

POLIZZA CUMULATIVA INFORTUNI

PER IL PERIODO DAL 31.12.2024 AL 31.12.2028



CONTRAENTE:

FEDERAZIONE ITALIANA CANOA KAYAK
VIALE TIZIANO 70 - 00196 ROMA
P.I 01455281004

EFFETTO 31/12/2024

SCADENZA 31/12/2028

COMPAGNIA REALE MUTUA

N. POLIZZA 2024/05/3155414

DEFINIZIONI

Nel testo della presente Convenzione si intendono per:

Assicurazione:

il contratto di assicurazione.

Contraente:

il soggetto che stipula l'assicurazione.

Assicurato:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Premio:

la somma dovuta dal Contraente alla Società Assicuratrice.

Sinistro:

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

Rischio:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

Indennizzo:

a somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

Infortunio:

l'evento improvviso che si verifichi indipendentemente dalla volontà dell'assicurato e produce lesioni corporali obiettivamente constatabili che hanno come conseguenza l'inabilità temporanea, l'invalidità permanente o la morte dell'assicurato.

Invalidità permanente:

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

Inabilità temporanea:

la temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni.

Trattamento chirurgico:

il provvedimento terapeutico cruento attuato da medicospecialistico.

Istituto di cura:

l'Istituto universitario, l'ospedale, la casa di cura o il Day Hospital in cui viene prestata l'assistenza ospedaliera.

Ricovero:

il periodo di degenza in Istituto di cura anche se in regime di Day Hospital, purché certificato da cartella clinica.

Tesserato:

ogni singolo soggetto iscritto o aderente alla Contraente; Volontari sportivi (D.Lgs 120/2023)

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La durata della presente polizza è pari a 4 anni , con decorrenza dalle ore 24.00 del 31/12/2024 e fino alle ore 24.00 del 31/12/2028.

E' facoltà del Contraente, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 6 (SEI) mesi decorrenti dalla scadenza.

L'Assicurato ha facoltà di richiedere detto periodo di proroga e la Società si impegna a concederlo alle stesse condizioni economiche e normative, anche per recesso anticipato per sinistro o alla scadenza intermedia della polizza.

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella polizza anche in assenza di pagamento del premio, in deroga all'art. 1901 C.C. Se entro 30 giorni dall'effetto del contratto il premio non viene corrisposto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di effettivo pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 30 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata la risoluzione del contratto fermo il diritto ai premi scaduti o di esigerne giudizialmente la esecuzione.

Art. 2 Obblighi della Federazione

La Federazione si impegna a comunicare alla Società tutte le modifiche delle norme federali ed ogni altra circostanza che comporti una variazione od un aggravamento del rischio, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, riservandosi in ogni caso la Società la facoltà di recedere dall'accordo.

Art. 3 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 esecuzione e/o 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 dei 20 giorni 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. 4 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società, con cadenza periodica e comunque a semplice richiesta del Contraente ed entro 10 (dieci) giorni dal ricevimento della stessa, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- Sinistri denunciati
- sinistri riservati (con indicazione di ogni importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione di ogni importo liquidato);
- sinistri respinti(mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).
- sinistri senza seguito;
- sinistri relativamente ai quali la società ha effettuato rivalsa nei confronti di terzi responsabili con indicazione del relativo importo.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro e data della eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo. La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.

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

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 10,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali

Art. 5 Tracciabilità dei flussi finanziari – clausola risolutiva espressa

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n.136/2010 e sue successive integrazioni/modificazioni. Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui alla predetta legge, ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione Appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

Art. 6 Prescrizione dei diritti

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

Art. 7 Disposizioni finali

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente sui moduli a stampa forniti dalle Società assicuratrici valgono solo quale presa d'atto dei premi e della ripartizione dei rischi tra le Società partecipanti alla Coassicuratrici.

