, ove da parte di qualsiasi organo legislativo venga sancito obbligo di adesione a diverse condizioni assicurative ovvero a diverso Ente Assicuratore, la presente convenzione si intenderà risolta di diritto dalla data stabilita nell'obbligo stesso 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, a mezzo Ufficiale Giudiziario, atto di nomina del proprio arbitro. L'altra parte, entro 20 giorni dal ricevimento della predetta notifica, a sua volta notificherà, a mezzo Ufficiale Giudiziario, 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., competerà 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 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. Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile

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 30.09 di ciascun anno la Contraente fornirà alla Società elenco riportante il numero degli Assicurati (iscritti) suddivisi per categoria riferito all'anno assicurativo decorso, affinché 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.

9. Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il premio complessivo annuo sarà pagato in almeno due rate oltre alla regolazione premio.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento delle rate di premio così come indicato in polizza.

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.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 30 Giugno 2012, anche se la prima rata di premio non è stata pagata.



Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 60 giorni.

Relativamente alla copertura assicurativa inerente 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 60 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.)
- la delibera e/o nomina di incarico (esempio: componenti del consiglio federale, presidenti e componenti dei comitati territoriali, 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 inerente 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. Gestione del programma assicurativo

La federazione Italiana Pallavolo, all'atto di aggiudicazione dell'appalto, ritiene accettate le conseguenti attività gestionali che di seguito vengono specificate:

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 come requisito necessario che, per la gestione dei sinistri i sistemi informatici adottati dalla Società, possano colloquiare con i sistemi informatici della Federazione, al fine di ottimizzare le procedure.

Il sistema di invio, registrazione e gestione dei sinistri può venire concordato, tra Fipav e 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 sinistro/denuncia: procedura informatica

- Compilazione sul tesseramento on-line della denuncia.
- Firma della stessa con smart card digitale. A tal proposito si informa che la smart card è in possesso dei soli presidenti delle società affiliate, che per entrare nel tesseramento on-line usufruiscono di password e nome utente.

L'inserimento della denuncia sul tesseramento on line, assicura che il soggetto infortunato sia tesserato Fipav.

L'inserimento sul tesseramento on-line del portale federale, certifica inoltre l'invio delle denunce tramite posta "pec" certificata ad un indirizzo stabilito dalla Società che è tenuta pertanto a fornire un indirizzo di posta "pec" certificata sul quale ricevere le denunce.

Le denunce vengono inviate in automatico dal sistema del tesseramento on-line, ogni 6 ore, in formato file PDF.



Successivamente, a cadenza settimanale, viene inviato un file riepilogativo in formato excel contenente i campi e le informazioni equivalenti a quelle inserite nella denuncia in PDF.

I dati che vengono inviati in excel possono essere assunti ed utilizzati da sistemi più congeniali alla società, al fine di reperire e fornire informazioni alla Fipav, alle società affiliate ed ai suoi tesserati.

La Fipav richiede che comunque, le informazioni di interscambio, si effettuino utilizzando come base, gli schemi riepilogativi excel che lei stessa invia.

Fasi del flusso informatico

Il flusso informativo è diviso in fasi.

FASE 1 DA FIPAV A ASSICURAZIONE

Inoltro denunce in pdf, e a seguire dati in file excel.

FASE 2 DA ASSICURAZIONE A FIPAV / TESSERATI

Flusso verso Fipav

Implementazione dei dati mancanti in due colonne del file excel: numero pratica e riferimenti liquidatore.

Invio del file a Fipav con cadenza mensile.

Flusso verso tesserati

Invio dei riferimenti sinistro: numero pratica e liquidatore. Indicare la modalità (Raccomandata/ Mail). Creazione di interfaccia WEB per i tesserati al fine di consentire l'accesso ai dati relativi al proprio sinistro, nonché fornire ulteriori informazioni specifiche in merito a singolo sinistro a richiesta del tesserato, attraverso un numero verde e una mail dedicata, che dovrà comunque essere diversa da quella PEC etc..

FASE 3 DA ASSICURAZIONE A FIPAV

Implementazione dei dati mancanti in colonne del file excel: stato sinistro (aperto/in attesa di documentazione da parte dell'assicurato/in via di definizione liquidazione/liquidato) e specifiche (liquidazione - suddivisa in IP e RSM - riservato, franchigia e scoperto applicati, se senza seguito, indicare le motivazioni e osservazioni)

Invio del file a Fipav con cadenza trimestrale (30/09, 31/12, 31/03, 30/06).

