

**COMUNICATO PER LA GESTIONE E LA LIQUIDAZIONE DEGLI INFORTUNI DELLA LND
ANTECEDENTI AL 30 GIUGNO 2010 E RELATIVI ALLA COPERTURA DELLA POLIZZA
CARIGE ASSICURAZIONI**

Si porta a conoscenza delle Società e dei Tesserati della Lega Nazionale Dilettanti che, a partire dal primo Ottobre 2010, per il disbrigo delle pratiche e la liquidazione dei sinistri antecedenti al 30 Giugno 2010, cioè gli infortuni relativi alla polizza L.N.D. - CARIGE ASSICURAZIONI, dovrà essere contattato il numero:

800.645.331

attivo il lunedì, martedì e mercoledì dalle ore 14:00 alle ore 17:00

il giovedì dalle ore 9:00 alle ore 14:00

Resta inteso che il numero verde **800.903.407** resta attivo per tutte le pratiche rientranti nell'accordo **INA ASSITALIA**. Comunque, coloro che dovessero chiamare l' 800.903.407 per la gestione anteriore al 30 Giugno 2010 (polizza CARIGE) saranno - in automatico - informati, attraverso un messaggio vocale registrato, del nuovo numero verde messo a disposizione e saranno messi automaticamente in contatto - attraverso un trasferimento di chiamata - con il Centro Liquidazione Danni della compagnia CARIGE.

CONVENZIONE ASSICURATIVA

PER L'ASSICURAZIONE LESIONI/MORTE, INVALIDITA' PERMANENTE, RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI, VERSO PRESTATORI DI LAVORO, ASSISTENZA E TUTELA LEGALE PER CONTO E A FAVORE DELLA LEGA NAZIONALE DILETTANTI, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETA' AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI

CONTRAENTE: LEGA NAZIONALE DILETTANTI

DOMICILIO: Via PO, 36 - 00198 ROMA

CODICE FISCALE: 02006911008

PARTITA IVA: 02006911008

EFFETTO: ore 24,00 del 30/06/2008

SCADENZA: ore 24.00 del 30/06/2012

CONVENZIONE ASSICURATIVA
PER L'ASSICURAZIONE LESIONI/MORTE, INVALIDITA' PERMANENTE, RESPONSABILITÀ
CIVILE VERSO TERZI, VERSO PRESTATORI DI LAVORO, ASSISTENZA E TUTELA LEGALE
PER CONTO E A FAVORE DELLA LEGA NAZIONALE DILETTANTI, DEI SUOI ORGANI
CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETA' AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI

Tra la **LEGA NAZIONALE DILETTANTI** e la **Compagnia Carige Assicurazioni SpA** designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Assicuratore**, viene stipulata la seguente Convenzione per le garanzie contro Lesioni/Morte, Invalidità permanente, Responsabilità Civile verso Terzi, verso Prestatori di lavoro, Assistenza e Tutela Legale per conto e a favore della Lega Nazionale Dilettanti, dei suoi Organi Centrali e Periferici, delle Società Affiliate e dei suoi tesserati.

Le prestazioni garantite sono disciplinate nell'allegato "*REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER LA LEGA NAZIONALE DILETTANTI*".

Tale regolamento forma parte integrante della presente Convenzione.

Art. 1 Titoli che danno diritto all'assicurazione

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

- la Tessera nominativa e numerata;
- per le Società sportive l'affiliazione alla Contraente;

La tessera verrà rilasciata a cura della Contraente anche a mezzo dei suoi organi periferici (Comitati Regionali, Provinciali, territoriali, Società affiliate) da questa specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Si precisa inoltre che la Contraente è da intendersi automaticamente assicurata.

Art. 2 Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni quattro, non rescindibile, per entrambe le parti, con inizio dalle ore 24,00 del 30/06/2008 e scadenza alle ore 24,00 del 30/06/2012 con tacito rinnovo per uguale periodo salvo disdetta da una delle Parti da comunicarsi 180 giorni prima della scadenza del 30/06/2012.

Art. 3 Aggravamento del Rischio

La Contraente si impegna a comunicare all'Assicuratore tutte le modifiche delle proprie norme 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 l'Assicuratore la facoltà di recedere dall'accordo.

Art. 4 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 5 Oneri fiscali

Le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge, in conseguenza del contratto, sono a carico della Contraente.

Art. 6 - Assicurazione obbligatoria degli sportivi

L'art. 51 della legge n. 289 del 27 Dicembre 2002 e s.m.i. prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione Infortuni per atleti, tecnici e dirigenti. Per tanto, in deroga a quanto previsto all'art. 7 ed all'art. 18, 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.

Art. 7 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio

...omissis...

Art. 8 Pagamento del premio anticipato

...omissis...

Art. 9 Sinistri

L'Assicuratore si impegna a :

- mettere a disposizione a proprie spese un call center con numero verde (n. 800-903.407) al quale l'Assicurato potrà fare riferimento per i seguenti servizi:

I - Informazioni sul contratto assicurativo e modalità di denuncia/apertura del sinistro	24h su 24h	Tutti i giorni
II - ricezione e gestione della documentazione riguardante il sinistro	Orari ufficio	Tutti i giorni, escluso i festivi
III - Informazioni sullo stato del sinistro: (in lavorazione, respinto, in attesa di documentazione, ecc)	Dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 19.00	Tutti i martedì e giovedì
	Dalle ore 9.00 alle ore 13.00	Tutti i venerdì escluso i festivi
IV - Informazioni sulla definizione del sinistro: (pagato totale, pagato parziale, fuori garanzia di polizza)	Dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 19.00	Tutti i martedì e giovedì
	Dalle ore 9.00 alle ore 13.00	Tutti i venerdì escluso i festivi

- effettuare un incontro trimestrale con un incaricato della Lega Nazionale Dilettanti, per l'analisi dei sinistri non liquidati;
- fornire, entro il mese successivo alla chiusura di ciascun trimestre, riepiloghi informativi in relazione a:
 - numero sinistri denunciati;
 - numero sinistri senza seguito;
 - numero sinistri liquidati e relativo importo;
 - numero sinistri in trattazione e loro importo preventivato;

- fornire entro il mese successivo alla chiusura di ciascun bimestre alla Contraente, anche su formato elettronico, l'elenco nominativo degli assicurati che hanno denunciato un sinistro fornendo per ciascuna posizione le seguenti informazioni:
 - nome e cognome;
 - data di accadimento del sinistro;
 - stato della pratica;
 - importo di liquidazione;
 - importo di riserva;
- fornire, entro 60 giorni dalla chiusura di ogni anno assicurativo, l'elenco dei sinistri portati a riserva e i relativi importi.

Art. 10 Variazioni nella figura della Contraente

Nel caso di fusione della Contraente, il contratto continua con l'Associazione che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Associazione stessa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della Contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione

La Contraente è tenuta a dare avviso scritto dei fatti sopraindicati entro i successivi 15 giorni dal loro verificarsi all'Assicuratore, il quale, nei 30 giorni successivi al ricevimento dell'avviso, ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

Art. 11 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 alla decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre membri, nominati uno da ciascuna delle parti in contesa e il terzo, con funzioni di Presidente del Collegio, dai membri nominati dalle parti stesse, ovvero, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di Roma, il quale nominerà anche l'arbitro della parte che non vi avesse provveduto nel termine di giorni venti dalla richiesta fattale dall'altra parte, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il Collegio dovrà decidere, disponendo anche in ordine alle spese, nel termine di 60 giorni dalla sua costituzione, in via rituale e secondo diritto con libertà di procedura ma sempre con l'osservanza del rispetto del principio del contraddittorio. La sede del Collegio sarà Roma

Art. 12 Rinvio alle Norme di Legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le Norme di Legge.

Art. 13 Clausola Broker

La Contraente dichiara di affidare, per l'intera durata della convenzione, mandato di assistenza e consulenza nella fase di determinazione, gestione ed esecuzione della presente convenzione a L.I.F.E. s.r.l. via XX settembre 98/G 00187 Roma.

L'Assicuratore si obbliga a rapportarsi in conformità alla legge (codice delle assicurazioni) e della conseguente prassi negoziale anche per quanto concerne il corrispettivo al broker, con il Broker incaricato dalla Contraente.

Tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti dal Broker per conto della Contraente.

Art. 14 Coassicurazione

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate. Ciascuna di esse è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in esplicita deroga all'art. 1911 del Codice Civile.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, debbono trasmettersi da una all'altra parte unicamente tramite la delegataria.

Ogni comunicazione s'intende fatta o ricevuta dalla delegataria nel nome e per conto di tutte le coassicuratrici.

Scaduto il premio, la delegataria potrà sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

La delegataria riceve benestare dalle coassicuratrici per firmare le variazioni, concordate con le coassicuratrici stesse, successive al perfezionamento del contratto originario anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla delegataria agli atti di variazione, la rende ad ogni effetto valida anche per le quote delle coassicuratrici.

LA CONTRAENTE

CARIGE ASSICURAZIONI SPA

**REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE
PER L'ASSICURAZIONE LESIONI/MORTE, INVALIDITA' PERMANENTE, RESPONSABILITÀ
CIVILE VERSO TERZI, VERSO PRESTATORI DI LAVORO, ASSISTENZA E TUTELA LEGALE
PER CONTO E A FAVORE DELLA LEGA NAZIONALE DILETTANTI, DEI SUOI ORGANI
CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETA' AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI**

DEFINIZIONI

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e più precisamente la Lega Nazionale Dilettanti, comprese le strutture periferiche, le Società partecipanti al Campionato LND affiliate alla stessa, i Tesserati e gli Ausiliari ed in particolare:

Categoria

A) Tutti i calciatori, Allenatori, Tecnici e Massaggiatori tesserati per le Società affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, con esclusione dei calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa, Amatoriale e dei tesserati del Settore Giovanile e Scolastico;

B) Tutti i calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore a una Stagione Sportiva);

C) I Dirigenti delle Società Sportive Affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti esclusivamente durante lo svolgimento dell'Attività di Assistenti all'Arbitro durante Gare Ufficiali;

D) I Dirigenti delle Società Sportive Affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti durante lo svolgimento dell'Attività di Dirigente delle Società o degli Organismi di Lega, esclusa l'attività di Assistenti all'Arbitro durante Gare Ufficiali;

Assicuratore

Il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto..