Art. 8 Clausola broker

Il Contraente dichiara di aver affidato, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo MAG S.p.A., con sede legale in Roma, delle Tre Madonne n.12 iscritta al RUI – Sezione B – con il n. 400942, Broker incaricato ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società MAG S.p.A., e in particolare:

- a) Il Broker provvede alla gestione del contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale modifica dell'incarico al Broker.
- b) Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 30 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente. Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli

effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.

- c) La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire, almeno 15 giorni prima della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti.
- d) Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il pagamento verrà effettuato dal Contraente al Broker (su conto separato e dedicato di cui all'Art.117 del D.Lgs 209/2005, in ossequio alla vigente normativa art.3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136, giusta determinazione A.V.C.P. 18 novembre 2010 n. 8 paragrafo 4° punto quinto) che provvederà al versamento agli Assicuratori.
- e) In caso di mancato perfezionamento e/o incasso il Broker provvederà a restituire alla Società i documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi.
- f) La polizza e le eventuali successive appendici dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.
- g) Si intende operante il disposto dell'art. 118 comma 1 del D.lgs 209/2005. Pertanto il pagamento effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso.
- h) In caso di coassicurazione, il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo fax o PEC le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.
- i) I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermo restando i termini temporali della copertura.
- j) Il Broker sarà remunerato dagli assicuratori aggiudicatari dell'appalto. Il compenso riconosciuto al Broker, sotto forma di ritenuta sui premi di assicurazione e all'atto del pagamento dei medesimi sarà pari a quanto indicato nella convenzione tra Ente e Broker ovvero pari al 10%, applicata al premio imponibile e per ogni rata di premio pagata; tale remunerazione non potrà mai rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente / Contraente.
- k) Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
- l) La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.
- m) Ai sensi dell'Art.48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008, n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'Art.3 del Decreto. Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'Art.72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'Art.1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa. L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nei documenti di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni ai sensi del Dlgs 50/2016 e successive modifiche nonché Dlgs 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti al primo capoverso del presente articolo.

Art. 9 Recesso per sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti,

escluse le imposte entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Art. 10 Trattamento dei dati

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 e s.m.i., ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

La Società agisce quindi in qualità di “autonomo titolare” del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell’Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali.

Art. 11 Sanction Limitation and Exclusion Clause - Clausola di limitazione ed esclusione di attività soggette

a Sanzioni

La Società, in qualità di assicuratore e/o riassicuratore, non sarà tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica Italiana, dell’Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d’America.

CONDIZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art.1 - Determinazione e regolazione del premio

Il premio annuo unitario si intende stabilito in conformità a quanto previsto nella Sezione Premi della presente Convenzione.

L'importo complessivo previsto alla Sezione Premi (numero adesioni – premio unitario – premio totale), deve considerarsi quale premio minimo anticipato alla Società per ciascun anno assicurativo;

Entro la data del 31.01 di ciascun anno la Contraente fornirà alla Società elenco riportante il numero degli Assicurati (iscritti) suddivisi per categoria riferito all'anno assicurativo decorso, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalle regolazioni attive e passive devono essere pagate entro 90 giorni dalla relativa comunicazione.

Art.2 - Titolo che dà diritto all'assicurazione e decorrenza delle garanzie assicurative

Costituisce titolo per il diritto alla garanzia assicurativa la tessera nominativa numerata o il documento sostitutivo rilasciato dalla FICK.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorrono dalle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato stesso consegue il titolo di cui al precedente comma e cessa il 31 dicembre successivo.

La data di decorrenza della garanzia assicurativa è comprovata dal timbro postale apposto sulla ricevuta di versamento alla FICK della quota di tesseramento.

Per i Dirigenti federali nazionali e periferici la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno risultante dal verbale concernente l'elezione alla carica.

Art. 3 - Rapporto con altre Assicurazioni.

L'Assicurato e la contraente sono esonerate «all'obbligo di denunciare all'Assicurato eventuali altre polizze da essi stipulate per il medesimo rischio .Le garanzie previste dalla presente Convenzione si aggiungono a quelle eventualmente spettanti in base ad altro rapporto assicurativo per i casi di morte, invalidità ed inabilità temporanea.

