



**F.I.S.I.**

**Federazione Italiana Sport Invernali**

**POLIZZA CONVENZIONE MULTIRISCHI  
INFORTUNI / RCT**

**Cig**

**75309310DD**

**Decorrenza ore 24.00 30.09.2018  
Scadenza ore 24.00 30.09.2020**



**CONVENZIONE ASSICURATIVA MULTIRISCHI A FAVORE DELLA F.I.S.I. FEDERAZIONE ITALIANA SPORT INVERNALI, AI SUOI ORGANI PERIFERICI E ALLE ASSOCIAZIONI E SOCIETA' SPORTIVE AFFILIATE**

**DEFINIZIONI**

**Contraente**

F.I.S.I. Federazione Italiana Sport Invernali

**Assicurato**

La persona o l'Ente il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**Assicurazione**

Il contratto di assicurazione.

**Polizza**

Il documento che prova l'assicurazione

**Società**

L'impresa assicuratrice nonché le eventuali coassicuratrici

**Premio**

La somma dovuta dalla Contraente alla Società

**Beneficiario**

L'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

**Associazioni Sportive**

Associazioni e Società sportive affiliate alla F.I.S.I.

**Tesserato**

Ogni singolo soggetto iscritto alla Federazione Italiana Sport Invernali

**Atleta TOP**

Il tesserato F.I.S.I. facente parte delle squadre nazionali convocato dalla Federazione ed individuati da Delibera Federale in base alla posizione del ranking mondiale.

**Atleta Squadra Nazionale**

Il tesserato F.I.S.I. facente parte delle squadre nazionali convocato dalla Federazione ed individuati da Delibera Federale.

**Atleta di interesse federale**

Il tesserato F.I.S.I. non facente parte stabilmente delle squadre nazionali che viene saltuariamente e temporaneamente convocato per gare, stage, allenamenti come aggregato alle squadre nazionali



## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

### **Soggetti A:**

Staff Tecnico e Direttori agonistici convocati dalla Federazione ed individuati con Delibera Federale

### **Soggetti B**

Delegati Tecnici, Omologatori di Piste, Massaggiatori, Allenatori e responsabili della preparazione atletica con un contratto in essere con F.I.S.I., Direttori Sportivi, Giudici di Gara in attività, Membri delle Commissioni federali Tecniche Agonistiche e Funzionali, Membri degli Organi di Giustizia Federali, Membri di Federazioni Internazionali (F.I.S. – I.B.S.F. – F.I.L. – I.B.U.- I.S.M.F.), Organizzatori di manifestazioni Internazionali (di Coppa del Mondo e Coppa Europa) e Nazionali (intese provinciali, regionali, nazionali). Medici Federali e Membri Commissione Antidoping. Animatori Scolastici degli Sport invernali partecipanti al progetto F.I.S.I. “Quando la Neve fa Scuola”.

### **Soggetti C**

Presidente, Membri del Consiglio Federale, Revisori dei Conti Nazionali, Segretario Generale, Presidenti e Membri dei Consigli Regionali e Provinciali, Revisori dei Conti Periferici, Delegati Regionali e Provinciali

### **Massimale**

L'importo massimo della prestazione della Società.

### **Franchigia**

L'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo.

### **Scoperto**

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.

### **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.

### **Indennizzo**

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro; per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base alla Tabella A di cui al Decreto del 3-11-2010, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20 dicembre 2010, n° 296. S, al netto della franchigia prevista dalla presente convenzione.

### **Sinistro**

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

### **Infortunio**

Ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte o una invalidità permanente.

### **Malattia**

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.



## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

### **Invalidità permanente**

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

### **Inabilità temporanea**

Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni.

### **Ricovero**

Periodo di degenza in istituto di cura (pubblico o privato). Viene considerata ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purché certificata da cartella clinica.

### **Trattamento chirurgico**

Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista.

### **Istituto di cura**

L'ospedale, la clinica o istituto universitario, la casa di cura, le strutture di pronto soccorso, gli ambulatori e le strutture di riabilitazione 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 e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

### **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.

### **Assistenza Infermieristica**

L'assistenza prestata da personale munito di diploma.

**CONVENZIONE ASSICURATIVA MULTIRISCHI A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA SPORT INVERNALI, AI SUOI ORGANI PERIFERICI E ALLE ASSOCIAZIONI E SOCIETA' SPORTIVE AFFILIATE**

Tra la FEDERAZIONE ITALIANA SPORT INVERNALI qui di seguito in brevità definita anche "F.I.S.I." e la Compagnia di Assicurazione, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole Contraente e Società, viene stipulata la seguente convenzione per le seguenti coperture assicurative:

- Polizza sezione responsabilità Civile verso Terzi e Operai;
- Polizza sezione Infortuni;
- Polizza sezione Rimborso Spese Mediche (esclusivamente per gli Atleti della squadra nazionale e di interesse nazionale)
- Polizza sezione R.C.T personale tesserati; a favore della F.I.S.I., dei suoi Organi Centrali e Periferici, delle Società affiliate e dei suoi Tesserati,

**Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione**

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di 2 (due) anni con decorrenza dalle ore 24.00 del 30/09/2018 e scadenza alle ore 24.00 del 30/09/2020. In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata inviata da una delle parti entro il 30/03 di ciascuna annualità, la presente polizza si intende prorogata per un ulteriore anno e così successivamente.

E' facoltà della Contraente, alla naturale scadenza del 30.09.2020, richiedere alla Compagnia la proroga della convenzione assicurativa fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione di nuova convenzione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni, proroga che dovrà essere concessa alle condizioni economiche e normative vigenti all'atto della richiesta.

**Art. 2 - Titoli che danno diritto all'assicurazione**

I titoli che costituiscono diritto alle garanzie assicurative, senza distinzione di attività praticata purché rientrante negli scopi della Federazione Italiana Sport Invernali, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, sono la registrazione ovvero la registrazione on-line in caso di tesseramento elettronico, effettuata dallo Sci Club.

La registrazione a cura della F.I.S.I. a mezzo dei suoi organi periferici (Comitati regionali, provinciali, territoriali, Società, etc.) da questa specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Si precisa inoltre che la F.I.S.I., le associazioni e le società sportive affiliate alla F.I.S.I. ed i Soggetti A, B sono da intendersi automaticamente assicurati.

**Art. 3 - 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.

**Art. 4 - Foro competente - clausola arbitrale**

Le controversie che dovessero insorgere fra le parti della presente Convenzione, escluse quelle non compromettibili ad arbitri, inerenti l'interpretazione e/o l'esecuzione e/o lo scioglimento della presente Convenzione saranno deferite al Tribunale di Milano.

**NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI****Art. 5 - Manifestazioni unitarie**

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti gli assicurati anche in caso di partecipazione a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali F.I.S.I. abbia ufficialmente aderito.

**Art. 6 – Assicurazioni per conto altrui**

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

**Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Variazioni del rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (ex artt. c.c. 1892, 1893 e 1894). L'omissione della dichiarazione da parte della Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza aggravante del rischio durante il corso della polizza medesima, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

**Art. 8 – Aggravamento del rischio**

Ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile 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.

**Art. 9 – 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.

**Art. 10 – Buona fede**

Si conviene che l'eventuale omissione, incompletezza, inesattezza della dichiarazione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio durante il corso della validità del presente contratto non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte o incomplete dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

L'assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio concordato tra le parti in relazione al maggior rischio esistente, con decorrenza retroattiva dal momento in cui la circostanza aggravante ha avuto inizio, ma il massimo di una annualità dal momento dell'accertamento e/o notifica.

**Art. 11 – Pluralità di Assicurati**

Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati tra di loro.

**Art. 12 - Costituzione del Premio- Incasso degli acconti e regolazioni premio**

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla "Sezione premi" nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

La Contraente fornirà quindi alla Società, entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo annuale ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti del Contraente inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati. A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

Per "parametri di riferimento" si intende:

**A) per la Sezione RCT/O:**

1. n. Soggetti A / B / C
2. n. Atleti Nazionali e di interesse nazionale;
3. n. Tesserati;

**B) per la Sezione Infortuni:**

1. n. Soggetti A / B / C
2. n. Atleti Nazionali;
3. n. Atleti di interesse nazionale convocati sino a un massimo di 7 gg. nell'annualità assicurativa;
4. n. Atleti di interesse nazionale convocati per un periodo superiore a 7 gg., ma non superiore a 45 gg. nell'annualità assicurativa;
5. n. Tesserati;

**C) per la Sezione RSM:**

1. n. Atleti Top;
2. n. Atleti Squadre Nazionali;
3. n. Atleti di interesse nazionale convocati sino a un massimo di 7 gg. nell'annualità assicurativa;
4. n. Atleti di interesse nazionale convocati per un periodo superiore a 7 gg., ma non superiore a 45 gg. nell'annualità assicurativa;

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

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

**Art. 13 - Frazionamento del Premio Annuo**

Il premio annuale viene corrisposto in quattro rate trimestrali anticipate di cui la prima alla decorrenza del presente contratto. Per le successive rate viene stabilito un periodo di mora di 60 giorni.

**Art. 14 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

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 del rilascio del titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi dell'art. 2 del presente contratto "*Titoli che danno diritto all'assicurazione*", e scade il 30/09 successivo di ogni anno, ferma restando la disponibilità da parte della Contraente di inviare alla Società, su supporto meccanografico, l'elenco nominativo di tutti i Tesserati iscritti, nonché gli elenchi o calendari contenenti l'indicazione della data e del luogo delle gare e/o manifestazioni organizzate sotto l'egida della F.I.S.I.

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

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30/09/2016, anche se la prima rata di premio non è stata pagata. Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 90 giorni. Trascorso tale termine, 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.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo, in data posteriore all'adesione alla Convenzione ma anteriore alla segnalazione dei nominativi alla Società, quest'ultima esprime riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del sinistro.

L'assicurazione vale pregiudizialmente solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi della legge dello Statuto e dei Regolamenti della Contraente, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti dalla Contraente stessa, e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dall'organizzazione della F.I.S.I., dei suoi Organi Periferici e delle Società/Associazioni Sportive Affiliate.

Limitatamente alla Sezione Infortuni l'assicurazione cesserà comunque alle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza del tesseramento stesso anche nel caso di cessazione di validità dell'assicurazione.

Sempre e solo limitatamente alla Sezione Infortuni, in caso di omesso pagamento del premio da parte del Contraente, qualora l'assicurato possa esibire la tessera associativa per la qualifica rivestita al momento del sinistro rilasciata prima della data dell'Infortunio, la Società provvederà ad erogare l'indennizzo fatto salvo il diritto di rivalsa ai sensi dell'articolo 1916 del c.c.

**Art. 15 - Modifiche dell'Assicurazione**

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

**Art. 16 - Estensione territoriale**

L'assicurazione vale per il Mondo intero. Limitatamente alla garanzia di R.C.T., la garanzia è operante in U.S.A. e CANADA relativamente alle attività svolte per motivi di lavoro o servizio, di rappresentanza o per la partecipazione ad attività sportive. Sono comunque esclusi i sinistri derivanti o conseguenti a guerra e terrorismo.

Il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato in Euro e comunque in Italia.

**Art. 17 - Rinvio alle norme di legge**

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



**Art. 18 - Altre assicurazioni**

L'Assicurato e/o la Contraente sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da esso stipulate per il medesimo rischio.