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assistenza:

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Associati

Tutti i Tesserati delle suindicate Società, esclusivamente mentre esplicano la loro attività per conto delle stesse.

Ausiliari

Tutte le persone con incarico di sovrintendere, controllare, assistere ed organizzare l'attività per la quale è prestata l'assicurazione, quali allenatori, insegnanti, massaggiatori, medici e tutte le persone componenti lo staff tecnico, dirigenti, accompagnatori, responsabili di attività e servizi e tutti i componenti lo staff dirigenziale ed amministrativo.

Beneficiario

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

Broker

L.I.F.E. S.r.l. Via XX Settembre 98/G 00187 Roma

Centrale operativa:

la struttura della Compagnia, costituita da risorse umane e da attrezzature, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza. E' composta dalla Centrale Telefonica, che riceve le chiamate degli Assicurati e attiva le assistenze, e dalla Rete Esterna che effettua gli interventi sul posto.

Contraente:

la Lega Nazionale Dilettanti

Cose:

sia gli oggetti materiali, sia gli animali

Day- Hospital:

la degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura.

Familiare:

la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato e con lui stabilmente convivente nell'abitazione così come risultante dallo stato di famiglia.

Franchigia:

l'importo previsto dalle norme contrattuali che, in caso di sinistro, viene detratto dalla somma liquidabile a termini di polizza, per restare a carico dell'Assicurato.

Frattura:

Una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio

Inabilità temporanea:

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

Indennizzo:

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

Infortunio:

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

Invalidità permanente:

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

Istituto di cura:

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

Lesione:

Ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella allegata, purchè determinata da infortunio.

Polizza:

I Documenti che provano l'Assicurazione

Post- ricovero:

Periodo di convalescenza successivo al ricovero

Premio:

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Residenza:

il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale in Italia.

Ricovero:

periodo di degenza in istituto di cura. Viene considerata ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purchè certificata da cartella clinica.

Rimpatrio Sanitario:

il trasferimento dell'Assicurato dall'Estero in Italia.

Rischio:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro:

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

Società:

si intende la Società o l'Associazione sportiva presso cui l'Assicurato è tesserato

Trasferimento Sanitario:

il trasporto dell'Assicurato ad insindacabile giudizio della centrale Operativa:

- a) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato all'istituto di cura prescelto ed abilitato alle cure del caso;
- b) dal luogo del sinistro al più vicino ed idoneo istituto di cura;
- c) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato al proprio domicilio, in caso di dimissione.

Trasporto Sanitario:

l'organizzazione del trasferimento dell'Assicurato con il mezzo più idoneo (ambulanza, treno, aereo di linea, sanitario) ad insindacabile giudizio della centrale operativa.

Trattamento chirurgico:

Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in istituto di cura.

Viaggio:

qualunque località al di fuori dell'Italia sia durante i trasferimenti che durante il soggiorno

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 15 Identificazione delle persone assicurate

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la materiale identificazione degli Assicurati si farà riferimento agli elenchi ed alla documentazione ufficiale riportanti i nominativi dei tesserati e/o iscritti redatti dalla Contraente o dalle Società ad essa affiliate.

Art. 16 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).

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, L'Assicuratore può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui l'Assicurato non accetti le nuove condizioni, l'Assicuratore, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato.

L'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o del Contraente di una circostanza aggravante del rischio durante il corso della polizza medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

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

Art. 17 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 dalle ore 24.00 del giorno in cui consegua il titolo che dà diritto all'assicurazione, ai sensi dell'art. 1 "*Titoli che danno diritto all'assicurazione*" e cessa il 30 Giugno successivo di ogni anno.

Art. 18 Termine di Rispetto

I premi devono essere pagati all'Assicuratore per il tramite del broker.

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

Art. 19 Ritardato pagamento del premio e rivalsa dell'Assicuratore

Trascorso il termine di cui al precedente Art. 17, salvo quanto previsto ai precedenti art. 6 e 8, senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del premio, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

Art. 20 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 21 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

Art. 22 Limite di età

L'assicurazione vale per le persone senza limiti di età.

Art. 23 Interpretazione del Contratto

In caso di eventuali dubbi di interpretazione sui contenuti delle clausole contrattuali, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

Art. 24 Altre Assicurazioni

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

Art. 25 Rescissione del contratto

L'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione esclusivamente secondo quanto stabilito al precedente Articolo 2 *"Durata e decorrenza della Convenzione"*.

Art. 26 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Art. 27 Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato (o dai suoi aventi causa) all'Assicuratore tramite lettera raccomandata, fax o servendosi dell'apposito numero verde, entro 30 giorni dall'evento 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.

Art. 28 Foro competente

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra Assicuratore e Assicurato il foro competente sarà quello di residenza e/o domicilio dell'Assicurato.

LA CONTRAENTE

CARIGE ASSICURAZIONI SPA

SEZIONE I - INFORTUNI

SETTORE A) "CALCIATORI TECNICI e DIRIGENTI

Art. 29 Persone assicurate

CATEGORIA A), B), C).

Art. 30 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione prestata con la presente polizza, comprende gli infortuni che colpiscono gli Assicurati sul campo, o entro i limiti dell'impianto sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa, in occasione di:

- partecipazione a gara di campionato, di torneo od amichevoli, purché dirette da arbitri incaricati dalla Federazione competente;
- allenamenti, purché questi siano preventivamente autorizzati o controllati dalla organizzazione sportiva competente e siano svolti per preparazione fisico-atletica.

L'assicurazione comprende gli infortuni che colpiscono gli Assicurati durante:

1. i trasferimenti collegiali effettuati su ordinari mezzi pubblici di trasporto, dalla residenza al luogo della manifestazione o dell'allenamento cui gli Assicurati stessi devono partecipare; o dal luogo dell'allenamento a quello della manifestazione e ritorno, sempreché il viaggio venga effettuato in comitiva regolarmente organizzata ed assistita dagli appositi accompagnatori. Ai fini delle norme del presente articolo, si considerano "mezzi pubblici di trasporto" anche gli automezzi di noleggio da rimessa, appositamente noleggiati con autista dell'impresa, per spostamenti collettivi di complessi di atleti o squadre; compreso il mezzo di proprietà della squadra.
2. i trasferimenti effettuati con mezzi privati limitatamente ai trasferimenti compiuti per partecipare alle gare ed allenamenti ufficiali controllati; partecipazione che dovrà risultare da documentazione ufficiale.
3. i trasferimenti su mezzi adibiti a pronto soccorso o privati, durante il trasporto al più vicino luogo di ricovero.

Tale assicurazione opera a condizione che l'infortunio sia occorso in una località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto della copertura in data ed orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso la tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione dell'attività stessa.

Gli allenamenti ufficiali controllati devono intendersi come effettuati sotto il controllo di un tecnico e/o allenatore tesserato, o di un dirigente della Società anch'esso tesserato, che eventualmente sarà chiamato, insieme al Presidente, a controfirmare la denuncia, assumendosi la responsabilità della veridicità dei dati.

Art. 31 Garanzie prestate

Morte, Perdita Anno Scolastico, Indennità Forfetaria HIV, Lesioni, Rimborso spese di cura ospedaliere, Rimborso Spese di Cura Grandi Interventi, Spese di cura pre-post intervento chirurgico, Rimborso spese specialistiche, Indennità giornaliera in caso di ricovero, Rimborso per cure dentarie e/o protesi dentarie, Indennità forfetaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e/o inamovibile, Danno estetico, Indennità Aggiuntiva.

Art. 32 Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata, per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

1. Morte:	€ 80.000,00
2. Perdita Anno Scolastico	€ 3.000,00
3. Indennità Forfetaria HIV:	€ 16.000,00
4. Lesioni come da Tabella allegato A):	€ 80.000,00
5. Rimborso Spese di Cura Ospedaliere	€ 7.000,00
6. Rimborso Spese di Cura Ospedaliere in caso di "grandi interventi"	€ 16.000,00
7. Spese di Cura pre-post Intervento Chirurgico	€ 2.000,00
8. Rimborso Spese Specialistiche	€ 750,00
9. Indennità Giornaliera In Caso Di Ricovero	€ 100,00
10. Rimborso Per Cure Dentarie e/o Protesi Dentarie	€ 6.000,00
11. Indennità Forfettaria Per Applicazione Di Apparecchio gessato	€ 500,00
12. Danno Estetico	€ 1.500,00
13. Indennità Aggiuntiva	€ 12.000,00

SETTORE B) "DIRIGENTI"

Art. 33 Persone assicurate

CATEGORIA D)

Art. 34 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività di Dirigente, comprese missioni e trasferimenti, delle società sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, secondo le regole del proprio mandato non sempre ricavabili da verbali, registrazioni e/o relazioni, che abbiano per conseguenza la morte oppure una invalidità permanente.

Art. 35 Somme assicurate

L'assicurazione si intende prestata, per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

1. MORTE:	€ 10.000,00
2. INVALIDITA' PERMANENTE	€ 10.000,00

ESTENSIONI DI GARANZIA

Art. 36 Perdita anno scolastico per i tesserati studenti.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato sia costretto ad un'assenza dalle regolari lezioni, tale da comportare la perdita dell'anno scolastico, espressamente motivata e convalidata dall'organismo scolastico preposto, l'Assicuratore liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore pari a € 3.000,00

Art. 37 Contagio da H.I.V.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e per causa di una trasfusione ematica avvenuta nel corso delle cure necessarie per l'infortunio stesso, l'Assicurato contraiga il virus H I V, l'Assicuratore liquida un'ulteriore indennità forfetaria pari a € 15.494,00.