Art.4 - Esonero di denuncia di infermità preesistenti

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

Art.5 - Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art.6 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi alla presente Convenzione sono a carico della Contraente.

Art.7 - Foro competente

Per le eventuali controversie concernenti i diritti ed obblighi della Federazione o in generale l'interpretazione e la validità delle norme della presente Convenzione, le Parti dichiarano competente il Foro di Roma, mentre per le vertenze attinenti ai diritti e agli obblighi dei singoli soggetti assicurati sarà competente il Foro del capoluogo della regione di residenza dell'Assicurato interessato.

Art.8 - Collegio Medico

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

Art.9 - Rinvio alle norme di legge.

Per tutto quanto non diversamente regolato dalla presente Convenzione e dalle prevalenti disposizioni del Decreto 3 novembre 2010, valgono le norme delle leggi vigenti.

Art.10 - Soggetti assicurati

La garanzia assicurativa di cui alla presente Convenzione trova applicazione, senza limiti di età nei confronti di tutti i titolari di tessera FICK per Giocatore, Dirigenti Federale Nazionale o Periferico, Dirigente Societario, Arbitro, Istruttore, Tecnico e Amatore, nonché dei titolari di Tessera FICK per Giochi Locali e Tradizionali.

Art.11 - Oggetto del rischio

L'assicurazione riguarda la morte, l'invalidità permanente e l'inabilità temporanea (solo se indicata nei valori assicurati) conseguenti ad infortuni che i soggetti assicurati subiscano in Italia o all'estero durante e a causa dello svolgimento delle attività sportive, degli allenamenti e durante le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara di allenamento ufficiale, ovvero in occasione dell'espletamento delle attività proprie della qualifica di arbitro, tecnico o dirigente centrale o periferico della FICK.

In particolare, la copertura assicurativa è operante per i rischi occorsi ai soggetti assicurati ognuno nello svolgimento delle proprie funzioni:

a) In occasione di attività sportive autorizzate e/o riconosciute e/o organizzate dalla FICK o sotto l'egida della FICK, anche se in fase di allenamento individuale o collettivo, nonché durante lo svolgimento di concorsi e/o manifestazioni sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della FICK, raduni, riunioni organizzative e in occasione di ogni altra attività rientrante nei compiti istituzionali della Federazione o strumentale rispetto a detti compiti;

b) per i Dirigenti Federali nell'espletamento del mandato sportivo anche in occasione di gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della FICK, o riunioni organizzative, incontri, missioni e ogni altra attività rientrante negli scopi istituzionali della Federazione o strumentale rispetto a detti scopi.

Per gli infortuni verificatisi durante gli allenamenti, anche individuali, l'assicurazione vale solo se trattasi di allenamenti previsti, disposti, autorizzati o controllati dalla Federazione, anche per il tramite dei suoi Organi periferici o Società Sportive affiliate. In tal caso, per l'ammissione al beneficio assicurativo, la denuncia dell'infortunio deve essere accompagnata da una dichiarazione dell'Organo Federale o del rappresentante legale della Società Sportiva interessata, che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità delle dichiarazioni rese.

Art.12 - Condizioni per l'indennizzabilità dell'infortunio

L'indennizzo è corrisposto per le lesioni corporali che abbiano nell'infortunio la loro causa, diretta, esclusiva e comprovata e che siano indipendenti da condizioni fisiche e patologiche preesistenti o sopravvenute. L'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi, salvo quanto stabilito dall'articolo 6, comma 3, del Decreto 3 novembre 2010 per gli infortuni che abbiano causato la morte dell'assicurato, non sono indennizzabili.