**Art. 19 - Oneri fiscali**

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

**Art. 20 - Interpretazione del Contratto**

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

**Art. 21 - Coassicurazione (se applicabile)**

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote tra diverse Società Coassicuratrici, la compagnia delegataria, in via solidale, sarà tenuta a rispondere di tutti gli obblighi derivanti dal contratto assicurativo.

Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla Società, la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società. La sottoscritta Società dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società sui Documenti di assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

**Art. 22 – Clausola Broker**

Alla Società Mag Jlt Spa sita in Roma - Via delle Tre Madonne 12 è affidata in qualità di Broker la gestione e l'esecuzione delle assicurazioni stipulate dalla Federazione Italiana Sport Invernali ai sensi della legge 28.11.1984 n. 792.

Il Contraente e la Società danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato, ad eccezione del recesso e/o risoluzione che debbono essere comunicate alle parti.

**Art. 23 – Tracciabilità dei flussi finanziari**

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

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

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

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

**Art. 24 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio**

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

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

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

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

**Art. 25 Prescrizione dei diritti**

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

**Art. 26 Assicurazione obbligatoria degli sportivi**

L'art. 51 della Legge n. 289 del 27/12/2002 e s.m.i. prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione infortuni per atleti, tecnici e dirigenti. Pertanto, in deroga a quanto previsto all'art. 14 Assicuratore e Contraente concordano che l'Assicuratore è sempre tenuto a risarcire l'Assicurato, salvo il diritto di rivalersi nei confronti della Contraente, per le garanzie previste dal regolamento di attuazione della legge stessa.

**SEZIONE I - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D'OPERA****Descrizione attività**

La seguente descrizione viene riportata a titolo esemplificativo e non limitativo, dato che la presente polizza esplica la propria validità per tutti i casi in cui possa essere reclamata una responsabilità, anche quale committente, organizzatore od altro dell'Assicurato, salve le esclusioni espressamente menzionate.

L'attività dei soggetti assicurati riguarda:

- la promozione e l'organizzazione delle attività sportive e turistico ricreative volte alla pratica degli sport rientranti negli scopi della Contraente;
- l'esercizio e lo svolgimento dell'attività sportiva, anche al solo scopo ricreativo, compreso ma non limitatamente a preparazione, allenamenti anche individuali, corsi e gare, nonché lo svolgimento dei relativi preliminari;
- riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, regolarmente organizzati ed assistiti dagli appositi accompagnatori con gli ordinari mezzi pubblici di trasporto, di proprietà o a disposizione della F.I.S.I., dei suoi organi periferici, delle Associazioni e Società Sportive affiliate. Si considerano mezzi pubblici di trasporto anche gli automezzi a noleggio da rimessa, appositamente noleggiati, con o senza autista dell'impresa, per spostamenti collettivi di complessi di atleti o di squadre.

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, di corsi, manifestazioni sportive, ricreative e culturali, di iniziative associative, di gare, organizzate dalla F.I.S.I. per proprio conto dai Comitati o Delegazioni Territoriali e dalle Società Sportive affiliate.

**Art. 27 - Soggetti Assicurati**

L'assicurazione vale per la F.I.S.I., i suoi organi periferici, le Associazioni e Società Sportive affiliate, per i soggetti A, B, C, gli Atleti delle squadre nazionali e di tutti i Tesserati.

**Art. 28- Oggetto della Assicurazione**

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali, per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta comprese tutte le operazioni e attività accessorie, sussidiarie e/o complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, nessuna esclusa né eccettuata ovunque nell'ambito della validità territoriale della polizza, in applicazione delle leggi e/o delle delibere dei propri organi e/o comunque di fatto svolti.

Per i soggetti A, B, C e per gli Atleti della squadra nazionale e di interesse nazionale le garanzie saranno operanti anche in occasione di riunioni organizzative e di missioni, compreso il rischio in itinere anche con mezzi propri e come trasportati su mezzi di altro convocato.

La garanzia RCT si estende ai prestatori d'opera presi in affitto tramite ditte regolarmente autorizzate.

Sono compresi sia i danni subiti da tali soggetti che quelli provocati a terzi e/o dipendenti dell'Assicurato da tali soggetti.

È comunque garantita l'azione di rivalsa esperita dall'INPS e/o dall'INAIL.

**Art. 29 - Novero dei Terzi**

Si conviene fra le parti che:

- tutti i soggetti, sia persone fisiche, che giuridiche, agli effetti della presente polizza vengono considerati "Terzi" tra di loro;
- non sono considerati terzi le persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato, dipendenti o non dipendenti di quest'ultimo, quando subiscano il danno in occasione di servizio, ed operi nei loro confronti la successiva garanzia "Responsabilità Civile verso le persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato". In caso contrario detti soggetti saranno considerati terzi a tutti gli effetti;
- gli Assicurati sono considerati terzi fra di loro per sinistri che si siano verificati durante lo svolgimento dell'attività rientranti negli scopi della Federazione Italiana Sport Invernali;
- non sono considerati terzi fra di loro, il coniuge, i genitori, i figli degli assicurati, nonché qualsiasi altro parente od affine con loro convivente ad eccezione dei casi riguardanti la lesione personale in cui, pur sussistendo i predetti rapporti, la lesione stessa si sia verificata durante le attività coperte dalle presenti garanzie.

**Art. 30 - Altre Assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e limiti**

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

- se il rischio non fosse garantito nelle predette altre assicurazioni ma lo fosse in base alle garanzie prestate con la presente Polizza a favore dell'Assicurato stesso, saranno operanti per quel rischio i capitali e/o massimali e le condizioni previsti in quest'ultima, come se le predette altre assicurazioni non esistessero;
- se il rischio fosse garantito e liquidato in base alle predette altre assicurazioni ma i massimali e/o capitali o le somme in esse previsti fossero insufficienti a coprire l'intero danno, la presente Polizza risarcirà l'Assicurato per la sola parte di danno eccedente quella risarcita

## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

a norma delle predette altre assicurazioni, nei limiti ed alle condizioni tutte della presente Polizza.

### **Art. 31- Esclusioni**

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

- a) i danni da furto;
- b) i danni ricollegabili a rischi di responsabilità civile per i quali, in conformità al D.Lgs. n. 209 del 9 settembre 2005 – Titolo X, e successive variazioni ed integrazioni, l'Assicurato sia tenuto all'assicurazione obbligatoria, nonché da impiego di aeromobili; si intende compresa la Responsabilità civile derivante da danni a Terzi Trasportati sui veicoli a motore di proprietà dell'Assicurato mentre circolano all'interno delle aree di pertinenza;
- c) i danni a cose dovute a cedimento o franamento del terreno se tali danni derivino da lavori che implicino sottomurature o altre tecniche sostitutive;
- d) i rischi di proprietà di fabbricati, dell'esercizio di ogni attività di gestione che non abbia carattere di manifestazione, dell'esercizio di bar, spacci, mense, ristoranti, alberghi, case per ferie ed altri esercizi commerciali anche se usati esclusivamente dai tesserati;
- e) i danni provocati a cose che l'assicurato abbia in consegna, o detenga a qualsiasi titolo;
- f) i danni provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato e da questi detenute;
- g) i danni alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate;
- h) i danni ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano dei lavori;
- i) i danni conseguenti all'esercizio delle attrezzature e degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento dell'attività sportiva;
- j) i danni conseguenti a guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra;
- k) i danni derivanti da estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di asbesto puro e/o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto; sono altresì esclusi i danni derivanti da uso di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
- l) i danni provocati da campi elettromagnetici.

### **Art. 32 – Esclusioni specifiche dell'Assicurazione RCT dei Tesserati**

Limitatamente all'Assicurazione RCT dei Tesserati, l'Assicurazione di cui alla presente sezione NON comprende la Responsabilità Civile relativa ai danni:

- Provocati sotto l'influsso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
- Derivanti da condotta deliberatamente imprudente dell'Assicurato;
- Derivanti dall'inosservanza della normativa ufficiale;
- Cagionati dall'esercizio di qualsiasi attività professionale, o connessi con affari, locazioni o noleggi di beni dell'Assicurato;
- Causati dalla proprietà, uso o custodia di animali;
- Causati dalla proprietà, detenzione od uso di armi, anche da fuoco;
- Da atti dolosi;
- Derivanti da inquinamento dell'ambiente, da qualsiasi causa determinato;
- Da furto;
- Derivanti dalla proprietà, possesso, uso e guida di veicoli a motore o attrezzature motorizzate di qualsiasi genere;
- Indiretti;
- Conseguenti all'esercizio delle attrezzature, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento della attività sportiva;

## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

- Derivanti dalla proprietà o conduzione di fabbricati;
- Provocati a cose che l'Assicurato abbia in consegna o detenga a qualsiasi titolo;
- Provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da questi detenute;
- Alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate;
- Ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano dei lavori.

### **Art. 33 - Responsabilità civile verso persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato (RCO)**

La Società si obbliga a tenere indenne gli Assicurati di quanto questi siano tenuti a pagare (capitale, interessi e spese) quali civilmente responsabile:

- a) ai sensi degli art. 10 e 11 del DPR 30 giugno 1965 n. 1124, per gli infortuni e malattie professionali, compreso il danno biologico, sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti, la garanzia si intende estesa anche ai lavoratori parasubordinati di cui art.5 del D.lgs n.38 del 23 febbraio 2000;
- b) nonché ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento dei danni eccedenti non rientranti nella disciplina del DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e del D.lgs 23/02/2000 n.38, cagionati ai prestatori di lavoro suddetti per morte e lesione personale, compreso il danno biologico,

dalla quale sia derivata una invalidità permanente, valutata sulla base delle tabelle di cui al DPR n. 1124.

La Società, inoltre, è obbligata a tenere indenne gli Assicurati delle conseguenze di azioni di regresso che, in relazione agli eventi sopra citati, fossero esperite dall'INAIL ed anche dall'INPS ai sensi della legge 12 giugno 1984 n. 222.

La sentenza che accerta la responsabilità civile e costituisce l'INAIL in credito verso la persona civilmente responsabile, costituisce titolo a identificare l'INAIL stesso quale creditore della Società, che è quindi obbligata nei limiti ed alle condizioni del presente contratto, a rimborsare a detto Istituto l'importo degli indennizzi a suo carico e delle spese accessorie.

Non costituisce motivo di decadenza delle presenti garanzie, la mancata assicurazione presso l'INAIL di personale quando ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti al riguardo, nonché da omissione involontaria della segnalazione preventiva di nuove posizioni assicurative INAIL.

La Società mette a disposizione degli Assicurati l'importo del danno allorché le richieste avversarie risultino fondate in base a valutazioni concordate fra gli Assicurati e la Società stessa. Il libro paga è conservato a cura della F.I.S.I. ed esibito dalla stessa per ogni accertamento o controllo richiesto dalla Società.

Le presenti garanzie sono operanti anche:

- nei confronti degli apprendisti e del personale in prova per brevi periodi anche quando non esista ancora regolare denuncia degli stessi all'INAIL;
- nei confronti delle persone che si trovino presso gli Assicurati per addestramento, stage, tirocinio, corsi di formazione, studi, ricerche lavoratori di lavoro temporaneo che prestano servizio presso la Contraente ai sensi della legge 24/06/1997 n.196 o altro, anche se non sottoposti all'assicurazione obbligatoria.