Art. 38 Rappresentativa nazionale

In occasione delle convocazioni per la Rappresentativa Nazionale e regionali, per gli infortuni avvenuti sul terreno di gioco, i massimali s'intendono triplicati.

Art. 39 Caso Lesioni

L'assicuratore corrisponde gli indennizzi nella misura prevista alla Tabella Lesioni allegata.

In caso di evento che produca più lesioni comprese nella Tabella, l'Assicuratore non corrisponderà complessivamente indennizzi superiori al capitale assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale

Art. 40 Rimborso spese di cura ospedaliere

In caso di infortunio che comporti un ricovero, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della somma prevista per anno assicurativo e dietro presentazione di relativa documentazione, le spese mediche o spese chirurgiche sostenute durante il periodo di ricovero ed in particolare quelle relative a:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli aiuti degli assistenti, degli anestesisti, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- accertamenti diagnostici, cure;
- rette di degenze;

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata con uno scoperto del 20%, con un minimo di € 200,00 per sinistro, in caso di Day Hospital tale minimo è elevato ad € 250,00;

Art. 41 Rimborso spese per "Grandi Interventi"

Il Rimborso delle spese ospedaliere in caso di "grandi interventi" a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza verranno risarcite fino alla concorrenza della somma pattuita per persona e per anno assicurativo.

Per Grandi interventi si intendono:

Collo

Resezioni e plastiche tracheali

Esofago

Interventi per lesioni traumatiche

Torace

Lobectomie, bilobectomie, pneumonectomie

Stomaco-duodeno intestino tenue

Resezione intestinale per via laparoscopica

Colon-retto

Colectomia totale con ileorecteanastomosi senza o con ileostomia

Fegato e vie biliari

Resezioni epatiche maggiori o minori

Anastomosi bilio-digestive

Pancreas-milza-surrene

Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)

Chirurgia maxillo facciale

Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore

Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale

Ricostruzione della mandibola con innesti ossei

Ricostruzione della mandibola con materiale alioplastico

Cardio Chirurgia

Interventi per corpi estranei

Sutura del cuore per ferite

Neurochirurgia

Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali

Cranioplastica ricostruttiva

Chirurgia vascolare

Interventi sull'arteria succlavia vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)

Interventi sulle arterie viscerali o renali

Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)

Trattamento delle lesioni traumatiche della aorta

Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo

Chirurgia Ortopedia

Artrodesi grandi segmenti

Artrodesi vertebrale per via anteriore

Arteoprotesi totale del ginocchio

Artroprotesi di spalla

Artroprotesi di anca parziale e totale

Disarticolazione interscapolo – toracica

Emipelvectomy

Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilofistes

Osteosintesi vertebrale

Chirurgia Urologia

Nefrectomia polare

Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o etrotopica

Resezione uretrale e uretrorafia

Chirurgia ginecologica

Laparotomia per ferite o rotture uterine

Chirurgia Oculistica

Vitrectomia anteriore e posteriore

Trapianto corneale a tutto spessore

Orchiaggio per distacco di retina

Chirurgia Otorinolaringoiatria

Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico

Laringectomia sopraglottica o subtotale

Laringectomie parziali verticali

Laringectomia e Faringoiarigenctomia totale

Art. 42 Spese di cura pre-post intervento chirurgico

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, viene messa a disposizione dell'Assicurato un'ulteriore somma per spese mediche sostenute entro i 90 giorni prima e/o dopo l'intervento chirurgico.

Nell'ambito di tale somma vengono stabiliti ulteriori limiti di indennizzo per sinistro:

- € 500,00 per sinistro, per le spese relative a trattamenti fisioterapici;
- € 300,00 per le spese di visite mediche.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 100,00 per sinistro.

Art. 43 Rimborso prestazioni specialistiche

In caso di infortunio, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, le seguenti prestazioni specialistiche:

- TAC;
- Risonanza Magnetica;
- Radiografie;
- Ecografie;
- Tutori ortopedici;
- Artroscopia diagnostica;

Indipendentemente dal rimborso delle spese di cura in caso di ricovero e a quelle pre e post intervento chirurgico già contemplate in polizza.

Il rimborso delle prestazioni di cui sopra è prestato nel limite previsto al precedente art. 32 Somme Assicurate per persona, per sinistro e per anno assicurativo, previa deduzione di una franchigia fissa ed assoluta di € 75,00 per sinistro.

Art. 44 Indennità Giornaliera in caso di ricovero

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio indennizzabile a termini di polizza, corresponsione della diaria giornaliera prevista al precedente art. 32 "Somme Assicurate" per un massimo indennizzabile per anno assicurativo di 90 giorni.

I primi due giorni del 1° ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.

Nel caso in cui si abbiano più ricoveri a seguito di un unico sinistro, si procederà come segue:

- la franchigia verrà applicata sul primo ricovero;
- per i ricoveri successivi di durata pari o inferiore a 2 giorni, non verrà corrisposta alcuna indennità giornaliera;
- per i ricoveri successivi di durata superiore ai 2 giorni, verrà corrisposta l'indennità giornaliera senza nuova applicazione della franchigia di 2 giorni.
- In caso di Day-Hospital non verrà corrisposta alcuna Indennità Giornaliera.

La presente garanzia non è cumulabile con il Rimborso Spese da Ricovero.

Art. 45 Rimborso spese per cure dentarie e/o protesi dentarie

Nell'ambito della somma assicurata riferita alla garanzia "Rimborso spese da ricovero", l'assicurazione comprende il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per cure dentarie, conseguenti ad infortunio, anche se non effettuate in regime di ricovero, con il limite previsto per anno assicurativo e con una franchigia fissa di € 100,00 per sinistro e fino ad un massimo di € 500,00 per dente.

Sono riconosciuti eventuali danni a protesi dentarie. Le spese sostenute per cure dentarie saranno ammesse a rimborso solo se l'infortunio che le ha determinate sia avvenuto nel corso di una partita ufficiale e ne sia stata fatta menzione nel referto arbitrale.

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.

Art. 46 Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato

In caso di applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, l'Assicuratore riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario per sinistro.

Per infortuni che abbiano per conseguenza fratture al viso, alle costole, o lussazioni della spalla, saranno considerati come apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile le applicazioni o fasciature di ogni genere. Il diritto al riconoscimento dell'indennizzo maturerà solo dietro presentazione di regolare documentazione medica rilasciata a Istituto di Cura all'infortunato, dove si certifica l'applicazione e rimozione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile.

La presente Indennità Forfettaria non è operante a favore della CTG. B) di persone assicurate:

Calciatori partecipanti all'attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore ad una Stagione Sportiva).

Art. 47 Danno estetico

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza, la Società rimborserà all'assicurato, fino ad un massimo stabilito, le spese ospedaliere sostenute per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, allo scopo di ridurre o eliminare i danni estetici conseguenti a lesioni al viso con sfregi o con deformazioni permanenti.

In caso di assicurati che non abbiano compiuto il quattordicesimo anno verranno rimborsate tutte le spese sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva

E' stabilito che restano escluse dall'assicurazione le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici al viso preesistenti all'evento, nonché le spese relative a protesi, interventi e cure in genere odontoiatriche. Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 48 Indennità Aggiuntive

Nel caso di morte di un assicurato genitore, il capitale spettante ai figli minorenni conviventi è aumentato del 50%. Ai figli minorenni sono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente o superiore al 50%.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, avvenuto durante l'esercizio dell'attività sportiva, derivi un'Invalidità Permanente non inferiore al 65%, l'Assicurazione liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore necessaria per la costituzione di una rendita immediata di importo pari a € 12.000,00 annui, pagabile in due semestralità anticipate per la durata di 10 anni, mediante la stipulazione di un apposito contratto di assicurazione con lo stesso Assicuratore.

Art. 49 Rischi compresi

Si intendono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non derivante da malattia;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento involontari di sostanze nocive;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali in genere, con l'esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari;
- gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- le lesioni, escluse le ernie non traumatiche, determinate da sforzi;
- gli infortuni derivanti da atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe ed uragani.

Si precisa comunque che qualora più Assicurati con l'Assicurazione, anche con altre polizze, siano colpiti da infortunio causato dalle predette calamità naturali, l'esborso massimo dell'Assicurazione non potrà superare la somma di € 4.131.656,00 per un anno assicurativo.

Art. 50 Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei - turistici o di trasferimento - effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che: da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri; da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società non potrà superare il capitale di:

Per persona:

- € 1.035.000,00 per il caso di Morte;
- € 1.035.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

Complessivamente per aeromobile:

- € 5.165.000,00 per il caso di Morte;
- € 5.165.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Art. 51 Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art. 53 – Morte, della presente polizza, (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione dell'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidette beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, rimangano in esse soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute. La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi avente diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

NORME COMUNI A TUTTI I SETTORI

Art. 52 Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 54 - Invalidità Permanente, della presente polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 53 Morte

L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell' Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, gli eredi dell' Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 54 Invalidità Permanente

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica- anche successivamente alla scadenza della polizza entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Estratto della tabella delle valutazioni del grado di invalidità	Destro	Sinistro
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	11	9

Estratto della tabella delle valutazioni del grado di invalidità	
Sordità completa di un orecchio	15
Sordità completa bilaterale	60
Perdita della capacità visiva di un occhio	35
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente Compromessa la funzione masticatoria:	
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25
Perdita della Milza senza alterazioni della crasi ematica	15
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza Limitazione del movimento del braccio	5
Perdita totale del dito medio	12
Perdita totale del dito anulare	8
Perdita totale del dito mignolo	12
Perdita della falange ungueale del medio	5
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3
Perdita della falange ungueale del mignolo	5
Perdita delle ultime due falangi del medio	8
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65

Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50
Perdita dell'avanpiede alla linea tarso-metatarso	30
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16
Perdita totale del solo alluce	7
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta Perdita di più dita, ogni altro dito perduto è valutato	3

Se la lesione comporta una minoranza, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali 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 d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 55 Morte ed Invalidità Permanente per altre cause

Relativamente alle sole garanzie morte ed invalidità permanente, sono considerati infortunio anche l'infarto cardiaco, l'ictus provocato da emorragia cerebrale, la trombosi cerebrale, l'embolia, la rottura di aneurisma, l'arresto cardiaco-circolatorio (per crisi aritmiche improvvise, gravi bradicardie, sindrome del seno carotideo), le cardiopatie traumatiche (da lesioni non penetranti con conseguente rottura atri e ventricoli, aritmie, insufficienza cardiaca acuta da rottura valvolare, versamento pericardico emorragico), il trauma extratoracico con ipotensione polmonare (da shock) e conseguente ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrome), nonché qualsiasi evento riconducibile alle suindicate patologie, che causino la morte o un'invalidità permanente non inferiore al 60% della totale (grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio), verificatisi durante l'esercizio dell'attività sportiva, sul campo o entro il limite sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa.