In ogni caso la Società dovrà ricevere le denunce degli assicurati inoltrate con qualunque altra modalità (lettera, raccomandata, fax, e mail ecc..) fermo l'obbligo di riportare le relative informazioni negli appositi files da trasmettere alla Fipav.

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 guida 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.

E' richiesta in ogni caso la presenza di un ispettorato sinistri almeno in 3 regioni ed un centro liquidazione su Roma.



LOTTO 1- sez. A

CONDIZIONI GENERALI DELLA COPERTURA INFORTUNI

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, ivi compresi gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale.

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 acceleratrici, raggi X, ecc.);



4. Esonero denuncia di infermità

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

5. Esonero denuncia altre assicurazioni

Si 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 FSN o a cui partecipi la Società Sportiva previa approvazione della Federazione di appartenenza 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, ovvero nella 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.
- 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. 34.

Precisazioni:

- Per “frattura” s’intende una soluzione di continuo dell’osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di natura non traumatica.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell’indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all’assicurato)
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell’indennizzo indicato.
- Le fratture “scomposte” determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle “amputazioni” si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell’indennizzo.
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un’articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall’assicurato produca allo stesso, nell’arco dei 60 giorni dall’evento, tetraplegia o paraplegia, l’indennizzo previsto per la lesione sarà venti volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l’accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall’evento che ne abbia determinato la causa, l’assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di “Frattura dell’osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa”. In presenza di frattura cranica l’indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.
L’indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.
- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas 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 provvisoria sull'indennizzo.

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

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

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

16. Anticipo indennizzo

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

17. Franchigia assoluta

Salve le diverse indicazioni contenute nelle allegate appendici di polizza, sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente non supera il 5%.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

18. Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

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



19. Pagamento dell'indennità

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

20. Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

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

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

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

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

Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 3 lettera g) della presente sezione, l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

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

Rimpatrio salma

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

Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia 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 che non abbia compiuto il 14° anno di età alla data dell'infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito.

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 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.



CONDIZIONI GENERALI DELLA COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE

1. Rimborso Spese Mediche a seguito di Intervento Chirurgico

La garanzia copre, al solo verificarsi dell'infortunio ed indipendentemente dal verificarsi o meno di un postumo invalidante, entro il limite della somma assicurata a questo titolo indicata nelle rispettive appendici di polizza, le spese sostenute connesse ad 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.) per:

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

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

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

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

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

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

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate.

2. Condizioni particolari

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

Appendice di polizza 1 - Condizioni Particolari Infortuni

1.1 ATLETI INDOOR BEACH E MINIVOLLEY - DIRIGENTI - ALLENATORI - UFFICIALI DI GARA - MASSAGGIATORI - COMPONENTI COMITATI TERRITORIALI	
CATEGORIE	NUMERI : 342.000 , di cui:
<ul style="list-style-type: none"> attività agonistica atleti indoor e beach attività agonistica (>13 anni)	150.000
<ul style="list-style-type: none"> attività non agonistica atleti indoor e beach (<=13 anni)	170.000
<ul style="list-style-type: none"> Ulteriori categorie dirigenti - allenatori - ufficiali di gara - massaggiatori - componenti territoriali	22.000
MORTE E INVALIDITA PERMANENTE	FRANCHIGIA
<ul style="list-style-type: none"> MORTE 80.000 € I.P. : 80.000 € 	Franchigia 5%
RIMBORSO SPESE MEDICHE INFORTUNIO	FRANCHIGIA E SCOPERTO
<ul style="list-style-type: none"> Massimale 1.000,00 € Limite di 500 € per fisioterapia 	Scoperto 10% minimo 200,00€
QUOTAZIONE PREMIO	
PREMIO INDIVIDUALE	ATTIVITÀ AGONISTICA € _____ x 150.000 = € _____ NON AGONISTICA € _____ x 170.000 = € _____ ULTERIORI CATEGORIE € _____ x 22.0000 = € _____
TOTALE COMPLESSIVO	€ _____