### **Art. 34- Gestione delle vertenze e spese di resistenza**

La Società assume la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando di intesa con lo stesso, legali o tecnici e avvalendosi di

## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. La difesa dell'Assicurato viene assunta fino alla definitiva tacitazione dei terzi e ad esaurimento del giudizio nel grado in corso al momento della liquidazione del sinistro.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione al rispettivo interesse. La Società non riconosce peraltro le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende. La Società si impegna a fornire tempestivamente copia degli atti processuali ed ogni informazione relativa all'andamento delle liti giudiziali.

### **Art. 35 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro**

In deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del Codice Civile, la denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Società - Broker o all'ufficio all'uopo preposto:

- in caso di sinistro di "responsabilità civile verso terzi", entro 30 giorni da quando l'Assicurato ha avuto conoscenza della richiesta risarcitoria avanzata dai danneggiati o dai loro aventi causa. Nei casi di particolare gravità l'Assicurato è tenuto a darne notizia nel più breve tempo possibile;
- in caso di sinistro di "responsabilità civile verso i propri prestatori di lavoro", si conviene che il Contraente dovrà denunciare il sinistro unicamente in caso di:
  - formale notifica, al Contraente e/o a un Assicurato, della apertura di un'inchiesta per infortunio sul lavoro o per malattia professionale, o dell'apertura di un procedimento penale;
  - formale richiesta di risarcimento da parte del danneggiato, suoi aventi diritto e/o legali o da parte di Enti di previdenza o assistenza aventi diritto a esperire azioni di regresso.

Fermo quanto sopra stabilito, l'Assicurato, venuto a conoscenza del sinistro, deve darne notizia alla Società tempestivamente e trasmetterle al più presto un dettagliato rapporto scritto. Deve, inoltre fornire alla Società ed ai suoi mandatari tutte le informazioni, i documenti e le prove che possano venirgli richieste.

### **Art. 36 - Rinuncia alla rivalsa/surroga**

La Società rinuncia al diritto di surrogazione spettategli ai sensi dell'art. 1916 C.C. nei confronti di:

- dipendenti dell'Assicurato e delle persone che ricoprono una carica, salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo;
- Società affiliate ed enti in genere senza scopo di lucro, che possano collaborare con l'Assicurato per le sue attività;
- Persone fisiche di cui l'Assicurato si avvalga per le sue attività o che ricoprono una carica;
- Persone giuridiche di cui l'Assicurato si avvalga per le sue attività, ed a cui abbia rilasciato clausola di manleva preventivamente approvata dalla Società.

Salvo sempre il caso di dolo.

### **Art. 37 - Estensioni di garanzia (a parziale deroga di quanto previsto nelle esclusioni)**

#### *Responsabilità Civile personale*

La garanzia prestata con la presente polizza vale anche per la responsabilità civile personale di tutti i dipendenti e del personale non dipendente mentre opera per conto dell'Assicurato e si trova nelle ubicazioni ove si svolge l'attività.

Relativamente al D.L. N. 626 del 19/09/1994, in tema di sicurezza sul lavoro, la garanzia vale solo nel caso in cui il preposto al servizio di prevenzione e protezione, sia un dipendente.

## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

### *Responsabilità Civile incrociata, appalto, sub-appalto*

Premesso che l'Assicurato può appaltare e sub-appaltare ad altre imprese o persone i lavori di manutenzione dei locali o lavori e/o prestazioni attinenti l'attività svolta dall'Assicurato, si conviene che:

- sono compresi i danni causati a terzi da dette imprese e/o persone mentre eseguono i lavori medesimi;
- l'Assicurato e propri dipendenti, dette imprese e loro dipendenti e/o persone sono considerati terzi tra di loro limitatamente alle lesioni corporali.

La presente estensione di garanzia opererà in eccesso ad eventuali polizze stipulate per i medesimi rischi.

### *R.C. del Committente*

L'assicurazione comprende anche la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di committente ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile, compresa la committenza veicoli in genere.

### *R.C. Manifestazioni diverse*

L'assicurazione è estesa per la responsabilità civile che possa derivare alla Contraente ed agli Organismi per l'organizzazione di gare internazionali, di coppa del mondo e campionati del mondo assoluti e giovani delle diverse specialità che fanno capo a differenti federazioni internazionali quali:

F.I.S. (Federazione Internazionale Sci), I.B.S.F. (International Bobsleigh & Skeleton Federation), F.I.L. (Federation International Luge), I.B.U. (International Biathlon Union), I.S.M.F. (International Sky Mountainering Federation).

### *R.C. Collaboratori*

La garanzia comprende inoltre la Responsabilità Civile derivante alla F.I.S.I., ai suoi organi periferici e alle Associazioni e Società sportive affiliate per i danni causati a terzi da persone che non essendo alle dirette e regolari dipendenze svolgano la loro opera quali collaboratori coordinati e continuativi o comunque addetti, con mansioni di qualunque natura, all'organizzazione di gare e manifestazioni. La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione nei confronti dei collaboratori predetti.

### *R.C. Enti Collaboratori*

La garanzia comprende inoltre la Responsabilità Civile derivante alla F.I.S.I., ai suoi organi periferici e alle Associazioni e Società sportive affiliate, per i danni causati a terzi e ai partecipanti a qualsiasi titolo, alle gare e manifestazioni da Enti collaboratori (Comitati organizzatori gare e manifestazioni nazionali ed internazionali, ecc.) che pur non essendo organismi F.I.S.I. o direttamente dipendenti dalla F.I.S.I. stessa, svolgono la loro opera con mansioni di qualunque natura, per l'organizzazione di gare e manifestazioni. La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione nei confronti degli Enti predetti.

### *Mancato intervento sulla Segnaletica*

L'assicurazione comprende i danni per il mancato od insufficiente servizio di vigilanza o di intervento sulla segnaletica, sui ripari e sulle recinzioni poste a protezione dell'incolumità di terzi, per l'esistenza in luoghi aperti al pubblico, di opere o di lavori, di macchine, impianti o attrezzi, di depositi di materiale.

### *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 DPR 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, nonché 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.

#### **Art. 38 - Rischi atomici e danni all'ambiente**

Sono esclusi dall'assicurazione i danni derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Limitatamente all'assicurazione responsabilità civile verso terzi (detta limitazione non è operante nei confronti dei dipendenti dell'Assicurato né di danni a persone fisiche) sono esclusi altresì i danni di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, esalazioni fumogene o gassose, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture, interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

#### **Art. 39 – Cumulabilità indennizzo**

Ai fini della presente Sezione, qualora il verificarsi di un evento dannoso dia diritto alla liquidazione di un capitale nella sezione infortuni della presente convenzione, la garanzia opererà con una franchigia pari all'importo liquidato dalla Sezione Infortuni.

### **MASSIMALI SEZIONE R.C.T.**

La garanzia RCT è prestata con i seguenti massimali

#### **1) Assicurazione RCT del Contraente / Società Affiliate**

- |                |   |
|----------------|---|
| € 3.000.000,00 | per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o che abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di |
| € 3.000.000,00 | per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di  |
| € 3.000.000,00 | per danni a cose od animali, anche se appartenenti a più persone  |

#### **2) Assicurazione RCT dei Tesserati è prestata con i seguenti massimali**

- |              |   |
|--------------|---|
| € 500.000,00 | per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o che abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di |
| € 500.000,00 | per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di  |
| € 500.000,00 | per danni a cose od animali, anche se appartenenti a più persone  |





**FRANCHIGIA**

La garanzia di Responsabilità Civile verso Terzi viene prestata con una franchigia fissa ed assoluta, a carico dell'Assicurato, di € 300,00 per ciascun sinistro.

Si prende atto tra le parti che la liquidazione dei sinistri verrà effettuata al terzo danneggiato al netto della franchigia prevista dalle condizioni della presente convenzione.

**MASSIMALI SEZIONE R.C.O.**

€ 3.000.000,00	per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali ma con il limite di
€ 1.500.000,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali.

**SEZIONE II - INFORTUNI****Art.40 - Soggetti Assicurati**

L'Assicurazione vale per tutti i Tesserati, i Soggetti A, B, C e gli Atleti TOP e facenti parte delle squadre nazionali e di interesse nazionale.

**Art. 41 - Oggetto del rischio**

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dai soggetti assicurati in occasione di eventi fortuiti, violenti ed esterni che producano:

- la morte;
- un'invalidità permanente.

Le garanzie saranno operanti in occasione di:

- l'esercizio e lo svolgimento, anche al solo scopo ricreativo, di attività sportive rientranti negli scopi della Contraente e delle Associazioni e Società sportive affiliate (compreso ma non limitatamente a preparazione, allenamenti anche individuali, corsi e gare), nonché lo svolgimento dei relativi preliminari;
- riunioni, incarichi, missioni, attività di promozione e organizzazione delle attività sportive e turistico ricreative volte alla pratica degli sport rientranti negli scopi della Contraente, dei suoi organi periferici, della Associazioni e delle Società Sportive affiliate.
- l'Assicurazione opera anche in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggeri o in forma individuale, verso e dal luogo dello svolgimento delle attività di cui sopra esclusi gli infortuni verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque di inosservanza di norme che regolano il trasferimento. L'Assicurazione opera a condizione che l'infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato allo svolgimento delle attività coperte dall'assicurazione ed in date ed orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo, ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione al termine dell'attività stessa.

Unicamente per il Presidente e Segretario Generale della F.I.S.I., la copertura sarà valida sia per gli infortuni di tipo professionale sia per gli infortuni extraprofessionali.

**Art. 42 - Estensioni di garanzia**

La copertura è operante anche per gli eventi indennizzabili a termini di polizza, verificatisi:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
- gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
- l'annegamento;
- l'assideramento e/o il congelamento;
- colpi di sole e/o di calore;
- gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze gravi;
- le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
- le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari.

**Art. 43 - Esclusioni**

L'assicurazione non è operante per gli eventi derivanti da:

- 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) abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- c) assunzione di sostanze dopanti, violazione delle norme degli ordinamenti statali e di quello sportivo, accertate in base alle normative vigenti;
- d) disturbi mentali o psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) azioni delittuose commesse o tentate dell'assicurato; in occasione di eventi determinati da una azione costituente reato commesso dal soggetto assicurato o dalla sua partecipazione a risse o tumulti o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o dall'ordinamento sportivo;
- g) movimenti tellurici, inondazioni, ed eruzioni vulcaniche;
- h) guerra e insurrezione, salvo per i primi 14 giorni qualora l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace;
- i) pratica dei seguenti sport: speleologia, sport aerei in genere, paracadutismo;
- j) partecipazione a gare, prove ed allenamenti per discipline non rientranti negli scopi della Contraente e delle Associazioni e Società sportive;
- k) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- l) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- m) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

**Art. 44 - Esonero denuncia di infermità**

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

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche, ma sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se l'evento avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

**Art. 45 - 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 Società per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

**Art. 46 - Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili, salvo patto speciale, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano 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

## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

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.

### **Art. 47 - Rinuncia alla rivalsa**

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

### **Art. 48 - Limiti di età**

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

### **Art. 49 - Infortuni determinati da calamità naturali**

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

In caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare la somma di € 5.000.000,00.

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

### **Art. 50 - Limite di indennizzo per singolo evento**

In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati con la presente polizza convenzione l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare la somma di € 5.000.000,00.

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti ad ogni assicurato in caso di sinistro sono ridotti con imputazione proporzionale ai capitali assicurati per le singole persone.

### **Art. 51 - Criteri di indennizzabilità**

#### *Caso Morte*

In caso di morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed a causa di esso, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o in mancanza, agli eredi legittimi.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per la garanzia invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove questa sia maggiore.