In ogni caso, l'assicurazione è operante a condizione che l'infortunato sia in regola con le visite mediche annuali previste dalle vigenti disposizioni regolamentari.

Art. 56 Franchigia assoluta del 5% per il caso di Invalidità Permanente

Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 5%.

Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 25% della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 57 Precisazioni limitatamente alla garanzia Lesioni

- 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 per 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 s'intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco di 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, gli verrà indennizzato un capitale pari a quello spettante per il caso morte.
- 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.

Art. 58 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS (o sindromi correlate) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. L'eventuale incasso di premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dall'Assicuratore a richiesta del Contraente.

Art. 59 Infortuni derivanti da colpa grave e da tumulti popolari

In deroga agli artt. 1900 e 1912 c.c. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 60 Limitazione della garanzia per sinistri catastrofici

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 5.165.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 61 Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi avente diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio ad esclusione degli infortunati derivanti da circolazione su strada.

Art. 62 Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- 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;
- dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dall' art. 50 - Rischio Volo, della presente polizza;
- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, hockey, rafting, canoa fluviale, rugby, football americano, paracadutismo e sports aerei in genere;
- dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati o dalla partecipazione a risse o tumulti o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o sportivo;
- di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta, non dichiarata;
- da guerra, insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- direttamente o indirettamente da contaminazione biologica e/o chimica e a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.

Sono altresì escluse:

- le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:
 - qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Inabilità Permanente totale;

qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all' Art. 65 - Controversie, della presente polizza.

Art. 63 Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

In caso d'infortunio, la denuncia dovrà essere inviata all'Assicuratore dall'infortunato (o dai suoi aventi causa) tramite lettera raccomandata, fax o servendosi dell'apposito Numero Verde, che fa capo all'Ufficio Gestione L.N.D., la struttura centralizzata che gestisce i sinistri in oggetto. La denuncia deve essere inviata all'Assicuratore, a pena di decadenza, entro 30 giorni dall'infortunio.

Per i sinistri mortali o gravemente invalidanti, che comportino cioè una liquidazione presumibile superiore a € 50.000,00, la denuncia deve essere inviata all'Assicuratore, a pena di decadenza, entro 360 giorni dall'infortunio.

La denuncia deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.

Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato entro quindici giorni dal fatto. Trascorsi i predetti termini per la presentazione, la denuncia non sarà presa in considerazione qualunque sia la causa del ritardo ed a chiunque fosse imputabile tale ritardo. La denuncia, firmata dall'Assicurato o dai suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal maggiore esponente della Società Sportiva, che assume, con ciò, la piena responsabilità delle dichiarazioni rese nella denuncia stessa in ordine alle modalità e circostanze di fatto, di tempo e di luogo in cui ebbe a verificarsi il sinistro. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire all'Assicuratore ed ai suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta. L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono consentire alle visite dei medici dell'Assicuratore ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria. Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire all'Assicuratore un dettagliato certificato medico sulle lesioni; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescritte dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

Al completamento delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare all'Assicuratore il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

Qualora l'infortunio interessi solo ed esclusivamente le Cure Dentarie, l'infortunato non è tenuto a presentare all'assicuratore il certificato di guarigione. La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata all'Assicuratore con certificato definitivo. In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa sino alla data di prescrizione del sinistro. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, l'Assicuratore non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

L'Assicurato o i suoi aventi causa decadono da ogni diritto alle prestazioni dell'Assicuratore nel caso di inosservanza delle prescrizioni per l'infortunio riportate nel presente Regolamento, e del pari decadono da ogni diritto ove fossero incorsi in false o reticenti dichiarazioni.

Art. 64 Liquidazione e pagamento

Ricevuta la necessaria documentazione, valutato il danno, verificata l'operatività delle garanzie prestate e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Art. 65 Controversie sulla natura e conseguenze delle lesioni

In caso di disaccordo sul nesso casuale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità, a richiesta delle Parti si procederà mediante arbitro di un Collegio Medico, di cui i due primi componenti saranno designati dalle Parti stesse ed il terzo scelto d'accordo dai primi due componenti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Medico. Tale Collegio Medico risiede presso l'ispettorato Sinistri della Società geograficamente competente.

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

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento della Lesione o l'accertamento definitivo dell'Invalidità ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 66 Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi per le prestazioni di Morte, Lesioni e/o Invalidità Permanente non sono cumulabili tra loro.

Art. 67 Esonero denuncia infermità pregresse

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute. E' tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo il disposto dell'articolo inerente i Criteri di indennizzabilità. E' parimenti confermato il punto "Limiti di età - Persone non assicurabili"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile, il relativo premio sarà restituito dall'Assicuratore a richiesta del Contraente.

IL CONTRAENTE

CARIGE ASSICURAZIONI SPA

**Nota Informativa per i Contratti di Assicurazione Danni
"Rami Elementari"**

(predisposta ai sensi dell'Art. 123 del Decreto Legislativo 17.3.95 N. 175 ed in conformità a quanto disposto con la circolare ISVAP n. 303 del 2.6.97, N.347/D paragrafi 7 ed 8 del 5.11.98, N.420/D del 7.11.2000, N.502D del 25.3.2003 e N.518/D del 21.11.2003)

Informazioni relative alla Società

La Società Carige Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93).

Il contratto è concluso con la Sede Legale della Società sita in: Italia - Viale Certosa n. 222 - 20156 Milano.

Informazioni generali sul contratto

Legge applicabile

Ai sensi dell'Art. 122 del Decreto Legislativo 175/95 le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

La Società Carige Assicurazioni S.p.A., di seguito denominata Società, propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legislazione italiana.

Reclami in merito al contratto ai sinistri

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati a mezzo lettera, fax od e-mail alla Società presso il seguente recapito:

Carige Assicurazioni S.p.A.,

Ufficio Revisori Interni

Viale Certosa 222

20156 Milano

fax 02.45.402.417

e-mail: reclami@carigeassicurazioni.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP – Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione della prestazione e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 c.c.

Nell'Assicurazione di Responsabilità Civile Diversi, il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

**Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03 "Codice in materie di protezione dei dati personali"
Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003**

Secondo quanto previsto dal D. LGS 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d'ora innanzi "il Decreto Legislativo"), CARIGE ASSICURAZIONI intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipula di un contratto.

I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce "sensibili": tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all'adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

- A) connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile).
- B) di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- C) di informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c).

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte dalla CARIGE ASSICURAZIONI può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

a) *Comunicazioni obbligatorie:*

sono quelle comunicazioni che la società è tenuta a effettuare in base a leggi, regolamenti, normativa comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie: (INPS, Anagrafe Tributaria, Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali); Magistratura; Forze dell'ordine (P.S., C.C., C.d.F., VV.UU.); organismi associativi ANIA e consortili propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CID; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.

b) *Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente:*

rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, sub-agenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici o di archiviazione, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti, società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

c) *Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società:*

è ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con CARIGE ASSICURAZIONI, ad esempio le società del Gruppo BANCA CARIGE, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti, che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela.

Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude l'opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione.

In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 del D. LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'art. 7 del Codice conferisce ad ogni *Interessato* taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal *Titolare* la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è la CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A., con sede in Viale Certosa, 222 – 20156 Milano – nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il *Responsabile* del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al responsabile della Privacy presso la Sede della Società.
- Infine, i suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

Rinnovi 2008

TIPOLOGIA DI LESIONE

LESIONI APPARATO SCHELETRICO

	Valore Lesione
CRANIO	
FRATTURA SFENOIDE	800,00
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	1.120,00
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	480,00
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	640,00
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	1.120,00
FRATTURA ETMOIDE	480,00
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	320,00
FRATTURA OSSA NASALI	400,00
FRATTURA MANDIBOLARE(PER LATO)	640,00
LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA	800,00
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	1.280,00
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	960,00
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA	1.280,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	320,00
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I - VERTEBRA	1.600,00
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	640,00
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	1.280,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	320,00
TRATTO LOMBARE	
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	1.280,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	320,00
OSSO SACRO	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	640,00
COCCIGI	
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	640,00
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	480,00
FRATTURA ACETABOLARE(PER LATO)	960,00
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA(PER LATO)	640,00
FRATTURA STERNO	320,00
FRATTURA DI UNA COSTA(COMPOSTA)	80,00
FRATTURA DI UNA COSTA(SCOMPOSTA)	240,00
FRATTURA SCAPOLA(PER LATO)	480,00
PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA	960,00
PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA	1.600,00

Rinnovi 2008

ARTO SUPERIORE (DX o Sn)

BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	480,00
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	960,00
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	960,00
AVAMBRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	320,00
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO(FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	640,00
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO(FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	640,00
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	320,00
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	640,00
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	640,00
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	640,00
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	800,00
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	800,00
FRATTURA SEMILUNARE	480,00
FRATTURA PIRAMIDALE	320,00
FRATTURA PISIFORME	160,00
FRATTURA TRAPEZIO	320,00
FRATTURA TRAPEZOIDE	320,00
FRATTURA CAPITATO	320,00
FRATTURA UNCINATO	320,00
FRATTURA I° METACARPALE	960,00
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	480,00
SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	640,00
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
POLLICE	640,00
INDICE	480,00
MEDIO	480,00
ANULARE	320,00
MIGNOLO	480,00
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
POLLICE	480,00
INDICE	400,00
MEDIO	320,00
ANULARE	160,00
MIGNOLO	320,00
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	320,00
MEDIO	160,00
ANULARE	160,00
MIGNOLO	320,00