Nel casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente

integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art.13 - Equiparazione ad Infortunio ed estensione di garanzia

Sono equiparati ad infortunio:

- A) le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;

la garanzia è estesa anche agli infortuni:

- B) sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenza o negligenze anche gravi nonché in stato di malore o incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici, da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti)
- C) causati da morsi di animali, aracnoidi e insetti, da infezioni conseguenti a infortunio, da avvelenamento, ingestione o assorbimento involontario di sostanze, da annegamento, assideramento, asfissia, congelamento, folgorazione, da colpi di sole, da sforzi muscolari traumatici;
- D) derivanti da tumulti, terrorismo, aggressioni o violenza, sempre che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art.14 - Infortuni "In itinere"

L'Assicurazione opera anche per gli infortuni verificatisi in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo, effettuati dall'Assicurato, come passeggero o in forma individuale, verso o dal luogo di svolgimento delle attività di cui all'articolo 13 della presente Convenzione, esclusi gli incidenti verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque di inosservanze delle norme che regolano il trasferimento e a condizioni che l'infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione al termine dell'attività stessa.

Art.15 – Rischio volo

Per i soli Dirigenti federali, giocatori facenti parte di squadre nazionali, loro accompagnatori e arbitri di interesse internazionale, la garanzia si intende altresì estesa agli infortuni subiti durante i viaggi aerei di trasferimento effettuati per conto della FICK o, comunque, al fine di svolgere attività rientranti nell'ambito degli scopi della Federazione o strumentali rispetto a detti scopi. In qualità di passeggero su voli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che da aeroclub o da società/azienda di lavoro in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri.

La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è disceso.

La somma delle garanzie di cui alla presente Convenzione e di eventuali altre assicurazioni stipulate dalla stessa Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative non potrà superare i capitali per persona di:

- Euro 1.033.000,00 per il caso morte;
- Euro 1.033.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;
- Euro 258,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea e complessivamente, per aeromobile:
- Euro 5.165.000,00 per il caso morte;
- Euro 5.165.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;
- Euro 5.165,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea.

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

Art.16 - Esclusioni

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

- a. Uso e guida di natanti, mezzi di locomozione subacquea;
- b. Abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- c. Assunzione di sostanze dopanti, in violazione di norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento

- sportivo, accertate in base alle norme vigenti;
- d. Guida e uso anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerea salvo quanto espressamente previsto dal precedente art.17;
 - e. Azioni delittuose dell'assicurato;
 - f. Movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
 - g. Guerra e insurrezione;
 - h. Trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
 - i. Determinati da impiego di esplosivi;
 - j. Disturbi mentali o psichici dell'assicurato;
 - k. Operazioni chirurgiche, trattamento cure mediche;
 - l. Azioni costituenti reato commesso dall'Assicurato o derivante dalla sua partecipazione a risse o tumulti, o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o dall'ordinamento sportivo.

Art.17- Categorie e prestazioni assicurative

Per gli infortuni indennizzabili in base alla presente Convenzione sono previste le seguenti prestazioni assicurative:

- A. in caso di morte dell'Assicurato, agli aventi diritto, è corrisposto un capitale;
- B. in caso di invalidità permanente è corrisposta all'Assicurato una indennità calcolata in proporzione al capitale di cui alla presente tabella secondo i criteri stabiliti nel successivo articolo 19 - *Indennizzo per invalidità permanente*;
- C. spese di cura per sole due categorie di assicurato sezione 7/8 entro i criteri di seguito stabiliti;

SEZ.	CATEGORIA	NR. ASSICURATI	CAPITALI ASSICURATI		
			MORTE	INVALIDITÀ	SPESE DI CURA
1	Tesserati giocatori di categoria A, atleti di interesse nazionale	200	€ 100.000,00	€ 100.000,00	////////////////////
2	Tesserati giocatori di categoria B, atleti, istruttori, arbitri e giudici	5000	€ 80.000,00	€ 80.000,00	////////////////////
3	Praticanti	5000	€ 50.000,00	€ 50.000,00	////////////////////
4	Presidenti/Delegati Regionali	15	€ 150.000,00	€ 150.000,00	////////////////////
5	Presidente Federale / Segretario Federale	2	€ 500.000,00	€ 500.000,00	////////////////////
6	Consiglieri Federali / Sindaci	11	€ 250.000,00	€ 250.000,00	////////////////////
7	Categoria tesserati giocatori di categoria A - atleti di interesse nazionale (esclusi gli atleti nazionali probabili olimpici)	200	////////////////////	////////////////////	€ 5.000,00
8	Atleti nazionali probabili olimpici	40	////////////////////	////////////////////	€ 20.000,00