Qualora, a seguito di un evento indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito per il caso morte non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto

dagli artt. 60 e 62 C.C. Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione - entro 30 giorni dalla richiesta rivolta ai beneficiari della somma pagata.

Per i soli infortuni che determinino la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva indetta dall'organizzazione sportiva 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.

#### *Caso Invalidità permanente*

L'indennizzo per Invalidità Permanente è determinato mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri di cui alla **“tabella lesioni” allegato A al Decreto del Ministero per le politiche giovanili e le attività sportive del 16.04.2008 (GU n. 152 del 01.07.2008)**. Il pagamento dell'indennizzo avverrà in contanti anziché sotto forma di rendita.

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. 44.

#### *Precisazioni:*

- Per “frattura” s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture “scomposte” determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle “amputazioni” si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due

volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di “Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa”.

In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni. L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.

- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovra riscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.

Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%. In caso di lesioni plurime, l'indennizzo è dovuto in misura pari alla somma delle percentuali relative alle singole lesioni subite.

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sui criteri di indennizzo sono demandate per iscritto al collegio medico di cui al successivo art. 51 "Controversie sulla natura degli Infortuni".

È data facoltà al Collegio medico - di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

#### *Franchigia Invalidità Permanente*

Non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore alla Franchigia prevista per ciascuna categoria.

Qualora il grado di invalidità risulti pari o superiore al 20%, la franchigia di cui sopra si intenderà annullata e l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla percentuale di invalidità accertata.

#### **Art. 51 - Controversie sulla natura degli Infortuni**

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze degli eventi indennizzabili a termini di polizza le Parti si obbligano a conferire un mandato ad un collegio di tre medici (uno per parte più un terzo designato dai primi due) i quali tenendo presenti le condizioni di polizza e le norme di legge, prenderanno decisioni inappellabili e vincolanti per le Parti.

Tale Collegio Medico risiede nel comune che sia sede di Istituto Universitario di medicina legale e delle assicurazioni più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da lei designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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.

#### **Art. 52 – Invalidità Permanente – 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 richiesto, 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.

**Art. 53 - 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.

**Art. 54 - Estensioni speciali**

***Perdita dell'anno scolastico***

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo delle entità della percentuale di invalidità permanente, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporti la perdita dell'anno scolastico, all'assicurato verrà corrisposto l'indennizzo incrementato del 25%.

***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 50%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 45% della totale.

***Danno estetico***

Si conviene che, per gli Assicurati di età non superiore ai 14 anni, la Società rimborserà le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio.

***Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti***

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 51 "Criteri di indennizzabilità - Caso Morte", per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, verrà corrisposto il rimborso delle relative spese documentate.

***Avvelenamenti***

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 51 "Criteri di indennizzabilità - Caso Morte", 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, verrà corrisposto il rimborso delle relative spese documentate.

***Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore***

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 51 "Criteri di indennizzabilità - Caso Morte", a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione verrà corrisposto il rimborso delle relative spese documentate.

***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.

***Rimborso spese di trasporto***

In caso di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, la Società rimborsa le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato alla struttura sanitaria (incluso anche il trasporto con toboga) più idonea con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato e fino alla somma massima di € 500,00 per persona/anno assicurativo. Nel caso in cui il trasporto venga necessariamente attuato mediante elicottero/eliambulanza

## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

la somma assicurata si intende elevata ad € 2.000,00 per sinistro/persona/anno assicurativo. In caso di infortunio non indennizzabile ai termini di polizza, le somme assicurate si intende rispettivamente di Euro 250,00 e di Euro 1.000,00.

### **Rischio volo**

La garanzia è operante per le conseguenze degli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei che venissero da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni. La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è disceso.

La presente garanzia è prestata per le seguenti somme:

Caso morte	somma prevista in polizza per il caso morte di cui alla sezione Capitali Assicurati
Caso invalidità permanente da inabilità temporanea	stessa somma prevista in polizza per il caso morte. Diaria euro 51,00

Resta inteso che le somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative non potrà superare i capitali per persona di:

- Euro 1.100.000,00 per il caso di Morte
- Euro 1.100.000,00 per il caso di invalidità permanente totale
- Euro 260,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea

e complessivamente, per aeromobile, di:

- Euro 5.200.000,00 per il caso di Morte
- Euro 5.200.000,00 per il caso di invalidità permanente totale
- Euro 5.200,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferitisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dallo stesso Contraente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Con esclusivo riferimento alla presente garanzia, il precedente Art. 51 "Criteri di indennizzabilità" si intende integrato come segue:

### **Caso Inabilità Temporanea**

Se l'infortunio ha per conseguenza un inabilità temporanea, la Società liquida la diaria a partire dal 9° giorno successivo a quello dell'infortunio. In caso di ricovero con pernottamento la diaria viene liquidata dal 1° giorno successivo a quello dell'infortunio. Dal conteggio dei giorni di inabilità vengono convenzionalmente esclusi i giorni festivi. La diaria viene corrisposta per un massimo di 365 giorni di inabilità per ogni infortunio.



**Art. 55 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**

La denuncia degli infortuni, con indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che li hanno determinati, corredata da ogni documentazione clinica atta ad accertare l'infortunio subito deve essere fatta per iscritto ed inviata alla Società entro 30 giorni dall'evento stesso o 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.

La documentazione di cui sopra deve consentire inequivocabilmente l'identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relativo referto.

Ricevuta la necessaria documentazione, la Società, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro. L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questi ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

**Denuncia della morte**

Ad integrazione di quanto sopra stabilito, la denuncia della morte, con indicazione dei luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che l'hanno determinata, corredata dalla documentazione atta ad accertare l'indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto ed inviata entro 30 giorni dall'evento stesso o 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 C.C. .

**Art. 56 - Cessazione della copertura**

La copertura prestata ai sensi del presente contratto cesserà immediatamente qualora l'Assicurato dovesse risultare definitivamente positivo a controlli antidoping.

**Art. 57 Rimborso Spese Mediche**

Per la sola categoria dei **Soggetti A** la Società rimborsa, fino alla concorrenza di € 5.000,00 per ogni infortunio, le spese rese necessarie dalla cura di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e sostenute:

**1. In caso di ricovero in istituto di cura per:**

- a) accertamenti diagnostici (e relativi onorari dei medici) effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero;
- b) onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento - comprese le endoprotesi - trattamenti riabilitativi, rette di degenza durante il ricovero;
- c) accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti, trattamenti riabilitativi nei 90 giorni successivi alla dimissione. Le prestazioni sanitarie indicate nel presente comma c) sono assicurate soltanto se il ricovero ha comportato almeno un pernottamento in istituto di cura;

**2. in caso di intervento chirurgico ambulatoriale (\*) per:**

- onorari dei medici, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento.

(\*) *Per intervento chirurgico ambulatoriale si intende un provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruenta, eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante;*

**3. in caso di intervento riparatore del danno estetico per:**

la chirurgia plastica, purché l'intervento riparatore avvenga entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, e non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto.

Le spese indennizzabili in base alla presente Condizione Particolare verranno rimborsate nella misura dell'

## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

80%; il rimanente 20%, con il minimo di € 100 resta a carico dell'Assicurato.

Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni di cui al punto 1) b) sono sostituite dal pagamento di una diaria di € 75 per ogni pernottamento, per un massimo di 90 pernottamenti per infortunio.

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

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

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con un massimale di Euro 5.000,00 con una franchigia di € 100,00 per evento.

Relativamente alle spese odontoiatriche derivanti da infortunio indennizzabile a termini della presente polizza, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 1.000,00 per anno e per persona.

Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di € 700,00 per anno e per persona ed un massimo di € 50,00 per singola prestazione.

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

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro.

### SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI AD ADESIONE

#### **Art. 58 Oggetto della garanzia**

Alle condizioni che seguono è data facoltà ai singoli tesserati, che ne facciano espressa richiesta e ne onorino il relativo premio, di integrare le coperture previste nella presente convenzione

#### **Art. 59 Adesione alla formula integrativa**

Al fine di aderire alla formula integrativa, il singolo tesserato dopo aver provveduto alla compilazione del modulo allegato ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via email ad [integrativefisi@magilt.com](mailto:integrativefisi@magilt.com)

#### **Art. 60 Decorrenza e scadenza della formula integrativa**

Le garanzie previste dalla formula integrativa decorreranno dalle ore 24.00 del giorno di adesione e scadranno inderogabilmente alle ore 24.00 del successivo 30.09.

Si prende atto che il Modulo di Adesione compilato e sottoscritto da ciascun Assicurato, unitamente alle condizioni di assicurazione, costituisce parte integrante del contratto di assicurazione e rappresenta il documento che ne prova l'esistenza.

#### **Art. 61 Somme Assicurate**

Le somme garantite si intenderanno quelle indicate nella successiva sezione afferente la formula integrativa prescelta.

Tali somme si intendono in sostituzione a quelle previste dalla copertura Tesserati

#### **Art. 62 Rimborso Spese Mediche**

A seguito di infortunio che risulti indennizzabile ai termini della presente polizza, Entro il limite della somma assicurata a questo titolo, la Società rimborsa le spese sostenute :

- durante il ricovero, a seguito di infortunio che comporti intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata,

## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.) e/o forzata complete immobilità, limitatamente ai casi di frattura vertebrale anche senza ricovero, per:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- 2) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.
  - Extraricovero, conseguenti all'infortunio, ancorchè non risulti indennizzabile a termini della presente polizza :
- 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, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
- c) Apparecchi protesici e terapeutici.
- d) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
- e) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- f) Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

Il Rimborso viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 75,00 per evento. Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori

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

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro.

### **Art. 63 Premi**

I premi previsti nella successiva sezione premi vanno pagati direttamente all'assicuratore per il tramite del broker.

#### **A) INTEGRATIVA BRONZE**

##### **Rimborso Spese mediche**

Relativamente a quanto previsto nella sezione II – Infortuni del capitolato di gara, resta convenuto che all'atto dell'adesione alla presente formula integrativa, la Società riconosce:

**Sezione Rimborso spese mediche** - il rimborso fino alla concorrenza della somme assicurata di Euro 500,00 le spese sostenute a seguito di infortunio come disciplinato all'articolo 5 della presente appendice.

La presente estensione di garanzia è prestata con uno scoperto del 10% minimo Euro 75,00

**Premio lordo Euro 23,00 pro capite**

#### **B) INTEGRATIVA SILVER**

##### **Invalità Permanente – Rimborso Spese mediche**

Relativamente a quanto previsto nella sezione II – Infortuni del capitolato di gara, resta convenuto che all'atto dell'adesione alla presente formula integrativa, la Società riconosce:

**Sezione Rimborso Spese mediche** - il rimborso fino alla concorrenza della somme assicurata di Euro 1.000,00 le spese sostenute a seguito di infortunio come previsto all'articolo 5 della presente

## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

appendice.

La presente estensione di garanzia è prestata con uno scoperto del 10% minimo Euro 75,00

**Sezione Infortuni** – aumento delle somme assicurate caso Morte ed IP da Euro 80.000m00 ad Euro 100.000,00 con franchigia 5% relativa al 20%.

**Premio lordo Euro 63,00 pro capite**

### C) INTEGRATIVA GOLD

#### **Invalidità Permanente – Rimborso Spese mediche**

Relativamente a quanto previsto nella sezione II – Infortuni del capitolato di gara, resta convenuto che all'atto dell'adesione alla presente formula integrativa, la Società riconosce:

**Sezione Rimborso Spese mediche** - il rimborso fino alla concorrenza della somme assicurata di Euro 1.500,00 le spese sostenute a seguito di infortunio come previsto all'articolo 5 della presente appendice.