1.2 CONSIGLIO FEDERALE

NUMERI	NUMERI
PRESIDENTE E VICEPRESIDENTI	3
CONSIGLIERI	18 (10*)
REVISORI	5 (3*)
SEGRETARIO	1
	Totale 27 (*dal 2013 - totale 17)
MORTE E INVALIDITA PERMANENTE	FRANCHIGIA
<ul style="list-style-type: none">• MORTE: 250.000 €• I.P. : 250.000 €	<ul style="list-style-type: none">▪ Sui primi Euro 125.000,00 di somma assicurata non si applicherà alcuna franchigia.▪ Sull'eccedenza di Euro 125.000,00 e fino ad Euro 250.000,00 di somma assicurata non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando essa sia di grado non superiore al 5% (cinque per cento) della totale; se invece essa risulterà superiore al 5% (cinque per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente. <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 SPESE MEDICHE INFORTUNIO	FRANCHIGIA E SCOPERTO
<ul style="list-style-type: none">• Massimale 5.000,00 €	Scoperto 10% minimo 200,00€
specifiche	
La garanzia copre, ferme le condizioni generali, le spese sostenute a seguito di infortunio <u>anche non comportante intervento chirurgico</u> , per:	
<ul style="list-style-type: none">a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;b) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;c) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;d) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;e) 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.	
QUOTAZIONE PREMIO	
PREMIO INDIVIDUALE	€ _____ x 27
TOTALE COMPLESSIVO	€ _____



1.3 PRESIDENTI COMITATI TERRITORIALI - COMPONENTI COMMISSIONI - STAFF SQUADRE NAZIONALI

NUMERI	NUMERI
PRESIDENTI COMITATI TERRITORIALI	120
COMPONENTI COMMISSIONI	40
STAFF SQUADRE NAZIONALI	80
	Totale 240
MORTE E INVALIDITA PERMANENTE	FRANCHIGIA I.P.
<ul style="list-style-type: none">• MORTE: 120.000 €• I.P. : 120.000 €	<ul style="list-style-type: none">▪ Sui primi Euro 60.000,00 di somma assicurata non si applicherà alcuna franchigia.▪ Sull'eccedenza di Euro 60.000,00 e fino ad Euro 120.000,00 di somma assicurata non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando essa sia di grado non superiore al 5% (cinque per cento) della totale; se invece essa risulterà superiore al 5% (cinque per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente. <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 SPESE MEDICHE INFORTUNIO	FRANCHIGIA E SCOPERTO
<ul style="list-style-type: none">• Massimale 4.000,00 €	Scoperto 10% minimo 200,00€
specifiche	
La garanzia copre, ferme le condizioni generali, le spese sostenute a seguito di infortunio <u>anche non comportante intervento chirurgico</u> , per:	
<ul style="list-style-type: none">a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;b) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;c) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;d) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;e) 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.	
QUOTAZIONE PREMIO	
PREMIO INDIVIDUALE	€ _____ x 240
TOTALE COMPLESSIVO	€ _____



1.4 ATLETI NAZIONALI

CATEGORIE	NUMERI Totale 100
SENIORES M/F indoor e beachvolley	34
JUNIORES M/F -PREJUNIORES M/F BEACH M/F	66
MORTE E INVALIDITA PERMANENTE	franchigia
SENIORES M/F indoor e beachvolley	34
• MORTE: 800.000 €	0% FINO A 400.000 €
• I.P. : 800.000 €	5% OLTRE I 400.000 €
JUNIORES -PREJUNIORES M/F indoor e beachvolley	66
• MORTE: 400.000 €	• 0 % FINO A 200.000 €
• I.P. : 400.000 €	• 5% OLTRE I 200.000 €
SPECIFICHE	
Franchigia Invalidità Permanente	
<ul style="list-style-type: none">• Sui primi Euro 400.000/200.000,00 (seniores/juniores e pre-juniores) di somma assicurata non si applicherà alcuna franchigia.• Sull'eccedenza di Euro 400.000/200.000,00 (seniores/juniores e pre-juniores) e fino ad Euro 800.000/400.000,00 (seniores/juniores e pre-juniores) di somma assicurata, la franchigia assoluta è del 5% (cinque per cento).	
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.	
Supervalutazione della percentuale di Invalidità Permanente da Infortunio	
a) 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).	
b) 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:	
<input type="checkbox"/> 50% per l'atleta fino al 30° anno di età;	
<input type="checkbox"/> 25% per l'atleta oltre il 30° anno di età.	
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.	
QUOTAZIONE PREMIO	
PREMIO INDIVIDUALE	SENIORES € _____ x 34 = € _____ JUNIORES E PREJUNIORES € _____ x 66 = € _____
TOTALE COMPLESSIVO	€ _____