Rinnovi 2008

ARTO INFERIORE(DX o Sx)

FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	960,00
EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico)	1.600,00
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	1.600,00
FRATTURA ROTULA	640,00

FRATTURA TIBIA

DIAFISARIA	480,00
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	800,00
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	800,00

FRATTURA PERONE

DIAFISARIA	320,00
ESTREMITA' SUPERIORE (capitello o faccetta articolare tibiale)	480,00
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	640,00
FRATTURA BROSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	800,00
FRATTURA BROSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	960,00

PIEDE

TARSO

FRATTURA ASTRAGALO	960,00
FRATTURA CALCAGNO	1.120,00
FRATTURA SCAFOIDE	480,00
FRATTURA CUFOIDE	640,00
FRATTURA CUNEIFORME	160,00

METATARSI

FRATTURA I° METATARSALE	640,00
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	320,00

FALANGI

FRATTURA ALLUCE (I° o II° Falange)	400,00
FRATTURA I° o II° o III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	160,00

LESIONI DENTARIE

ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	112,00
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	32,00
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	80,00
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	160,00
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	80,00
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	120,00
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	240,00
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)	160,00
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	40,00
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	80,00

LESIONI PARTICOLARI

ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dell'estensione della breccia)	1.280,00
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	1.600,00
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	12.000,00
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	1.600,00
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRORECTOMIA TOTALE	32.000,00
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo cecale) non cumulabile	16.000,00

Rinnovi 2008

segue lesioni particolari

RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo cecale) non cumulabile	32.000,00
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' DEL RETTO - non cumulabile	12.000,00
COLECTOMIA TOTALE - non cumulabile	32.000,00
AMPUTAZIONE ADDOMINO - PERINEALE E ANO PRETERNATURALE - non cumulabile	48.000,00
COLEICESTOMIA - non cumulabile	800,00
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	640,00
SAFENECTOMIA BILATERALE non cumulabile	960,00
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	1.600,00
PORTATORE ASINTOMATICO ANTICORPO POSMVO (HIV +)	640,00
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE) non cumulabile	40.000,00
ERNIA CRURALE O IOPEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	480,00
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	800,00
LOBECTOMIA POLMONARE	12.000,00
PNEUMONECTOMIA	24.000,00
PROTESI SU AORTA TORACICA	16.000,00
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	12.000,00
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	28.000,00
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	20.000,00
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	80.000,00
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	9.600,00
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	40.000,00
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	24.000,00
CORDECTOMIA	12.000,00
EMILARINGECTOMIA	20.000,00
LARINGECTOMIA	40.000,00
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	56.000,00
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	1.280,00
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	12.000,00
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima-trattata/e chirurgicamente)	1.280,00
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	640,00
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	16.000,00
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	20.000,00
PATELLECTOMIA TOTALE	1.600,00
PATELLECTOMIA PARZIALE	640,00
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	800,00
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	20.000,00
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	24.000,00
ISTERECTOMIA (non cumulabile)	16.000,00
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	24.000,00
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	800,00
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (Documentate fotograficamente)	24.000,00
PTOSI PALPEBRALE	800,00
EVIRAZIONE COMPLETA	36.000,00
PERDITA DEL PENE	28.000,00
IMPOSSIBILITA' ALL'EREZIONE	20.000,00
CASTRAZIONE	20.000,00

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) non cumulabile	1.440,00
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	800,00
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPETE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	1.120,00
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) -valore massimo per ogni dito-	480,00
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	960,00
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	640,00
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	800,00

Rinnovi 2008

segue lesioni muscolo tendinea

LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	1.120,00
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	480,00
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	640,00
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	960,00
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente)-non cumulabile-	800,00
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)-valore massimo per ogni dito-	400,00
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	640,00
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	1.600,00
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	320,00
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	160,00
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	800,00
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente) non cumulabili fra loro	1.120,00
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	400,00
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	400,00
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	960,00
LUSSAZIONE ULNO CARPICA	480,00
LUSSAZIONE ROTULA	480,00
LUSSAZIONE TIBIO TARSICA	960,00
LUSSAZIONE VERTEBRALE	800,00

AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	64.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	56.000,00
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	52.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	41.600,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	46.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	44.800,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	40.000,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	35.200,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	36.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	33.600,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	37.600,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	30.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	34.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	32.000,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	25.600,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	29.600,00
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	24.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	28.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	28.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	22.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	26.400,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	19.200,00
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	17.600,00
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	21.600,00
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	14.400,00
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	18.400,00
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	16.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	16.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	11.200,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	1.600,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	1.120,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	9.600,00

Rinnovi 2008

segue amputazioni arto superiore

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	10.400,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	880,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	560,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	400,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	720,00
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	1.800,00
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	1.280,00
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	960,00
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	1.440,00

ARTO INFERIORE

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	56.000,00
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	52.000,00
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBIA (al di sotto del ginocchio)	52.000,00
AMPUTAZIONE DI GAMBIA AL TERZO INFERIORE	40.000,00
PERDITA DI UN PIEDE	36.000,00
PERDITA DELL'AVANPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	21.600,00
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	80.000,00
PERDITA DELL'ALLUCE	960,00
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	480,00
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	160,00

LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (Permanenti - Stabilizzati)

ARTO SUPERIORE

LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	48.000,00
SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE ERB C5 -D1	36.000,00
SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE KLUMPKE	36.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE	14.400,00
PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE	28.000,00
PARALISI BASSA NERVO RADIALE	20.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO	32.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO ULNA	20.000,00
PARALISI BASSA NERVO ULNARE	16.000,00

ARTO INFERIORE

PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARO D12-L24	28.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE	24.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	36.000,00
PARALISI BASSA NERVO SCIATICO	30.400,00
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	16.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	17.600,00

LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE

EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SPORADICHE	12.000,00
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SETTIMANALI	24.000,00
PARAPARESI CON DEFICIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITA' DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	32.000,00
MONOPARESI DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITA' AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	32.000,00
MONOPARESI DI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	28.000,00

Rinnovi 2008

USTIONI

CAPO

USTIONI 2° O 3° GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	480,00
USTIONI 2° O 3° GRADO DEL 11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	1.600,00
USTIONI 2° O 3° GRADO DEL 16-25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	11.200,00
USTIONI 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	14.400,00
USTIONI 2° O 3° GRADO DI 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	800,00
USTIONI 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 30% DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	1.600,00

ARTI SUPERIORI E INFERIORI

USTIONI 2° O 3° GRADO DEL 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	800,00
USTIONI 2° O 3° GRADO DEL 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	1.600,00
USTIONI 2° O 3° GRADO DEL 31-50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	12.000,00
USTIONI 2° O 3° GRADO DI OLTRE IL 50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	16.000,00

SEZIONE II – RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA

Art. 68 Soggetti Assicurati

La Lega Nazionale Dilettanti, le Società, le Categorie A), B), C) e D).

Art. 69 Oggetto dell'Assicurazione

A) Responsabilità Civile verso terzi (R.C.T.)

L'Assicurazione 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 (capitale, interessi e spese) per danni corporali e materiali, involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di un fatto accidentale, verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'assicurazione.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso delle persone delle quali debba rispondere.

L'Assicurazione è inoltre operante per la responsabilità civile personale dei Presidenti delle Società Sportive e degli Allenatori.

B) Responsabilità verso prestatori di lavoro (R.C.O.)

L'assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile:

ai sensi degli Art. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124, e successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'Assicurazione;

per erogazioni di somme eccedenti l'indennità liquidata dall'INAIL, che l'Assicurato sia condannato a pagare in sede di giudizio ai dipendenti infortunati, di cui al precedente punto a), o agli aventi causa;

ai sensi del Codice Civile per danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124, cagionati ai dipendenti, di cui al precedente punto a), per morte e lesioni personali dalle quali sia derivata un'invalidità permanente.

L'assicurazione R.C.O. è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge. L'assicurazione conserva tuttavia la propria validità, anche se l'Assicurato non è in regola con gli obblighi di cui sopra in quanto ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL.

C) Esonero denuncia posizioni INAIL

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare le posizioni assicurative accese presso l'INAIL, fermo l'obbligo - in sede di regolazione del premio - di comunicare il numero degli assicurati tesserati.

D) Assicurazione Responsabilità Civile Personale del Calciatore (R.C.P.C.)

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne il calciatore delle somme che egli sia tenuto a pagare ad altri calciatori a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per morte e lesioni derivanti da fasi di gioco. La garanzia è operante sempreché:

Il sinistro si sia verificato durante lo svolgimento di una fase di gioco e solo in occasione di gare ufficiali e/o amichevoli fra squadre appartenenti alla Lega Nazionale Dilettanti (per gare ufficiali si intendono quelle di campionato, torneo, amichevole purché preventivamente autorizzata dal competente Comitato della F.I.G.C.);

Il sinistro abbia come conseguenza morte o lesioni personali gravi o gravissime, così come definiti dall'art. 583 C.P. ; risultanti in una invalidità permanente pari o superiore al 5%;

La responsabilità del calciatore sia accertata con sentenza passata in giudicato.

Art. 70 Rischi Compresi

La seguente elencazione dei rischi coperti dalla presente polizza si intende formulata a titolo puramente esemplificativo e non limitativo.