La presente estensione di garanzia è prestata con uno scoperto del 10% minimo Euro 75,00

**Sezione Infortuni** – aumento delle somme assicurate caso Morte ed IP da Euro 80.000m00 ad Euro 160.000,00 con riduzione della franchigia dal 5% al 3% sempre relativa al 20%.

**Premio lordo Euro 133,00 pro capite.**

**SEZIONE INTEGRATIVA RCTO AD ADESIONE VOLONTARIA****Art. 64 Oggetto della garanzia**

Alle condizioni che seguono è data facoltà ai singoli tesserati, che ne facciano espressa richiesta e ne onorino il relativo premio, di integrare le coperture previste nella presente convenzione

**Art. 65 Adesione alla formula integrativa**

Al fine di aderire alla formula integrativa, il singolo tesserato dopo aver provveduto alla compilazione del modulo allegato ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via email ad [integrativefisi@magilt.com](mailto:integrativefisi@magilt.com)

**Art. 66 Decorrenza e scadenza della formula integrativa**

Le garanzie previste dalla formula integrativa decorreranno dalle ore 24.00 del giorno di adesione e scadranno inderogabilmente alle ore 24.00 del successivo 30.09.

Si prende atto che il Modulo di Adesione compilato e sottoscritto da ciascun Assicurato, unitamente alle condizioni di assicurazione, costituisce parte integrante del contratto di assicurazione e rappresenta il documento che ne prova l'esistenza.

**Art.67 Somme Assicurate**

Le somme garantite si intenderanno valide per tutte le opzioni integrative, BRONZE/ SILVER / GOLD, e sono :

Aumento del massimale RCT da Euro 500.000,00 ad Euro 1.000.000,00 con riduzione della franchigia da Euro **300,00 ad Euro 250,00** .

**Premio lordo Euro 7,00 pro capite**

**CAPITALI ASSICURATI E FRANCHIGIE****TESSERATI**Capitali Assicurati

Caso morte: € 80.000,00

Caso Invalidità Permanente: € 80.000,00

Franchigia

5% relativa al 20%

**SOGGETTI A**Capitali Assicurati

Caso morte: € 150.000,00

Caso Invalidità Permanente: € 150.000,00

## Franchigia

5% relativa al 20%

RSM € 5.000,00 Scoperto 10% minimo Euro 100,00

**SOGGETTI B /C**Capitali Assicurati

Caso morte: € 150.000,00

Caso Invalidità Permanente: € 150.000,00

## Franchigia

5% relativa al 20%

**ATLETI TOP / ATLETI DELLA SQUADRA NAZIONALE E DI INTERESSE NAZIONALE**Capitali Assicurati

Caso morte € 200.000,00

Caso invalidità permanente € 200.000,00

Franchigia

5% relativa al 20%

### SEZIONE III - RIMBORSO SPESE MEDICHE

**Art. 58 - Soggetti Assicurati**

L'Assicurazione vale esclusivamente per tutti gli Atleti Top, Atleti della squadra Nazionale e di interesse nazionale, per il Presidente e il Segretario Generale della Federazione.

**Art. 59 - Oggetto del Contratto**

Viene stipulata la seguente polizza cumulativa sanitaria per le garanzie rimborso spese mediche da malattia o da infortunio a favore dei soggetti assicurati di cui all'art. 51.

**Art. 60 - Rimborso Spese Mediche**

La Società rimborsa fino alla concorrenza delle somme assicurate le spese sostenute nel caso di:

- a) ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day-hospital) con o senza intervento chirurgico, nonché di intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso;
- b) prestazioni mediche e diagnostica strumentale effettuate come primo intervento presso la struttura di pronto soccorso;
- c) prestazioni specialistiche e diagnostica strumentale extra-ricovero;
- d) prestazioni ambulatoriali e domiciliari, comprese le spese sostenute per acquisto/affitto di macchinari necessari per lo svolgimento delle terapie;
- e) acquisto di medicinali, apparecchi protesici e terapeutici in genere;
- f) cure dentarie.

Resta inteso che sono compresi in garanzia gli interventi/ricoveri considerati necessari e prescritti nel periodo di validità della presente convenzione, anche a seguito di infortunio/malattia verificatosi/insorta prima della decorrenza della stessa, dei quali l'assicurato e lo staff medico fossero già a conoscenza e già regolarmente curati senza che fosse previsto un intervento chirurgico.

**Somma Assicurata**

Le garanzie di cui sopra sono prestate fino alla concorrenza delle somme assicurate di cui alla tabella sotto riportata, somme da intendersi quali massima disponibilità per anno assicurativo e per assicurato:

<b>Garanzia</b>	<b>Somme assicurate Atleti squadra nazionale</b>	<b>Somme assicurate Atleti interesse federale</b>
Ricovero in istituto di cura	€ 50.000,00 elevato a € 75.000,00 per ricoveri all'estero	€ 25.000,00 elevato a € 50.000,00 per ricoveri all'estero
Prestazioni specialistiche e diagnostica strumentale extra-ricovero	€ 8.000,00	€ 3.000,00
Apparecchi protesici, ortesi e tutori in genere	€ 2.000,00	€ 1.000,00



Limite annuo di rimborso

L'esposizione massima annua della Società per la presente garanzia Sanitaria non potrà comunque essere superiore a € 600.000,00.

**Art. 61 - 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 o malattia e che siano conseguenza esclusiva e diretta di essi

Nei limiti delle somme assicurate di cui al precedente Art. 60 - Rimborso Spese Mediche - Somma Assicurata, la Società rimborsa le spese sostenute:

- nei 100 giorni precedenti e nei 180 giorni successivi il ricovero o l'intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute per:
  - onorari di medici, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, trattamenti medico chirurgo-infermieristici, trattamenti masso/fisio-terapici (compresa osteopatia e chiropratica) e programmi atletici riabilitativi (riatletizzazione), medicinali, infiltrazioni, cure omeopatiche e termali (escluse le spese d'albergo);
  - spese per affitto di apparecchi necessari allo svolgimento anche domiciliariamente delle terapie prescritte;
  - trasporto all'istituto di cura dell'Assicurato a seguito di malattia o infortunio con ogni mezzo sanitariamente attrezzato fino alla concorrenza di € 3.000,00;
  - trattamento laser per peggioramento visus, in questo caso il rimborso sarà dovuto a condizioni la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 2 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 4 diottrie.
  
- durante il ricovero in istituto di cura, la Società rimborsa le spese sostenute per:
  - onorari dei medici, onorari del chirurgo e di tutta l'equipe medica 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) ;
  - rette di degenza al 100% in caso di centro convenzionato con la Società o fino alla concorrenza di € 500 giornalieri in caso di centro non convenzionato;
  - accertamenti diagnostici (analisi ed esami);
  - medicinali;
  - cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi;
  - assistenza infermieristica;
  - rette di vitto e pernottamento, nell'istituto di cura, dell'accompagnatore, fino alla concorrenza di € 150,00 giornalieri per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo, elevati a € 300,00 in caso di ricovero con 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, fermo il limite giornaliero di cui sopra.





### **Cure Dentarie**

La Società rimborsa altresì le cure dentarie (anche extra-ricovero) rese necessarie da infortunio, sempre che l'infortunio sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista. Sono anche incluse le spese sostenute per cure ortodontiche ed odontoiatriche anche non conseguenti ad infortunio, purchè tali cure siano state rese necessarie da casi di emergenza durante lo svolgimento dell'attività agonistica e prescritte direttamente dai medici della Nazionale. Il rimborso avverrà con il limite di Euro 8.000,00 per assicurato e per anno assicurativo, con applicazione di uno scoperto del 10% .

### **Laserterapia per visus**

La Società rimborsa, con il limite di € 8.000,00 le spese sostenute per trattamento laser per peggioramento visus, in questo caso il rimborso sarà dovuto a condizioni la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 2 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 4 diottrie.

### **Anticipo indennizzi**

E' facoltà dei soggetti titolati a ricevere la liquidazione richiedere anticipatamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e 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, fino al 50%, può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle stesse non sia inferiore a € 4.000,00, ed avrà luogo entro 10 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda alla Società.

### **B. Spese rimborsabili in caso di prestazioni extra-ricovero**

In caso di infortunio o malattia che non hanno comportato un ricovero in istituto di cura, la Società rimborsa:

1) onorari medici e specialisti (escluse le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche), le prestazioni sanitarie di diagnostica/strumentale, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici;

2) trattamenti medico chirurgo-infermieristici, trattamenti masso/fisio-terapici (comprese osteopatia e chiropratica) e programmi atletici riabilitativi (riatletizzazione), medicinali, infiltrazioni, cure omeopatiche e termali (escluse le spese d'albergo). Sono altresì comprese le spese sostenute per l'affitto di apparecchi necessari allo svolgimento, anche domiciliariamente, delle terapie prescritte;

3) La Società rimborsa inoltre le spese sostenute per le cure effettuate a qualsiasi titolo, per scopi sia riabilitativi, sia preventivi, purché prescritti dal medico curante e/o specialista ed avallati dai medici della Nazionale, senza necessità di interventi chirurgici, sempreché conseguenti ad eventi indennizzabili a termini della presente convenzione. Si intendono incluse a titolo esemplificativo ma non limitativo le cure masso-fisioterapiche, le kinesiterapie, le infiltrazioni ed i programmi atletici riabilitativi svolti in strutture specifiche.

Per i punti 1), 2) e 3) sopra richiamati, la garanzia è prestata complessivamente fino alla concorrenza del massimale di cui alla tabella riportata all'art. 53 per sinistro. La liquidazione di ogni sinistro verrà effettuata con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 75,00.



**C. Acquisti protesici e terapeutici**

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici, ortesi e tutori in genere anche su misura, plantari, purché prescritti da medico specialista a seguito di infortunio o da malattia che impedisca o condizioni il normale svolgimento dell'attività sportiva. Si intendono inclusi inoltre le placche byte di svincolo mandibolare o temporomandibolare ed i plantari ortopedici, prescritti per la cura di problemi posturali che potrebbero affliggere gli atleti. La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di cui alla tabella riportata all'art. 53 per assicurato e per anno assicurativo, con applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 75,00.

**Art. 55 – Criteri e modalità di rimborso**

I rimborsi dovuti a termini della presente polizza saranno liquidati a favore del soggetto che ha sostenuto le spese.

Qualora le spese non vengano sostenute direttamente da un soggetto assicurato ma dal Contraente la liquidazione verrà effettuata a favore di F.I.S.I. a condizione che venga allegato, alla denuncia di sinistro, quanto segue:

- apposito Modulo in cui si certifica che il soggetto per il quale si richiede il rimborso è un Atleta della squadra Nazionale o di interesse nazionale;
- delega di pagamento o equivalente idonea procura rilasciata dal soggetto assicurato a favore della F.I.S.I. corredata da copia del documento d'identità.

Qualora le spese vengano sostenute direttamente da un soggetto assicurato la liquidazione potrà essere effettuata a favore del medesimo soggetto.

In entrambi i casi:

- I rimborsi verranno effettuati in Italia; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dall'Ufficio Italiano dei Cambi;
- ogni richiesta di rimborso dovrà essere corredata da documentazione attestante la diagnosi di malattia o infortunio, dalle prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni avute, dalle ricevute, fatture, notule o parcella debitamente quietanzate, nonché da eventuale ulteriore documentazione sanitaria richiesta dalla Società;
- le ricevute di spesa dovranno essere trasmesse in originale.