Art.17.1 - Specifiche Sez. 7- Categoria tesserati giocatori di categoria A - atleti di interesse nazionale (esclusi gli atleti nazionali probabili olimpici)

La Società rimborsa, *fino alla concorrenza di € 5.000,00 per ogni infortunio*, le spese rese necessarie dalla cura di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e sostenute:

In caso di ricovero in istituto di cura per:

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

In caso di spese extra-ricovero o conseguenti a ricovero in Day Hospital, saranno rimborsate le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti, cure fisioterapiche, con un limite di € 500 per anno e per persona ed un massimo di € 50 per ogni seduta di fisioterapia, purché in presenza di certificato di accesso al Pronto Soccorso avvenuto il giorno dell'infortunio. Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate;

in caso di intervento chirurgico ambulatoriale per:

- onorari dei medici, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento. Per intervento chirurgico ambulatoriale si intende un provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruenta, eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante;

in caso di intervento riparatore del danno estetico per:

- la chirurgia plastica, purché l'intervento riparatore avvenga entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, e non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto. Per danno estetico si intende la deturpazione al viso obiettivamente constatabile.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro. Le spese indennizzabili in base alla presente Condizione Particolare verranno rimborsate nella misura dell' 80%; il rimanente 20%, con il minimo di € 100 resta a carico dell'Assicurato. Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni di cui al punto 1) b) sono sostituite dal pagamento di una diaria di € 75 per ogni pernottamento, per un massimo di 90 pernottamenti per infortunio.

Art.17.2 - Specifiche Sez.8 - Atleti nazionali probabili olimpici

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di € 20.000,00 per ogni infortunio, le spese rese necessarie dalla cura di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e sostenute:

In caso di ricovero in istituto di cura per:

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

in caso di spese extra-ricovero o conseguenti a ricovero in Day Hospital, saranno rimborsate le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti, cure fisioterapiche, con un limite di € 2.000 per anno e per persona ed un massimo di € 50 per ogni seduta di fisioterapia, purché in presenza di certificato di accesso al Pronto Soccorso avvenuto il giorno dell'infortunio. Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate;

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale per:

- onorari dei medici, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento. Per intervento chirurgico ambulatoriale si intende un provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruenta, eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante;

in caso di intervento riparatore del danno estetico per:

- la chirurgia plastica, purché l'intervento riparatore avvenga entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, e

non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto. Per danno estetico si intende la deturpazione al viso obiettivamente constatabile.

Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro.

Le spese indennizzabili in base alla presente Condizione Particolare verranno rimborsate nella misura dell'80%; il rimanente 20%, con il minimo di € 100 resta a carico dell'Assicurato. Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni di cui al punto 1) b) sono sostituite dal pagamento di una diaria di € 75 per ogni pernottamento, per un massimo di 90 pernottamenti per infortunio.

Art.18 - Indennizzo in caso di morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio, l'Assicuratore liquida la somma assicurata al beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi. L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro i due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa sia maggiore.

Qualora, a seguito di un infortunio, il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, l'Assicuratore liquida al beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 Cod. Civ. Se, dopo che è stato pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione entro 15 giorni dalla richiesta, della somma pagata.

Art. 19 - Indennizzo per invalidità permanente

L'indennizzo per invalidità permanente è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in misura percentuale pari al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori di cui alla *"tabella lesioni" allegato A) al decreto 3 novembre 2010*.

In caso di lesioni plurime, l'indennizzo è calcolato in base alla somma delle percentuali di invalidità relative alle singole lesioni subite.