A) Si intende assicurata la responsabilità derivante all'Assicurato, anche in semplice qualità di committente quando l'esecuzione delle sotto riportate attività sia affidata a terzi, per:

I rischi derivanti dalla proprietà, uso, esercizio e conduzione degli impianti, le installazioni, le attrezzature e tutto il materiale necessario per lo svolgimento delle attività assicurate, comprese apparecchiature per la produzione e/o riproduzione audio-televisiva in genere;

Proprietà, custodia installazione e manutenzione di insegne, cartelli, striscioni;

Tutti i rischi finalizzati a soddisfare le esigenze gestionali interne dell'Assicurato quali, a titolo puramente esemplificativo e non limitativo, servizio di pulizia e vigilanza, attività dopolavoristiche e ricreative e gestionali del CRAL aziendale, operazioni di rifornimento e consegna, esercizio di mense e spacci aziendali, compresa la proprietà e/o gestione di distributori automatici di bevande e simili, organizzazione e partecipazione a manifestazioni sportive e non (convegni, esposizioni, meeting, congressi etc.), compreso l'allestimento e lo smontaggio di stand, meeting point.

Servizi d'ordine, di mascheraggio, di biglietteria, di vigilanza, di pronto intervento e pronto soccorso, in occasione di manifestazioni ed incontri sportivi, compresi i danni derivanti dalla omessa o tardiva richiesta della Forza Pubblica alle Autorità competenti, sempreché lo svolgimento della manifestazione fosse comunque segnalato alle Autorità competenti e dalle stesse autorizzato;

Esecuzione di lavoro ed attività complementari e/o accessori necessari e previsti per lo svolgimento delle attività assicurate;

B) L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato dalla somministrazione di alimentari e farmaceutici, e si estende anche alla R.C. derivante all'Assicurato ai sensi di legge, per danni provocati a terzi dai prodotti dopo la somministrazione e vendita. Per questa specifica estensione di garanzia, valgono anche le seguenti norme:

L'assicurazione è operante solo per i danni provocati da prodotti non fabbricati dall'Assicurato e comunque non contrassegnati da marchio proprio dell'Assicurato stesso;

la garanzia vale sempreché la somministrazione o vendita ed il danno siano avvenuti durante il periodo di validità dell'assicurazione;

Il massimale per sinistro rappresenta anche la massima esposizione dell'Assicuratore per anno assicurativo.

Sono pertanto esclusi dalla garanzia:

- Le spese di rimpiazzo del prodotto o di sue parti e le spese di riparazione o gli importi pari al controvalore del prodotto;
- Le spese e gli oneri per il ritiro dal mercato dei prodotti risultanti difettosi o presunti tali;
- I danni derivanti dalla mancata rispondenza dei prodotti all'uso ed alle necessità cui sono destinati, ma sono tuttavia compresi i danni materiali o corporali che derivino dagli effetti pregiudizievoli dei prodotti stessi.

In caso di controversia sugli scopi e finalità per i quali siano state assunte tali sostanze, si farà riferimento al verdetto degli Organismi di Giustizia Sportiva competenti (Commissioni Giudicanti di primo grado, Commissioni d'Appello Federale ed eventualmente Corti Federali in ultimo grado). In ogni caso ed indipendentemente dalle finalità con cui sono state somministrate tali sostanze, è comunque garantita la responsabilità personale derivante a Presidente e/o altro legale rappresentante della Società Sportiva quando sia riconosciuta, in sede giudiziaria, la loro assoluta estraneità e non conoscenza del fatto illecito.

C) L'assicurazione comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per danni subiti da:

Veicoli in consegna e/o custodia all'Assicurato;

Cose trovate sui veicoli sopraindicati.

La garanzia di cui al presente punto C) viene prestata con l'applicazione di una franchigia assoluta di €. 350,00 per ogni veicolo danneggiato e/o per le cose trovate sullo stesso; si conferma che restano comunque esclusi i danni da furto, nonché i danni subiti da veicoli comunque in uso all'Assicurato.

Nel caso di danni ad autovetture di proprietà di arbitri e giudici di linea, la garanzia è operante purché gli stessi si siano attenuti alle disposizioni in vigore, in materia di consegna del mezzo ai dirigenti della Società Sportiva.

La presente garanzia è prestata con una franchigia fissa di €. 500,00 e con limite per sinistro e per anno assicurativo di €. 51.646,00.

D) Si intende compresa in garanzia, a parziale deroga di quanto successivamente previsto all'articolo "Esclusioni" dalle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione, la responsabilità civile derivante all'Assicurato per:

danni a cose altrui derivanti da incendio di cose di proprietà dell'Assicurato, o dallo stesso detenute (fino ad un limite massimo di €. 517,00);

danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, sportive, agricole o di servizi (fino ad un limite massimo di €. 51.646,00 - per sinistro), quando conseguenti a sinistro indennizzabile ai sensi di polizza.

E) L'Assicurazione comprende i rischi derivanti dalla conduzione, manutenzione, riparazione e, quando ne sia proprietario l'Assicurato, della proprietà dei fabbricati e impianti, in cui si svolge l'attività dell'Assicurato, compresi impianti sportivi (tribune, stadi, palazzetti, etc.).

La garanzia è inoltre prestata per la Responsabilità Civile conseguente alla esecuzione e/o committenza di lavori di ordinaria manutenzione, nonché alla committenza di lavori di straordinaria manutenzione, innovazioni, ampliamenti, sopraelevazioni e demolizioni.

F) Quando per i rischi di circolazione di veicoli a motore su strade o aree private non equiparate a quelle di uso pubblico esista una contemporanea e valida assicurazione di R.C.A (Responsabilità Civile Autoveicoli), la garanzia di cui alla presente polizza viene prestata (fermi i massimali nella stessa indicati) in secondo rischio (e cioè in eccedenza) rispetto a tale copertura R.C.A..

G) L'Assicurazione comprende la responsabilità civile degli Assicurati per azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/6/1984 n° 222.

H) L'Assicurazione comprende la responsabilità civile degli Assicurati nel caso di morte o lesioni personali cagionate a terzi in occasione di rapine, atti di teppismo e vandalismo.

I) L'Assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato dall'organizzazione di Tornei, esibizioni, incontri e manifestazioni, sportive e non, in genere.

La garanzia comprende i rischi relativi ad attività di montaggio, smontaggio e preparazione delle attrezzature necessario per le manifestazioni assicurate.

La garanzia non è operante per manifestazioni che prevedano l'uso di veicoli a motore, di animali, di aeromobili, ed imbarcazioni a motore; per i rischi derivanti da fuochi d'artificio e gare di tiro, per la responsabilità civile personale dei gestori di attrazioni, attività e giochi che partecipino alla manifestazione a titolo commerciale.

Art. 71 Delimitazione dell'Assicurazione

Ai fini dell'Assicurazione R.C.T., sono considerati terzi rispetto all'assicurato tutte le persone fisiche e/o giuridiche con l'esclusione:

- 1) dei legali rappresentanti del Contraente;
- 2) dei tesserati non in regola con le visite mediche annuali.

Art. 72 Esclusioni

L'Assicurazione non copre i danni:

- da furto;
- da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a questa equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- a cose che l'Assicurato abbia in consegna e custodia o detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi;
- di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzioni, impoverimento o deviazione di sorgenti e di corsi d'acqua; alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

Art. 73 Precisazioni ed estensioni varie di garanzia

L'Assicurazione vale per la responsabilità civile dell'Assicurato e degli Associati per danni cagionati a terzi.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare agli Assicurati da fatto doloso di tutte le persone delle quali debbano rispondere a norma di legge. Gli Associati sono considerati terzi con esclusione dei danni che possono cagionarsi fra loro.

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante alle Società per fatto:

di soggetti, non in rapporto di dipendenza con la Società assicurata, ne ricomprendibili nella definizione di Ausiliari, di cui l'Assicurato stesso si avvalga nella realizzazione dell'attività oggetto della garanzia; dei medici sociali, esclusivamente quando esercitano la loro professione per conto delle Società stesse.

La garanzia comprende anche i rischi derivanti dall'esercizio delle attrezzature e degli impianti (compreso stadio e relative tribune) e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva.

La garanzia non è operante nel caso in cui siano ammesse a prendere parte alla disciplina sportiva persone non associate. L'Assicurazione vale per le Perdite Pecuniarie cagionate alle Società Sportive assicurate a seguito di danni alle strutture sportive causate da sostenitori delle stesse Società, sempreché tali danni siano stati rilevati e riconosciuti con delibere del Giudice Sportivo competente.

Sono esclusi i danni alle persone, cagionati alle Società Sportive dai propri sostenitori, ai manti erbosi, comunque subiti da oggetti (comprese autovetture) di spettatori in genere, di dirigenti di Società Sportive o di calciatori.

Art. 74 Gestione delle Vertenze di danno - Spese Legali

La difesa contro le pretese ed azioni dei danneggiati spetta esclusivamente all'Assicuratore, il quale agisce in qualsiasi sede o modo in nome dell'Assicurato, che è tenuto a prestare la sua collaborazione. Le spese sostenute per resistere all'azione dei danneggiati sono a carico dell'Assicuratore nei limiti stabiliti dall'art. 1917 del Codice Civile.

Le spese di difesa nel processo penale sono anch'esse a carico dell'Assicuratore; peraltro ove l'interesse di questo cessi durante lo svolgimento di tale processo, le anzidette spese rimangono a carico dell'Assicuratore fino ad esaurimento del giudizio nel grado in cui questo si trova. L'Assicuratore non riconosce spese da essa non autorizzate.

Art. 75 Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Assicuratore rinuncia al diritto di rivalsa e surrogazione in favore dei dipendenti dell'Assicurato, della L.N.D. e sue Associate.

Art. 76 Massimali di Garanzia

La garanzia è prestata fino alla concorrenza massima complessiva per capitali, interessi e spese di:

Responsabilità Civile verso Terzi

€ 5.164.569,00 per ogni sinistro, ma con limiti;

€ 5.164.569,00 per ogni persona deceduta che abbia subito lesioni personali;

€ 5.164.569,00 per danneggiamenti a cose, anche se appartenenti a più persone.

Responsabilità Civile verso Prestatori d'opera

€ 5.164.569,00 per ogni sinistro ma con il limite di

€ 516.457,00 per ogni persona deceduta che abbia subito lesioni personali.

Responsabilità Civile Personale del Calciatore

€ 50.000,00 per ogni sinistro.

Art. 77 Franchigia

Per danni a cose, la garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 775,00 per sinistro.