Quanto sopra indicato non troverà applicazione nei casi di liquidazioni di indennità sostitutiva o Diaria giornaliera di convalescenza previste ai punti 1) e 2) delle Condizioni Speciali di polizza.

I rimborsi saranno effettuati solo ed esclusivamente a mezzo bonifico bancario.

**Art. 62- Esclusioni**

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti e allucinogeni;



## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

- cura dell'AIDS e della sieropositività HIV;
- malattie dolosamente procurate;
- conseguenze di insurrezioni, guerre e terremoti;
- infortuni conseguenti a stato di ubriachezza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fusione e fissione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc);
- applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;
- tutte le prestazioni sia sanitarie sia economiche eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up);
- aborto volontario, non terapeutico;
- assistenza sanitaria per maternità, comprendente anche il ricovero e le cure post-parto.

### **Art. 63 - Cessazione della copertura**

La copertura prestata ai sensi del presente contratto cesserà immediatamente qualora l'Assicurato dovesse risultare definitivamente positivo a controlli antidoping.

**SEZIONE IV - PREMI**
**Sezione RCT/O**

Categorie	Dato preventivo	Premio lordo p.-c.	Premio lordo annuo
Soggetti A	270	€	€
Soggetti B/C	2.730		
Atleti nazionali e di	520	€	€
<b>Premio lordo annuo</b>			€

**Sezione Infortuni**

Categorie	N. assicurati	Premio lordo p.-	Premio lordo
Soggetti A	270	€	€
Soggetti B / C	2.730		
Atleti Top			
Atleti Squadre Nazionali	350		
Atleti di interesse nazionale convocati sino a 7 gg.	120	€	€
Atleti di interesse nazionale convocati per un periodo superiore a 7 e fino max 45 gg	50	€	€
Tesserati	75.000	€	€
<b>Premio lordo annuo</b>			€

**Sezione Rimborso spese**

Categorie	N. assicurati	Premio lordo p.-c.	Premio lordo annuo
Atleti Nazionali	250	€	€
Atleti di interesse nazionale convocati sino a 7 giorni	100	€	€
Atleti di interesse nazionale convocati da 7 fino a 45 giorni	50	€	€
<b>Premio lordo annuo</b>			€



CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

**Sezione R.C.T.**

<b>Categorie</b>	<b>Dato preventivo</b>	<b>Premio lordo p.-c.</b>	<b>Premio lordo annuo</b>
Tesserati	75.000	€	€
Soggetti A	270		
Soggetti B /C	2.730	€	€
Atleti TOP / Atleti Squadre Nazionali e di interesse nazionale	520	€	€
Federazione			€

**Totale sezioni**

€

<b>Premio lordo annuo</b>
---------------------------

**IL CONTRAENTE**

**LA SOCIETA'**



## APPENDICE A

### Assicurazione Assistenza viaggio Atleti TOP ed Atleti Squadre Nazionali

**Assicurato:** Atleti TOP e Atleti Squadre Nazionali in occasione di missioni all'estero.

**Centrale Operativa:** la struttura organizzativa di ..... che, in conformità al Regolamento Isvap nr. 12 del 9 gennaio 2008, provvede 24 ore su 24 tutto l'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

**Europa:** Italia, Svizzera e i paesi aderenti all'accordo di Schengen.

**Evento:** l'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più sinistri.

**Familiare:** il coniuge, figlio/a, padre, madre, fratello, sorella, suocero/a, genero, nuora dell'Assicurato nonché quanti altri con lui conviventi, purché risultanti da regolare certificazione.

**Franchigia/scoperto:** la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico, calcolata in misura fissa o in percentuale.

**Impresa:** .....

**Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte o una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

**Italia:** il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano, la Repubblica di San Marino.

**Malattia:** l'alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio.

**Missione:** il viaggio di lavoro, in località poste al di fuori della sede del Contraente e/o del territorio comunale di residenza dell'Assicurato, che comporti il mutamento temporaneo del luogo dove il lavoratore presta abitualmente la propria attività.

**Mondo:** Italia, Europa e tutti i paesi non aderenti all'accordo di Schengen, con esclusione di U.S.A. e Canada.

**Residenza:** il luogo in cui la persona ha la dimora abituale.

### CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

#### DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

**Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione.

**Impresa:** La compagnia di assicurazioni

**Missione:** il viaggio di lavoro, in località poste al di fuori della sede del Contraente e/o del territorio comunale di residenza dell'Assicurato, che comporti il mutamento temporaneo del luogo dove il lavoratore presta abitualmente la propria attività.



**Premio:** la somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

**Rischio** la probabilità che si verifichi il sinistro.

**Sinistro:** il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

## **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

### **Art. 1. Dichiarazioni Relative alle Circostanze del Rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. L'Impresa una volta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore può richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso.

### **Art. 2. Diminuzione del rischio**

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 del Cod. Civ., e rinunci al diritto di recesso.

### **Art. 3. Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure direttamente all'Impresa. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 3° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

In caso di decadenza della polizza, l'Impresa resta, comunque, obbligata nei confronti dei singoli Assicurati sino al completamento dei loro specifici periodi di garanzia.

### **Art. 4. Modifiche dell'Assicurazione**

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

### **Art. 5. Altre Assicurazioni**

Il Contraente deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; Il Contraente o l'Assicurato, in caso di sinistro, deve dare avviso scritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 Codice Civile.

### **Art. 6. Oneri Fiscali**

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

### **Art. 7. Rinvio alle Norme di Legge**

Il presente contratto è sottoscritto in Italia, anche per gli effetti che ne produce nei confronti degli assicurati. Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le disposizioni della legge italiana.

## NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE ASSICURATIVA

### Art. 8. Oggetto dell'assicurazione - Garanzie

L'Impresa, si obbliga nei confronti del Contraente che stipula la presente polizza nell'interesse degli Assicurati, a prestare i servizi di assistenza e/o le garanzie assicurative così come definite dagli articoli compresi nella sezione "NORME CHE REGOLANO LE PRESTAZIONI E LE GARANZIE ASSICURATIVE".

Il Contraente, in ogni caso, resta esonerato da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione delle prestazioni previste nel presente contratto per le obbligazioni che l'Impresa assume nei confronti dei singoli assicurati.

### Art. 9. Persone assicurabili

L'Impresa assicura le persone:

- in missione
- residenti o domiciliate, anche temporaneamente, in Italia;
- dotate di capacità giuridica al momento della partenza per la missione.

Nel caso di **persona fisica**, sono assicurabili le persone che intrattengano con il Contraente un rapporto di:

- **lavoro subordinato o parasubordinato,**
- **collaborazione / consulenza / altro purché la missione sia svolta formalmente per l'esecuzione di una mansione connessa con l'attività svolta istituzionalmente dal Contraente.**

Nel caso di **persona giuridica**, sono assicurabili:

- il Presidente Federale ;
- il Legale rappresentante;
- i Membri del Consiglio federale

### Art. 10. Persone non assicurabili e cessazione delle garanzie

L'Impresa, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non assicura le persone affette da :

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive;
- psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili

L'assicurazione cessa al manifestarsi, anche nel corso della copertura, di tali affezioni senza obblighi per l'Impresa di corrispondere indennizzi per eventuali sinistri.

Non sono assicurabili le persone di età superiore ai **75 (settantacinque) anni**. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale limite di età nel corso della missione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino al rientro o cessazione della missione stessa.



**Art. 11. Modalità di Applicazione della Convenzione Assicurativa****Art. 11.1. Identificazione degli Assicurati – Comunicazione tra le Parti**

Il Contraente trasmetterà all'Impresa i dati necessari all'identificazione degli Assicurati in missione secondo lo schema e con la cadenza concordati e previsti nell'allegato nr. 1 "PROCEDURA DI COMUNICAZIONE TRA LE PARTI".

L'esatta e corretta comunicazione dei dati degli Assicurati costituisce condizione essenziale per l'erogazione delle prestazioni/garanzie.

Il Contraente si impegna a verificare e garantire la presenza dei presupposti e dei requisiti richiesti per l'assicurabilità del personale in missione, ai sensi dell'art. 9, informando gli Assicurati dei casi previsti dal precedente art. 10.

La Società relativamente ai dati inviati dal Contraente, non assume responsabilità derivanti da incompletezza o/e inesattezza degli stessi.

I dati forniti saranno utilizzati dall'Impresa, esclusivamente al fine di una corretta erogazione delle prestazioni assicurative, previste nel presente Contratto e nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti.

**Art. 11.2. Comunicazione agli Assicurati**

Agli effetti dell'operatività delle prestazioni e garanzie assicurative la Contraente si obbliga a consegnare a ciascun Assicurato, *prima dell'inizio di ogni singola missione*, il Certificato di Assicurazione predisposto dall'Impresa riportante le conformi condizioni che regolano le garanzie prestate. Detto documento assume veste contrattuale.

**Art. 12. Diritto di verifica**

L'Impresa, al fine di accertare il puntuale adempimento delle obbligazioni previste dalla presente polizza, si riserva la facoltà di effettuare verifiche e controlli presso il Contraente che sarà tenuto a prestare la necessaria collaborazione. Per un periodo di **12 mesi** successivi alla scadenza del contratto, il Contraente si impegna a mettere a disposizione dell'Impresa e dei suoi rappresentanti autorizzati, presso la propria sede e durante l'orario di ufficio, i documenti, gli atti, le registrazioni ed i conti tenuti dal Contraente stesso e utili all'Impresa per verificare la regolarità contrattuale relativamente al presente contratto.

**Art. 13. Durata**

- della polizza: la polizza ha durata annuale (art.13.1); se espressamente concordato, la polizza si intende tacitamente rinnovata per un ulteriore anno (art. 21);
- -delle garanzie: le garanzie avranno validità per il periodo comunicato ovvero dall'inizio della missione fino al termine della missione stessa, con un massimo di 90 giorni consecutivi per singola missione

**Art.13.1. Decorrenza e operatività delle garanzie**

La garanzia decorre dall'inizio della missione fino al termine della missione stessa, con un massimo di **90** giorni consecutivi ed è operante per il periodo e la destinazione comunicata e nei limiti dei capitali e delle prestazioni previste per il luogo ove si è verificato l'evento

**Art. 14. Determinazione del premio****Art. 14.1. Premio Anticipato/Premio Minimo**

Il premio, convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili, viene:

- anticipato in via provvisoria;
- regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, a seconda delle variazioni intervenute in detti elementi durante lo stesso periodo, fermo il premio minimo stabilito sul frontespizio di polizza.

#### Art. 14.2. **Premio Individuale**

Il premio individuale è definito nel frontespizio di polizza e potrà essere determinato per:

- a) singola giornata di missione e per destinazione;
- b) per anno assicurativo.

#### Art. 14.3. **Regolazione del premio – Criteri**

Art. 14.3.1. L'Impresa, sulla base delle comunicazioni ricevute, effettuerà il regolamento premio utilizzando il metodo contrattualizzato nel frontespizio di polizza ovvero:

**Art. 14.3.1.1. Tipo 1:** Giornate di effettiva missione su base nominale – pro-rata temporis [entrata/uscita];

**Art. 14.3.1.2. Tipo 2:** Giornate di effettiva missione su base cumulativa.

#### **Art. 14.3.2. Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio**

Entro **60 (sessanta) giorni** dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto all'Impresa, in relazione a quanto previsto dal contratto, gli elementi variabili contemplati in polizza. Le eventuali differenze attive devono essere pagate entro **15 (quindici) giorni** dalla data di emissione della relativa appendice di regolazione del premio. Resta fermo il premio minimo stabilito in polizza che si intende comunque acquisito dall'Impresa. In caso di differenza passiva, l'appendice verrà conteggiata al netto delle imposte pagate allo stato.