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

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato varranno per il sinistro e viceversa.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri dei casi ivi 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 di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino al raggiungimento al massimo il valore del 100%.

Non si fa luogo all'indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 5% della totale. Se l'invalidità permanente è superiore a detto limite, l'indennizzo è corrisposto solo per la parte eccedente.

Art.20 - Limite di indennizzo per singolo evento

In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati, le somme delle garanzie di cui alla presente garanzia infortuni non potranno superare l'importo di Euro 2 066.000,00.

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

Art.21 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da ogni documentazione clinica atta ad accettare le lesioni subite e la loro indennizzabilità, deve essere fatta per sinistro ed inviata all'Assicurato, entro 30 giorni lavorativi dalla data dell'evento stesso e/o dal momento in cui l'Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del codice civile.

La documentazione di cui sopra deve consentire inequivocabilmente l'identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relativo referto; nel caso di fratture o/e lesioni particolari è necessario che il referto clinico radiologico evidenzi la diagnosi in modo chiaro e specifico e sia redatto da un Pronto Soccorso Pubblico e/struttura privata equivalente (clinica, casa di cura etc).

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici dell'Assicurato e qualsiasi indagine od accertamento che ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art.22 - Denuncia della morte e obblighi relativi

La denuncia della morte, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che la hanno determinata, corredata dalla documentazione atta ad accettare l'indennizzabilità deve essere fatta per iscritto ed inviata all'Assicuratore entro 30 giorni dall'evento stesso e/o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli art. 1913 e 1915 del codice civile.

SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI ADESIONE VOLONTARIA PER TESSERATI GIOCATORI DI CATEGORIA B, ATLETI, ISTRUTTORI, ARBITRI E GIUDICI

Art. 23 Oggetto della garanzia

Alle condizioni che seguono è data facoltà ai tesserati della Categoria: **Tesserati giocatori di categoria B, atleti, istruttori, arbitri e giudici** che ne facciano espressa richiesta e ne onorino il relativo premio, di integrare le coperture previste nella presente convenzione.

Art. 24 Adesione alla formula integrativa

Al fine di aderire alla formula integrativa, il singolo tesserato dopo aver provveduto alla compilazione del modulo allegato ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via email indirizzo integrative.fick@magitaliagroup.com

Art.25 Decorrenza e scadenza della formula integrativa

Le garanzie previste dalla formula integrativa decorreranno dalle ore 24.00 del giorno di adesione e scadranno inderogabilmente alle ore 24.00 del successivo 31.12.

Art. 26 Somme Assicurate

Le somme garantite si intenderanno quelle indicate nella tabella e nelle successive sezioni afferenti la formula integrativa. Tali somme si intendono **in sostituzione a quelle previste dalla copertura per tale categoria**.

Garanzie		BASE Tesserati "B" - Atleti, Istruttori, Arbitri, Giudici"	Integrativa Tesserati "B" - Atleti, Istruttori, Arbitri, Giudici"
Infortunati	Morte	€ 80.000,00	€ 120.000,00
	Invalità Permanente	€ 80.000,00 franchigia 5%	€ 120.000,00 franchigia 5%
	Rimborso spese mediche	Non previste	€ 1.500,00
		Totale Premio	Euro 40,00

Art. 27 Premi

I premi previsti nella successiva sezione premi vanno pagati direttamente all'assicuratore per il tramite del broker. Il premio pro- capite per la presente sezione integrativa è pari ad **Euro 40,00**.

Art. 28 Morte ed Invalità Permanente – somma assicurata

Relativamente a quanto previsto nel precedente art. 17, resta convenuto che all'atto dell'adesione alla presente formula integrativa, la somma assicurata diventa pari ad Euro 120.000,00 per il caso Morte ed Euro 120.000,00 per il caso di Invalità Permanente (franchigia 5%).