IL CONTRAENTE

CARIGE ASSICURAZIONI SPA

SEZIONE IV TUTELA LEGALE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 95 Persone assicurate

Sono soggetti dell'assicurazione tutti i calciatori, allenatori, tecnici, massaggiatori e Presidenti o legali rappresentanti delle Società affiliate alla L.N.D..

Art. 96 Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicuratore si obbliga ad assumere in proprio, alle Condizioni della presente Polizza e nei limiti di indennizzo assicurati, le spese legali e peritali che l'Assicurato debba sostenere nella tutela dei propri diritti ed interessi per assistere, in procedimenti civili o penali, sia in sede giudiziale che stragiudiziale in controversie relative a fatti ed atti connessi allo svolgimento dell'attività assicurata sul campo da gioco od entro il limite dell'impianto sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa, anche se conseguenti a comportamenti caratterizzati da colpa grave.

Art. 97 Validità Temporale dell'Assicurazione

L'assicurazione è prestata per i sinistri che si verificano, per la prima volta, durante il periodo di validità della presente polizza, indipendentemente dall'origine dei fatti o degli atti che li abbiano determinati e per i quali l'azione di tutela si inizia nel medesimo periodo.

Art. 98 Limiti di Indennizzo

La garanzia è prestata sino alla concorrenza di €. 20.000,00 per Assicurato e per sinistro, senza limite per anno assicurativo.

Art. 99 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le controversie aventi ad oggetto:

- Violazioni civili o penali relativi a rapporti con imprese di assicurazione ed Istituti od Enti di assistenza e previdenza;
- Fatti originati dalla circolazione di veicoli a motore;
- Violazioni civili o penali derivanti da fatto doloso dell'Assicurato;
- Vertenza in materia amministrativa;
- Pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- Per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale.

Art. 100 Gestione delle Vertenze di danno – Libera scelta del Legale e del Perito

L'Assicurato è tenuto a denunciare all'Assicuratore eventuali sinistri non appena abbia avuto la possibilità e, comunque entro 30 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza. In ogni caso deve, pena la decadenza del diritto alla garanzia assicurativa, fare pervenire all'Assicuratore la notizia di ogni atto a Lui notificato entro 30 (trenta) giorni dalla data della notifica stessa. Contemporaneamente con la denuncia, l'Assicurato ha diritto di indicare un unico Legale, residente nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, segnalandone il nominativo all'Assicuratore, che assumerà a proprio carico le spese relative. In caso di omissione di tale indicazione, l'Assicuratore si intende delegato a provvedere direttamente alla nomina di un Legale al quale l'Assicurato deve conferire il proprio mandato. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio Legale nel caso di conflitto di interessi con l'Assicuratore.

Pena la decadenza dal diritto al rimborso, l'Assicurato non può dare corso ad azioni, né raggiungere accordi, né addivenire, direttamente con la Controparte, ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, senza preventiva autorizzazione dell'Assicuratore, pena il rimborso delle spese, competenze ed onorari sostenuti dall'Assicurato stesso. L'Assicuratore non è responsabile dell'operato di Legali e di Periti.

Art. 101 Recupero di Somme

Tutte le somme comunque liquidate in caso di soccombenza della Controparte a titolo di capitale ed interessi, spettano integralmente all'Assicurato. Gli onorari, le competenze e le spese recuperate dall'Assicurato in sede giudiziale o concordate in via transattiva spettano invece all'Assicuratore che le ha sostenute o anticipate.

Art. 102 Penale Doloso

L'assicurazione è estesa alla difesa in procedimenti penali per i delitti dolosi conclusi con proscioglimento o assoluzione, con decisione passata in giudicato; restano esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi causa. Esclusivamente per i procedimenti di cui alla presente estensione, l'Assicuratore provvede al rimborso delle spese sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato.

Art. 103 Presenza di Garanzia di Responsabilità Civile

Qualora l'Assicurato abbia in corso una polizza contro la Responsabilità Civile, si da atto che la presente assicurazione viene prestata per l'eccedenza rispetto a quanto indennizzato dalla predetta polizza a titolo spese di resistenza (art. 1917 Cod. Civ.) e fino a concorrenza dei massimali pattuiti.

IL CONTRAENTE

CARIGE ASSICURAZIONI SPA

SEZIONE III ASSISTENZA

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA

Art. 78 Persone Assicurate

Categorie A), B), C) e D)

Art. 79 Oggetto dell'Assicurazione

La Società fornisce le prestazioni di assistenza di cui ai successivi articoli, entro i limiti di polizza, qualora l'Assicurato si venga a trovare in difficoltà a seguito di un di un infortunio durante la partecipazione ad attività sportive in qualità di tesserato della LND.

Art. 80 Efficacia e durata delle prestazioni di Assistenza

Per ogni singolo viaggio all'Estero, durante il periodo di validità della polizza, le prestazioni di assistenza decorrono dalle ore 00:00 del giorno di partenza e cessano alle ore 24:00 del giorno del rientro in Italia. Fermo restando che la durata massima della copertura/permanenza è di 30 giorni consecutivi.

Art. 81 Massima Esposizione

In caso di sinistro catastrofale che coinvolga una pluralità di assicurati le spese di intervento della Società non potranno essere superiori a €. 400.000,00.

Art. 82 Centrale Operativa

La centrale operativa è a disposizione dell'Assicurato per fornire pronta assistenza mediante Linea Verde dedicata, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Numero verde **800.903.407**

Dall'estero **+39.06.42.115.564**

Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare assistenza immediatamente, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 8 ore lavorative.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Art. 83 Validità territoriale delle Garanzie prestate

Le garanzie di cui ai successivi articoli 7 e 8 hanno validità sul territorio Italiano, mentre le altre hanno validità all'esterno del territorio italiano

Art. 84 Assistenza notturna in caso di ricovero

Qualora l'Assicurato, ricoverato presso un Istituto di Cura a seguito di infortunio, necessiti di assistenza specializzata, la Centrale Operativa provvederà a reperire ed inviare personale infermieristico o socio-assistenziale presso la struttura dove è ricoverato. La ricerca e selezione saranno effettuate in base alla tipologia del problema dell'Assicurato secondo il parere dell'equipe medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante. Per ciascun anno di validità della polizza le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo aggiuntivo a carico dell'Assicurato fino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e di 24 ore lavorative per sinistro, con il limite di Euro 40,00 per ora.

Art. 85 Rientro dell'Assicurato Convalescente dopo le cure

Qualora l'Assicurato, ancorché convalescente a seguito di infortunio, sia dimesso dall'istituto di cura presso il quale era ricoverato ma non sia in grado di rientrare autonomamente alla propria residenza, potrà richiedere alla Centrale operativa l'organizzazione del suo trasferimento. Il trasporto potrà essere effettuato con i mezzi e nei tempi ritenuti più idonei dai

medici della Centrale Operativa dopo il consulto con i medici dell'ospedale, utilizzando:

- l'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato;
- il treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- l'autoambulanza.

Se le circostanze lo richiederanno la Società metterà a disposizione un accompagnatore. Per ciascun anno di validità della polizza le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo aggiuntivo a carico dell'Assicurato fino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e di Euro 520,00 per sinistro.

Art. 86 Consulenza medica telefonica

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Centrale Operativa, che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da fornire.

Art. 87 Reperimento ed invio di un medico nei casi di urgenza

Qualora poi dai primi dati risultanti dal contatto telefonico il servizio medico della Centrale Operativa giudicasse necessario l'intervento di un medico, provvederà ad inviare un medico generico sul posto tenendo a proprio carico il relativo costo. Qualora nessuno dei medici convenzionati della Società fosse immediatamente disponibile e/o qualora le circostanze lo rendessero necessario, la Società potrà organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in ambulanza presso il pronto soccorso più vicino. Anche in questo caso il costo resta a carico della Società.

Art. 88 Trasferimento Sanitario in un centro Ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio sia affetto da una patologia ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera dove è stato ricoverato, per caratteristiche obiettivamente accertate dai medici della Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Centrale Operativa provvederà ad:

- individuare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura più vicino e ritenuto attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario;
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato, treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto, autoambulanza, senza limiti di percorso,
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con il personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Centrale Operativa.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera presso cui l'Assicurato è stato ricoverato, nonché le terapie riabilitative, le malattie infettive e ogni altra patologia nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali.

Art. 89 Collegamento continuo con il Centro Ospedaliero

Durante il Ricovero dell'Assicurato sono attivati i contatti telefonici con la struttura ospedaliera e la famiglia per fornire ogni utile notizia clinica.

Art. 90 Interprete

La Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero, e limitatamente ai paesi ove esistano propri corrispondenti, organizzerà il reperimento di un interprete e la Società se ne assumerà il costo sino ad otto ore lavorative.

Art. 91 Trasmissione Messaggi urgenti

La Centrale Operativa, in caso di necessità conseguente a ricovero all'estero, provvederà all'inoltro di messaggi urgenti a persone residenti in Italia.

Art. 92 Rimpatrio Sanitario dal Centro Ospedaliero Attrezzato

Qualora l'Assicurato convalescente venga dimesso dal centro ospedaliero presso il quale era ricoverato, e non sia in grado di rientrare autonomamente in Italia presso la propria residenza o presso un altro centro medico per la continuazione delle cure, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il suo rientro con il mezzo che i medici della Centrale Operativa stessa riterranno più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

Art. 93 Obbligo dell'Assicurato in Caso di Sinistro

Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato dovrà contattare al momento dell'insorgere della necessità, e comunque non oltre 3 giorni dal verificarsi del sinistro, la Centrale Operativa della Società al numero verde **800.903.407**.

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, inviare un fax al numero: **+39.06.48.18.960**.

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste. Inoltre dovrà qualificarsi come Assicurato "LND" e comunicare:

- cognome e nome;
- prestazione richiesta ;
- suo indirizzo o recapito temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

Resta inteso che qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro, dovrà farlo non appena ne sarà in grado.