#### **Art. 14.3.3. Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati o dell'obbligo di pagamento**

Nel caso in cui il Contraente, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia prestata per il nuovo periodo assicurativo resta sospesa a partire dal **15° (quindicesimo) giorno** successivo a quello indicato per la scadenza del contratto e fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai propri obblighi e trova applicazione il disposto dell'art. 1901, comma 2, del Codice Civile. Resta fermo il diritto dell'Impresa di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

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

#### Art. 15. **Riservatezza e Privacy**

Le Parti s'impegnano, in ordine alle informazioni che si scambieranno nella fase predisposizione e di esecuzione del Contratto a rispettare gli obblighi dettati in materia di riservatezza, nonché le disposizioni a tutela dei dati personali (Decreto Legislativo del 30/06/2003 n. 196).

L'Impresa, in qualità di autonomo titolare del trattamento, non potrà utilizzare i dati in suo possesso per i trattamenti diversi da quelli necessari per svolgere i suoi compiti istituzionali né potrà trattare i medesimi dati né cederli a terzi per fini di marketing diretto o indiretto.

#### Art. 16. **Foro competente**

Per tutte le controversie tra la Società e l'Assicurato, relative al presente contratto di assicurazione, il foro competente esclusivo sarà quello dell'Assicurato / Contraente

**Art. 17. Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)**

**Art.17.1.** Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo.

**Art. 17.2.** La Società aderisce alle disposizioni stabilite dalla comunità internazionale, che prevedono specifiche restrizioni nei confronti di alcune nazioni (embargo) o nei confronti di soggetti rientranti nelle black list predisposte dall'ONU, dagli Stati Uniti o dall'Unione Europea internazionale.

**Art. 18. Decreto legislativo 231/2001**

Con riferimento alle disposizioni di cui al Decreto Legislativo n. 231 dell'8 giugno 2001 in materia di responsabilità amministrativa degli enti, come successivamente modificato e integrato, le parti dichiarano e garantiscono che, nell'espletamento delle attività previste dal presente contratto, le Società, coloro che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione o di direzione delle stesse o di una delle loro unità organizzative, coloro che esercitano, anche di fatto, la gestione e il controllo delle Società, nonché i soggetti comunque sottoposti alla direzione o vigilanza di alcuno dei precedenti non terranno alcun comportamento, non porranno in essere alcun atto od omissione e non daranno origine ad alcun fatto da cui possa derivare una responsabilità ai sensi del citato Decreto 231/2001, senza tuttavia che tale dichiarazione e garanzia comporti che le Società o tutti i predetti soggetti possano essere considerati, per quanto riguarda le Società, compresi tra quelli di cui all'art. 5 comma 1 del Decreto 231/2001.

Resta altresì inteso che in caso di violazione della dichiarazione e garanzia di cui sopra, il presente contratto potrà essere risolto dalle parti, ciascuna delle quali sarà tenuta a risarcire e tenere indenne l'altra per le perdite, i danni, le spese, le responsabilità e le azioni che possano derivare dalla predetta violazione.

**Art. 19. Ottemperanza alle norme anti-corrruzione**

Le parti dichiarano e garantiscono che durante l'attività di negoziazione e formazione del presente contratto, come pure durante e dopo l'esecuzione dello stesso, hanno integralmente rispettato e rispetteranno le seguenti regole di condotta:

Le parti non devono effettuare alcuna offerta, pagamento, promessa di pagamento o autorizzazione al pagamento di qualsiasi somma di denaro, anche a titolo di commissione, trattenuta o altro titolo, o effettuare alcuna donazione, regalia, promessa di dare o fare, o autorizzare la dazione di alcunché di valore a qualsiasi pubblico ufficiale, incaricato di pubblico servizio, funzionario pubblico o loro familiari, a qualunque partito politico od esponente di partito, o a qualsiasi rappresentante di impresa pubblica e a qualunque terzo anche privato, con lo scopo di indebitamente influenzare il destinatario, oppure di ottenere o mantenere rapporti di affari, commesse o contratti, o altrimenti procurarsi qualsiasi illegittimo vantaggio nella propria attività;

Le parti non devono permettere o autorizzare che sia svolta alcuna azione, comprese le attività contemplate nel proprio oggetto sociale, nonché quelle previste dal presente contratto, che potrebbe causare la violazione da parte di entrambe della normativa Anti-corrruzione;

Le parti devono dichiarare tutti i pagamenti che le stesse hanno effettuato, sono obbligate ad effettuare o intendono effettuare a favore di qualsiasi agente, broker, mediatore o altro intermediario, in connessione con l'oggetto del presente contratto e con la stipula ed esecuzione del medesimo;

□ Ciascuna parte non può offrire, promettere o accordare all'altra, o ad alcun dipendente o amministratore delle medesime coinvolto nella conclusione o nell'esecuzione del presente contratto, o a qualunque terzo, nessuna liberalità, donazione, regalia o somma di denaro, anche sotto forma di beni e/o servizi, materiali o immateriali, al fine di ottenere o prorogare la stipulazione di un contratto tra le parti. Ciascuna parte non può nemmeno accordare all'altra, o ai suoi amministratori o dipendenti, alcun trattamento più favorevole dell'ordinario, al fine di ricevere qualsivoglia illegittimo vantaggio nell'affidamento di una commessa, compreso il presente Contratto e la sua esecuzione;

□ Qualora ciascuna delle Parti venga a conoscenza di qualsiasi condotta posta in essere da alcuno dei propri dipendenti, amministratori, agenti, rappresentanti, subappaltatori o terzi contraenti che costituisca corruzione o sia comunque non in linea con quanto previsto dalla presente clausola, o qualora ciascuna delle parti abbia uno specifico e motivato sospetto del verificarsi di una simile condotta, essa deve immediatamente informare in proposito l'altra parte.

#### Art. 20. **Disdetta, recesso o risoluzione della Convenzione**

Art. 20.1. Le Parti possono disdire il contratto con lettera raccomandata inviata almeno **60 (sessanta) giorni** della sua scadenza.

Art. 20.2. Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al **30° (trentesimo) giorno** dopo la sua definizione, le Parti possono recedere dal contratto comunicando tramite lettera raccomandata la propria volontà. Il recesso avrà effetto dal **15° (quindicesimo) giorno** dal ricevimento della comunicazione. In tal caso al Contraente è dovuto il rimborso della quota di premio, al netto delle imposte, relativa al pe-periodo di rischio pagato e non goduto.

Art. 20.3. In caso di mancato rispetto dei termini previsti dall'art. 14 per la rimessa dei premi raccolti, l'Impresa ha la facoltà di recedere dal contratto. Verificato l'inadempimento, l'Impresa invierà una diffida ad adempiere tramite lettera raccomandata A.R., richiedendo il saldo dei premi entro **15 (quindici) giorni** dal ricevimento della comunicazione. Decorso infruttuosamente tale termine, il Contratto si intenderà risolto di diritto, senza che si rendano necessarie ulteriori comunicazioni.

Art. 20.4. È facoltà dell'Impresa risolvere il contratto qualora nei confronti del Contraente e/o dei suoi rappresentanti legali siano emessi provvedimenti sanzionatori da parte delle Nazioni Unite e/o dell'Unione Europea, di cui all'art. 17.2.

Art. 20.5. È facoltà delle parti risolvere il contratto in caso di violazione degli obblighi in tema di "responsabilità amministrativa delle persone giuridiche – D. Lgs. 231/2001", di cui all'art. 18.

Art. 20.6. È facoltà delle parti risolvere il contratto in caso di violazione degli obblighi in tema di normativa anti-corruzione, di cui all'art. 19.

In conseguenza dell'intervenuta risoluzione del contratto, l'Impresa resta, comunque, obbligata nei confronti dei singoli Assicurati sino al completamento dei loro specifici periodi di garanzia.

#### **Garanzie e somme assicurate**

<b>DESTINAZIONE</b>	<b>ASSISTENZA/SM</b>	<b>BAGAGLIO</b>
<i>Italia</i>	€ 2.500,00	€ 500,00
<i>Europa e Bacino del Mediterraneo</i>	€ 50.000,00	€ 2.000,00
<i>Mondo (Esclusi Usa e Canada)</i>	€ 100.000,00	€ 2.000,00
<i>Usa e Canada</i>	€ 150.000,00	€ 2.000,00

**Sezione CENTRALE OPERATIVA****ART.1 CENTRALE OPERATIVA**

La Centrale Operativa di assistenza ha il compito di fornire le informazioni ed eseguire le altre prestazioni previste dal presente contratto e di coordinare la gestione dei ricoveri ospedalieri e delle emergenze mediche nei casi previsti in polizza.

Nel caso in cui occorra all'Assicurato un infortunio o si manifesti una malattia durante il corso di un viaggio di lavoro assicurato, la Centrale Operativa di assistenza, agendo per conto della Società secondo le modalità previste in polizza, organizzerà ed effettuerà le prestazioni relative alle seguenti garanzie, utilizzando i mezzi ed i servizi più adatti alle condizioni fisiche dell'Assicurato:

- *Spese mediche*
- *Spese di viaggio d'emergenza*
- *Invio di farmaci essenziali*
- *Trasporto ad un centro ospedaliero*
- *Rimpatrio sanitario*
- *Rimpatrio della salma e spese funebri*
- *Trasmissione di messaggi urgenti*
- *Biglietti per i familiari*
- *Rientro dei familiari diretti*
- *Assistenza ai minori*
- *Servizio Baby-Sitter*
- *Monitoraggio del ricovero ospedaliero*
- *Sostituzione*
- *Documenti di viaggio*
- *Spese legali*
- *Anticipo contanti*
- *Interprete*
- *Segnalazione medico*

Le coperture verranno fornite secondo le modalità descritte nei successivi articoli.

Le spese di qualsiasi tipo sostenute dall'Assicurato in relazione alle garanzie prestate ai sensi della presente polizza verranno rimborsate solo se approvate e coordinate dalla Centrale Operativa di assistenza, salvo le spese effettuate per ragioni di urgenza quando l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di assistenza in tempo utile, anche tramite terze persone.

In tal caso graverà sull'Assicurato l'onere di provare l'urgenza delle spese effettuate e l'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di assistenza.

Nel caso di un ricovero in Ospedale o di un'emergenza medica, il Contraente, l'Assicurato, un familiare, una persona che viaggia con lui, o l'autorità o l'ente medico che lo hanno in cura, devono mettersi immediatamente dopo che ne siano venuti a conoscenza in contatto con la Centrale Operativa di assistenza, per verificare la copertura assicurativa e organizzare le cure mediche opportune.

La Centrale Operativa risponde ai seguenti numeri telefonici:

Dall'Italia xxxxxxxxxxxx

Dall'Estero xxxxxxxxxxxx



## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

Fax xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

A tali numeri, attivi 24 ore su 24, risponderà un operatore, in grado di fornire l'opportuna assistenza. Al momento della richiesta l'Assicurato dovrà fornire all'operatore i propri estremi identificativi:

- cognome e nome
- numero di polizza
- recapito telefonico del luogo di soggiorno all'Estero
- indirizzo del luogo di soggiorno all'Estero

Dopo questo contatto preliminare, l'équipe medica della Centrale Operativa di assistenza, consultandosi con il medico o i medici che hanno in cura l'Assicurato e/o con il medico o i medici abituali dell'Assicurato, deciderà quali siano i mezzi di trasporto medico e/o l'Ospedale o l'Istituto di Cura e/o le cure mediche più idonei in relazione alle sue condizioni.