1.5 SELEZIONI NAZIONALI -REGIONALI -PROVINCIALI

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
<ul style="list-style-type: none">• MORTE: 80.000 €• I.P. : 80.000 €	Franchigia 3%
RIMBORSO SPESE MEDICHE INFORTUNIO	FRANCHIGIA E SCOPERTO
<ul style="list-style-type: none">• Massimale 2.000,00 € se a seguito di intervento chirurgico, massimale 1.000,00 € se non a seguito di intervento chirurgico.• Con limite di 1.000,00 € per fisioterapia se a seguito di intervento o 500,00 € se a non a seguito di intervento.	Scoperto 10% minimo 200,00 €
specifiche	
La garanzia copre, ferme le condizioni generali, le spese sostenute a seguito di infortunio <u>anche non comportante intervento chirurgico</u> , per:	
<ul style="list-style-type: none">a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;b) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;c) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;d) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;e) 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.	
QUOTAZIONE PREMIO	
PREMIO INDIVIDUALE	€ _____ x 3.000
TOTALE COMPLESSIVO	€ _____

appendice di polizza 2 - Integrativa infortuni facoltativa AD ADESIONE INDIVIDUALE

2

ATLETI INDOOR BEACH E MINIVOLLEY - DIRIGENTI - ALLENATORI - UFFICIALI DI GARA - MASSAGGIATORI - COMPONENTI COMITATI TERRITORIALI

CATEGORIE	NUMERI
Già coperti da assicurazione (scheda 1.1)	342.000
MORTE E INVALIDITA PERMANENTE	FRANCHIGIA
<ul style="list-style-type: none"> • MORTE: 80.000 € • I.P. : 80.000 € 	Franchigia 3%
RIMBORSO SPESE MEDICHE INFORTUNIO	FRANCHIGIA E SCOPERTO
<ul style="list-style-type: none"> • Massimale 2.000,00 € se a seguito di intervento chirurgico, massimale 1.000,00 € se non a seguito di intervento chirurgico. • Con limite di 1.000,00 € per fisioterapia se a seguito di intervento o 500,00 € se a non a seguito di intervento. 	Scoperto 10% minimo 200,00€
specifiche	
<p>La garanzia copre, ferme le condizioni generali, le spese sostenute a seguito di infortunio <u>anche non comportante intervento chirurgico</u>, per:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali; b) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato; c) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici; d) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato; e) 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. 	
QUOTAZIONE PREMIO (N.B. QUESTA SEZIONE NON VIENE CONTEGGIATA AI FINI DELLA DETERMINAZIONE DEL PREZZO COMPLESSIVO PIU' BASSO E QUINDI DELL'AGGIUDICAZIONE)	
<ul style="list-style-type: none"> • per singola adesione facoltativa 	€ _____
<ul style="list-style-type: none"> • Per <u>eventuale</u> acquisto n° 23.500 quote da parte della Fipav per atleti serie D/C/B/A. 	€ _____
	TOTALE x 23.500 € _____



appendice di polizza 3 - SANITARIA

3

sanitaria atleti NAZIONALI

CATEGORIE	NUMERI Totale 100
SENIORES M/F indoor e beachvolley	34
JUNIORES M/F -PREJUNIORES M/F BEACH M/F	66
RIMBORSO SPESE MEDICHE INFORTUNIO E MALATTIA	FRANCHIGIA E SCOPERTO
<ul style="list-style-type: none">Ricovero in istituto di cura 140.000,00Prestazioni specialistiche extraospedaliere € 10.000,00Prestazioni ambulatoriali e domiciliari €10.000,00Apparecchi protesici e terapeutici € 10.000,00Diaria sostitutiva € 130 per max 200 ggDiaria da immobilizzazione € 100 per max 45 gg	Scoperto 10% minimo 200,00 €

SPECIFICHE

Oggetto del rischio

Garanzia prestata per il rimborso delle spese di cura a seguito di malattia e/o l'infornuto, 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.