Art. 94 Trasmissione dei dati

Al fine di consentire l'attivazione dei servizi da parte della centrale Operativa, al momento dell'entrata in vigore della copertura, la Contraente provvederà a comunicare su supporto informatico predefinito (nome e cognome, società sportiva di appartenenza, numero tessera LND, data partenza, data rientro) l'elenco di tutti gli Assicurati che parteciperanno alla trasferta/viaggio all'estero.

IL CONTRAENTE

CARIGE ASSICURAZIONI SPA

ALLEGATO 1

**PROCEDURE DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO
PER GLI ASSICURATI CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. DELLA L.N.D.**

1. La denuncia di sinistro, trasmessa dall'Infortunato (o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa), dovrà pervenire all'Ufficio Gestione Sinistri L.N.D in forma scritta, tramite lettera Raccomandata R.R. o via fax al numero 06/4817974, utilizzando il modulo denuncia sinistri (allegato 2), **a pena di decadenza entro 30 giorni dalla data dell'infortunio**.
Alla denuncia di sinistro dovranno essere allegati il certificato di primo soccorso o pronto soccorso (obbligatorio).
La denuncia, firmata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal maggiore esponente della Società Sportiva.

Il modulo di denuncia deve essere richiesto dall'Infortunato alla Società Sportiva o scaricato dal sito internet www.carigeassicurazioni.it/lnd o dal sito internet www.lnd.it

L'assicurato potrà **segnalare** preventivamente il sinistro compilando l'apposito form presente sul sito della L.N.D. (www.lnd.it) o sul sito della Carige Assicurazioni SpA (www.carigeassicurazioni.it/lnd) e seguendo le relative istruzioni.
Qualora si scelga tale opzione, terminato l'iter per la segnalazione del sinistro, l'assicurato riceverà una email con il modulo denuncia sinistri (allegato 2) precompilato e le istruzioni su come terminare l'iter della denuncia.

La Società Sportiva/il Dirigente Sportivo non ha responsabilità per la ritardata o la mancata presentazione della denuncia.

2. Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato entro 15 giorni dal fatto.
3. La denuncia, firmata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal maggiore esponente della Società Sportiva.

1ª fase operativa: "invio del Modulo di Denuncia di Sinistro compilato, della documentazione relativa all'infortunio ed alle spese mediche sostenute, al Centro Liquidazione Sinistri dell'Assicuratore".

L'invio del Modulo di Denuncia Sinistro **deve avvenire a pena di decadenza entro 30 giorni dalla data di accadimento dell'evento**;

Dopo la denuncia, ed **entro 90 giorni** dalla richiesta inviata dall'Ufficio Gestione Sinistri LND, l'infortunato dovrà **necessariamente** trasmettere la seguente documentazione :

- Certificato medico di Pronto soccorso e/o Primo soccorso;
- Eventuale ulteriore documentazione medica in suo possesso.

Qualora non fosse possibile rispettare i tempi di invio della denuncia scritta e della successiva documentazione medica, l'Infortunato dovrà comunicare - **prima delle scadenze di 30 giorni e due anni - l'impossibilità ad adempiere agli obblighi previsti, al fine di interrompere i termini rispettivamente di decadenza e prescrizione del diritto all'indennizzo.**

Anche in questo caso la comunicazione dovrà avvenire a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno da inviare al seguente indirizzo o in alternativa via fax allo 06/4817974.

Centro Liquidazioni Sinistri L.N.D. – Carige Assicurazione S.p.A.
c/o INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.p.A.
Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma

4. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire all'Assicuratore ed ai suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica.

L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono consentire le visite dei medici dell'Assicuratore ed a qualsiasi indagine che questi ritenga necessaria

Al completamento delle cure mediche, l'Infortunato dovrà presentare all'Assicuratore il certificato di guarigione.

5. A guarigione avvenuta, l'infortunato dovrà **obbligatoriamente** inviare (pena la mancata liquidazione) all'Ufficio Gestione Sinistri LND la seguente documentazione:

- Denuncia di sinistro, previa puntuale compilazione dell'apposito modulo (ove non precedentemente inviato);
- Certificato di Pronto Soccorso o Primo Soccorso (ove non precedentemente inviato);
- Copia della tessera d'iscrizione (per la stagione calcistica interessata);
- Copia del verbale di gara (solo in presenza di lesioni dentarie);
- Copia della Cartella Clinica (in presenza di ricovero);
- Certificazione medica;
- Copia dei referti degli esami strumentali effettuati (RX, RMN, TAC, Etc.);
- Ricevute, in originale, delle spese di cura e mediche sostenute;
- Certificato medico di guarigione clinica (indispensabile);

Si precisa che in assenza di ricezione di tali documenti non si potrà procedere alla liquidazione del sinistro.

6. Per tutte le comunicazioni l'infortunato è tenuto a citare il NUMERO SINISTRO, riportato nel Modulo di Denuncia Sinistro.
7. La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata all'Assicuratore con certificato definitivo.
In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa sino alla data di prescrizione del sinistro. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, l'Assicuratore non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.
8. 2ª fase operativa: " Criteri di liquidazione".

Arrivo del certificato di guarigione e della documentazione di cui al punto 5) presso il centro liquidazione sinistri.

In caso di documentazione incompleta, l'Ufficio Liquidazione Sinistri invia a mezzo fax presso la sede della Società Sportiva o per posta al domicilio dell'Infortunato, una lettera di richiesta documentazione (mancante o da inoltrare in originale) necessaria per l'istruzione della pratica.

Se i documenti sono completi **ed il diritto all'indennizzo non risulta decaduto, prescritto o escluso dalle garanzie prestate**, il sinistro viene liquidato (tramite emissione di assegno (Copertura garantita per traenza) o con bonifico bancario, se tale opzione è richiesta nel Modulo di Denuncia Sinistro).

I. settore **CALCIATORI** e **TECNICI** (dirigenti esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività di assistenti all'arbitro durante le gare ufficiali):

- a) la morte dell'iscritto, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore degli eredi legittimi o testamentari;
- b) l'indennizzo delle Lesioni, entro 30 giorni dalla chiusura del sinistro, nella misura prevista dalla Tabella Lesioni. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a favore

dell'Infortunato. Per importi superiori ad Euro 7.746,85 l'Infortunato dovrà firmare la quietanza che dovrà restituire all'Assicuratore;

- c) il rimborso delle spese mediche presentate in originale, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. Il rimborso viene effettuato a favore dell'Infortunato;
- d) l'indennità giornaliera in caso di ricovero (in assenza di spese mediche), entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuato a favore dell'Infortunato;
- e) l'indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile, in presenza di certificato in originale che certifichi l'applicazione e la rimozione dello stesso, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore dell'Infortunato.

II. settore DIRIGENTI esclusa l'attività di Assistenti all'Arbitro durante Gare Ufficiali:

- a) la morte dell'iscritto, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore degli eredi legittimi o testamentari;
- b) l'invalidità permanente, entro 30 giorni dalla chiusura del sinistro, nella misura prevista dalla polizza. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a favore dell'infortunato. Resta inteso che per la valutazione e liquidazione dell'indennizzo l'infortunato dovrà, in presenza di postumi, entro sei mesi (periodo di stabilizzazione) dalla data del certificato di guarigione richiedere di essere sottoposto a visita medico legale. In questo caso l'ufficio liquidazione provvederà a nominare il medico legale per competenza territoriale dando contestuale comunicazione al domicilio dell'infortunato. Sarà poi cura dell'infortunato e del medico legale concordare la data della visita. Nel caso in cui la valutazione medico-legale superi i 5 punti di franchigia l'importo calcolato viene liquidato per la differenza.

Non si liquida

L'Ufficio Liquidazione Sinistri invia lettera di reiezione, via fax presso la sede della Società Sportiva di appartenenza o per posta al domicilio dell'Infortunato:

- a) quando le lesioni o le spese mediche o l'indennità giornaliera in caso di ricovero o l'indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile o, solo per i Dirigenti l'invalidità permanente, non rientrano tra le garanzie di polizza o sono assorbite dalla franchigia.

ATTENZIONE LA POLIZZA NON PREVEDE IL RIMBORSO DELLE SPESE DI PATROCINIO

In tutti i casi la restituzione dei documenti avviene solo se richiesti dall'Infortunato.

9. 3ª fase operativa: "informazioni sulla liquidazione dei sinistri".

Chiamando il numero verde 800.903.407 l'Infortunato ha accesso diretto all'Ufficio Gestione Sinistri per:

I - Informazioni sul contratto assicurativo	24h su 24h	Tutti i giorni
II – Ricezione e gestione della documentazione riguardante il sinistro	Orari ufficio	Tutti i giorni, escluso i festivi
III - Informazioni sullo stato del sinistro: (in lavorazione, respinto, in attesa di documentazione, ecc)	Dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 19.00	Tutti i martedì e giovedì
	Dalle ore 9.00 alle ore 13.00	Tutti i venerdì escluso i festivi

IV - Informazioni sulla definizione del sinistro: (pagato totale, pagato parziale, fuori garanzia di polizza)	Dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 19.00	Tutti i martedì e giovedì
	Dalle ore 9.00 alle ore 13.00	Tutti i venerdì escluso i festivi

Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'infortunato (o chi ne fa le veci o i suoi aventi causa) dovranno sempre fornire il numero sinistro per avere accesso ai dati.

10. Collegandosi all'indirizzo www.carigeassicurazioni.it/Ind, sono disponibili nell'area riservata alla Lega Nazionale Dilettanti, le pagine Web della Carige Assicurazioni S.p.A..

In particolare è possibile consultare:

- le garanzie attive per tutti i tesserati;
- le garanzie Integrative e Facoltative e Modalità di Adesione;
- come fare per denunciare un Sinistro;
- la posizione Sinistro.

Tutte le sezioni sono di libera consultazione tranne che per la sezione "Posizione Sinistro".

In tale sezione, ottemperando alla legge 196/2003, per poter accedere alla consultazione bisogna indicare i seguenti codici identificativi (in possesso solo dell'interessato):

- n° sinistro;
- data di accadimento del sinistro.