Nel caso di un ricovero ospedaliero conseguente ad un infortunio o una malattia coperti dalla polizza e segnalato alla Centrale Operativa di assistenza, questa pagherà le spese di trasporto direttamente all'Ospedale e/o all'Istituto di Cura che ha organizzato il trasporto medico. Tutti gli altri tipi di spese mediche devono essere anticipatamente pagate dall'Assicurato, che dovrà conservare tutte le opportune ricevute al fine di ottenere il rimborso dalla Società al suo ritorno nel Paese di residenza principale.

In caso di ricovero in Ospedale, la Centrale Operativa di assistenza, agendo per conto della Società, prenderà in carico direttamente i costi, anticipandoli, unicamente nel caso in cui ciò si renda necessario per l'ammissione dell'Assicurato nella struttura ospedaliera.

Quando i costi di trasporto dell'Assicurato vengono pagati dalla Società, l'Assicurato dovrà restituire alla stessa i biglietti di trasporto non utilizzati.

### **ART.3 CIRCOSTANZE ECCEZIONALI**

La Società e la Centrale Operativa di assistenza non possono essere ritenute responsabili degli eventuali ritardi nell'effettuare le prestazioni oggetto di garanzia qualora i ritardi siano dovuti a scioperi, disordini, di qualsiasi atto di sabotaggio o terrorismo, guerra civile o con altre nazioni, emissione di calore o di radiazioni provocata dalla fissione dell'atomo, radioattività, o altri incidenti o calamità naturali. Tutti gli interventi della Centrale Operativa di assistenza saranno compiuti in conformità e nei limiti fissati dalle leggi e delle disposizioni amministrative nazionali ed internazionali e saranno condizionati al rilascio delle necessarie autorizzazioni da parte delle autorità competenti.

### ***SEZIONE SPESE MEDICHE***

#### **ART. 4 SPESE MEDICHE**

La Società rimborserà le spese mediche documentate dall'Assicurato e sostenute dallo stesso a causa di un infortunio occorso o di una malattia manifestatasi durante un viaggio assicurato fuori dal Paese di residenza principale e fuori dall'Italia, in seguito al ricovero in Ospedale, o comunque in connessione con le cure ricevute presso una struttura sanitaria/studio medico segnalati dalla Centrale Operativa.

Le spese mediche coperte sono quelle indicate dal medico che ha prestato assistenza all'Assicurato e includono:

- prestazioni mediche ed anestesilogiche;

## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

- ricovero ospedaliero e uso di una sala operatoria
- esami diagnostici, di laboratorio e per immagini
- servizi di autoambulanza;
- medicinali.

Verranno rimborsate o tenute a carico della Società le spese sostenute all'Estero durante il viaggio assicurato entro 365 giorni dalla data dell'infortunio o della manifestazione della malattia.

In caso di rientro in Italia o nel Paese di residenza principale la presente garanzia cesserà di avere effetto in favore della garanzia prevista all'art. 5 SPESE MEDICHE SUCCESSIVE AL RIENTRO se applicabile.

In caso di ricovero in Ospedale, la Centrale Operativa di assistenza, agendo per conto della Società, prenderà in carico direttamente i costi, anticipandoli, unicamente nel caso in cui ciò si renda necessario per l'ammissione dell'Assicurato nella struttura ospedaliera. Nel caso di un ricovero in ospedale o comunque di un'emergenza medica che comporti la necessità di prestazioni mediche, l'Assicurato, una persona che viaggia con lui, o l'autorità o l'ente medico che lo ha in cura, devono mettersi immediatamente in contatto con la Centrale Operativa di assistenza, per verificare la copertura assicurativa e organizzare le cure mediche opportune.

Le spese di qualsiasi tipo sostenute dall'Assicurato nei casi sopra elencati verranno rimborsate solo se preventivamente approvate e coordinate dalla Centrale Operativa di Assistenza, salve le spese effettuate per ragioni di urgenza quando l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza in tempo utile, anche tramite terze persone. In tal caso graverà sull'Assicurato l'onere di provare l'urgenza delle spese effettuate e l'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza.

### **ART. 5 SPESE MEDICHE SUCCESSIVE AL RIENTRO**

A seguito di un ricovero indennizzabile ai sensi dell'art. 4 SPESE MEDICHE, successivamente al rientro nel Paese di residenza principale o in Italia, la Società rimborserà all'Assicurato le seguenti spese, fino al limite d'indennizzo stabilito in polizza:

- le spese mediche rese necessarie in conseguenza dell'intervento chirurgico avvenuto all'Estero, se indennizzabile ai sensi di polizza;
- esami, medicinali e trattamenti fisioterapici e rieducativi per il trattamento dell'infortunio o malattia occorsi durante il viaggio assicurato, che costituiscano la continuazione del trattamento iniziato durante il viaggio di lavoro assicurato.

Tutte le spese dovranno essere sostenute entro 90 giorni dalla data in cui l'Assicurato ritorna nel suo Paese di residenza principale o in Italia.

### **ART. 6 SPESE DI VIAGGIO D'EMERGENZA**

In caso di prolungamento del soggiorno dell'Assicurato e ritardo del rimpatrio a causa di particolari condizioni cliniche, certificate dal medico curante in loco, tali che ne sconsigliano il trasporto, la Centrale Operativa di assistenza per conto della Società rimborserà all'Assicurato sino a € 300,00 al giorno le spese di albergo sostenute in loco sino a che il rimpatrio non sia fattibile.

In tal caso, ove altro soggetto autorizzato che viaggiava con l'Assicurato resti con lo stesso per assisterlo, il rimborso verrà esteso alle spese alberghiere e del costo di rimpatrio sostenute dal predetto soggetto fino



## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

alla concorrenza massima di € 5.000,00; la presente garanzia è valida per un solo soggetto, non essendo oggetto di copertura le spese sostenute da ulteriori dipendenti.

### **ART. 7 INVIO DI FARMACI ESSENZIALI**

La Centrale Operativa di assistenza provvederà, per conto della Società, nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali, all'inoltro a destinazione di farmaci (registrati in Italia) indispensabili all'Assicurato per il proseguimento di una terapia, nel caso in cui quest'ultimo non possa disporre di detti farmaci in loco o gli sia impossibile procurarli od ottenerne di equivalenti. In ogni caso il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato.

### **ART. 8 TRASPORTO AD UN CENTRO OSPEDALIERO**

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di trasferimento presso un Ospedale, la Centrale Operativa di assistenza provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato sino alla più vicina struttura medica attrezzata per le cure del caso. In base alle condizioni cliniche dell'Assicurato e a insindacabile giudizio del servizio medico della Centrale Operativa di assistenza, il trasporto avverrà con aereo sanitario, aereo di linea, vagone letto, cuccetta prima classe, autoambulanza o altro mezzo ritenuto idoneo. Durante il trasporto, se necessario, l'Assicurato sarà assistito da medici e/o infermieri. Tutti i costi sono a carico della Società, restando inteso che la stessa non assume alcuna responsabilità in relazione agli incidenti occorsi nell'ambito del trasporto in Ospedale, limitandosi la Società a organizzare e pagare i necessari servizi di trasporto, prestati da parti terze operanti in via autonoma.

### **ART. 9 RIMPATRIO SANITARIO**

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'Estero a seguito di infortunio o malattia, e di dimissioni dello stesso con necessità di rientro al domicilio nel Paese di residenza principale tramite trasporto sanitario, la Centrale Operativa di assistenza provvederà ad organizzare il rimpatrio. In base alle condizioni cliniche dell'Assicurato e a insindacabile giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa di assistenza, il trasporto avverrà per mezzo di:

- aereo sanitario;
- aereo di linea;
- vagone letto;
- cuccetta di prima classe;
- autoambulanza;
- altro mezzo ritenuto idoneo.

Durante il trasporto, se necessario, l'Assicurato sarà assistito da medici e/o infermieri. Tutti i costi sono a carico della Società, restando inteso che la stessa non assume alcuna responsabilità in relazione agli incidenti occorsi nell'ambito del trasporto in Ospedale, limitandosi la Società ad organizzare e pagare i necessari servizi di trasporto, prestati da terze parti in autonomia.

### **ART. 10 RIMPATRIO DELLA SALMA E SPESE FUNEBRI**

In caso di decesso dell'Assicurato all'Estero, la Centrale Operativa di assistenza, agendo per conto della Società, organizzerà il rimpatrio della salma sino al luogo di inumazione in Italia o del Paese di residenza principale. I costi di trasporto sono a carico della Società, restando inteso che la stessa non assume alcuna responsabilità in relazione agli incidenti occorsi nell'ambito del trasporto in Ospedale, limitandosi la





## CAPITOLATO DI GARA CONVENZIONE MULTIRISCHI PERIODO 2018/2020

Società ad organizzare e pagare i necessari servizi di trasporto, prestati da parti terze operanti in via autonoma. Il costo del feretro, i costi di sepoltura, trattamenti post-mortem, esequie, sono coperti sino ad un totale di € 3.000,00.

### **ART. 10 ESCLUSIONI SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE**

La Società pagherà solamente le spese per le cure mediche prescritte da un medico autorizzato o prestate da un ospedale riconosciuto. L'indennità non sarà fornita per nessun danno risultante interamente o in parte:

- dall'assunzione da parte dell'Assicurato di qualsiasi farmaco, medicazione o trattamento non prescritto dal medico;
- da un tasso di alcol nel sangue dell'Assicurato uguale o superiore a quello fissato dalle leggi del luogo che regolano l'uso di autoveicolo. L'esclusione opera solo quando alla guida di un veicolo;
- da suicidio, tentato suicidio o lesione auto-inflittasi intenzionalmente;
- da viaggio intrapreso contro il parere di un medico o, in ogni caso, intrapreso con patologie in fase acuta o allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici.

L'indennità inoltre non verrà fornita per spese sostenute per:

- cure mediche nel Paese di residenza principale dell'Assicurato o in Italia, salvo quanto disposto all'art.3;
- gravidanza eccetto complicazioni di gravidanza entro i primi 6 mesi di gestazione;
- patologie psichiatriche e nevrosi;

### **ESTENSIONI SPECIALI**

#### **ART. 1 ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ**

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese impreviste conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità, la Centrale Operativa provvederà al pagamento "in loco" di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso fino all'importo di € 5.000,00 a fronte di adeguata garanzia ritenuta idonea dalla Centrale Operativa.

Resta inteso che detto anticipo dovrà essere restituito, alla Società dopo il rientro alla residenza e, comunque non oltre 30 giorni di calendario.

#### **ART.2 INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO**

La Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'Estero o di procedura giudiziaria nei suoi confronti per fatti colposi avvenuti all'estero, organizzerà il reperimento di un interprete e la Società se ne assumerà il costo fino a € 1.000,00

#### **ART. 3SEGNALAZIONE DI UN MEDICO ALL'ESTERO**

Quando successivamente alla segnalazione alla Centrale Operativa di un infortunio o malattia emerge la necessità che l'Assicurato si sottoponga ad una visita medica, la Centrale Operativa segnalerà un medico nella zona in cui l'Assicurato si trova compatibilmente con le disponibilità locali.