Limiti territoriali

La presente copertura si intende valida ed operante nel Mondo intero

Limiti delle garanzie

Rimborso Spese Mediche

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

- 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 infornuto o malattia;
- Prestazioni specialistiche, diagnostica strumentale e terapeutica extraospedaliere;
- Prestazioni ambulatoriali e domiciliari;
- Acquisto di apparecchi protesici e terapeutici

La polizza garantisce altresì il rimborso delle spese sostenute per:

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

Somme Assicurate

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



Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche garanzie - Prestazioni e limiti

a) 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 giornalieri;
 - 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 giornalieri 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).



b) Spese rimborsabili in caso di prestazioni specialistiche, diagnostica strumentale e terapeutica extraospedaliera

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.

c) 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 massimo 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.

d) 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%.



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.

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.

Condizioni particolari

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.

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.

Esclusioni

Sono esclusi dal rimborso le spese relative a:

- e) malattie mentali e neuropsichiche;
- f) tossicodipendenze;
- g) H.I.V.;
- h) malattie dolosamente procurate;
- i) applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;
- j) cure dentarie conservative e/o chirurgiche, protesi dentarie, quando non sono rese necessarie infortunio;
- k) tutte le prestazioni sia sanitarie che economiche, eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up).

QUOTAZIONE PREMIO	
PREMIO INDIVIDUALE	€ _____ x 100 = € _____
TOTALE COMPLESSIVO	€ _____



LOTTO 1 sez. B

CONDIZIONI GENERALI COPERTURA 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.

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:



- a) 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;
- b) 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; da responsabilità volontariamente assunte e non derivanti direttamente per legge;
- h) alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate



- 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 acceleratrici, 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 purchè 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.



SCHEDA RIEPILOGATIVA RCT/RCO E GESTIONE IMPIANTI

SOGGETTI ASSICURATI		FIPAV -SOCIETA	
NUMERI		NUMERI	
FEDERAZIONE CENTRALE E COMITATI TERRITORIALI		1	
SOCIETA AFFILIATE		4.600	
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 condizioni generali lotto 1 sez. B		Franchigia e/o scoperto vedi condizioni generali lotto 1 sez. B	
GARANZIA RESPONSABILITA CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)			
Fipav, Società Affiliate		Franchigia e/o scoperto vedi condizioni generali lotto 1 sez. B	
per ogni sinistro	€ 2.000.000,00		
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 2.000.000,00		
QUOTAZIONE PREMIO			
QUOTA PER SOCIETA AFFILIATE	€ _____	X 4.600	€ _____
QUOTA PER FIPAV	€ _____		
TOTALE	€ _____		

LOTTO 2

CONDIZIONI GENERALI 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:

- conseguenti 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, registra 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. MODALITA' 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 leggono 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 dissenziente 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. DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE- PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 dalla data di stipula del contratto ed il Contraente è tenuto a pagare entro 30 giorni dalla decorrenza della polizza, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento o del mandato di pagamento.

Il premio complessivo annuo sarà pagato in almeno due rate oltre alla regolazione premio.

Se la Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalla ore 24 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

13. 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, affinché 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.

14. COMPETENZA TERRITORIALE

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto il foro competente è esclusivamente quello della sede legale del Contraente e/o dell'Assicurato.

15. 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.



16. 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.

17. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

18. DURATA

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 2, con inizio dalle ore 24.00 del 30 Giugno 2012 e termine alle ore 24.00 del 30 Giugno 2014, salvo la possibilità di rescindibilità alla scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di almeno 90 giorni.

Resta convenuto che, in vigenza della presente Convenzione, ove da parte di qualsiasi organo legislativo venga sancito obbligo di adesione a diverse condizioni assicurative ovvero a diverso Ente Assicuratore, la presente convenzione si intenderà risolta di diritto dalla data stabilita nell'obbligo stesso ovvero entro la prima scadenza successiva alla data del decreto stesso.

19. 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.



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.	<u>TOTALE ANNUO KM . 900.000</u>
COMPETURE	
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	
QUOTAZIONE PREMIO	
Premio annuo lordo per Km.	€ _____ x 900.000 km
TOTALE	€ _____