Art.29 Rimborso Spese Mediche

La Società rimborsa, *fino alla concorrenza di € 1.500,00 per ogni infortunio*, le spese rese necessarie dalla cura di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e sostenute:
in caso di ricovero in istituto di cura per:

- A. accertamenti diagnostici (e relativi onorari dei medici) effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero;
- B. onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento - comprese le endoprotesi - trattamenti riabilitativi, rette di degenza durante il ricovero;

- C. accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti, trattamenti riabilitativi nei 90 giorni successivi alla dimissione.

Le prestazioni sanitarie indicate nel punto A,B,C sono assicurate soltanto se il ricovero ha comportato almeno un pernottamento in istituto di cura.

In caso di spese extra-ricovero o conseguenti a ricovero in Day Hospital, saranno rimborsate le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti, cure fisioterapiche, con un limite di € 500 per anno e per persona ed un massimo di € 50 per ogni seduta di fisioterapia, purché in presenza di certificato di accesso al Pronto Soccorso avvenuto il giorno dell'infortunio. Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate;

in caso di intervento chirurgico ambulatoriale per:

- onorari dei medici, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento. Per intervento chirurgico ambulatoriale si intende un provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruenta, eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante;

in caso di intervento riparatore del danno estetico per:

- la chirurgia plastica, purché l'intervento riparatore avvenga entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, e non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto. Per danno estetico si intende la deturpazione al viso obiettivamente constatabile.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro. Le spese indennizzabili in base alla presente Condizione Particolare verranno rimborsate nella misura dell' 80%; il rimanente 20%, con il minimo di € 100 resta a carico dell'Assicurato.

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

SEZIONE ADESIONE VOLONTARIA PER: PERSONALE ADDETTO, PARTECIPANTI, COLLABORATORI E VOLONTARI NON TESSERATI IN CASO DI GARE O MANIFESTAZIONI

Art. 30 Oggetto della garanzia

Alle condizioni che seguono è data facoltà agli aderenti, che ne facciano espressa richiesta e ne onorino il relativo premio, di stipulare le coperture previste nella presente Convenzione.

Art. 31 Modalità di Adesione

Al fine di aderire alla formula integrativa, l'aderente dopo aver provveduto alla compilazione del modulo allegato ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via email all'indirizzo integrative.fick@magitaliagroup.com con indicazione di:

- Denominazione della manifestazione da assicurare;
- L'elenco nominativo del personale addetto;
- Decorrenza e durata della manifestazione;
- Copia dell'avvenuto versamento al broker a mezzo bonifico bancario, dell'importo del premio dovuto.

Art. 32 Decorrenza e scadenza della formula integrativa

Le garanzie previste decorrono dalle ore 24.00 del giorno della data di valuta del bonifico e scadenza coincidente con la data fine della gara/manifestazione.

Art.33 Garanzia e Somme Assicurate

INFORTUNI

€ 80.000,00 Morte

€ 80.000,00 Invalidità Permanente

Franchigia 5%

RCT

per ogni sinistro

€ 500.000,00

Ma con il limite per ogni persona danneggiata di

€ 500.000,00

e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di

€ 500.000,00

Franchigia fissa per ciascun sinistro: euro 200,00.

Le garanzie saranno operanti in occasione di gare e/o manifestazioni, Eventi sportivi, o altre attività rientranti negli scopi della Contraente, compreso il rischio in itinere anche con mezzi propri o come trasportati.

Art. 34 Premi

I premi previsti vanno pagati direttamente all'assicuratore per il tramite del broker. Il premio minimo per ogni gara o manifestazione è stabilito come segue:

ADDETTI

Premio: per ogni giornata di manifestazione e/o gara è il seguente:

- Fino a 30 addetti Euro 20,00

Il premio per ogni addetto oltre i primi 30 è stabilito in Euro 0,50 per giornata.

PARTECIPANTI

Premio: per ogni giornata di manifestazione e/o gara è il seguente:

- Fino a 300 partecipanti Euro 100,00
- Da 301 a 1.000 partecipanti Euro 200,00
- Da 1001 a 5000 partecipanti Euro 300,00
- Oltre 5000 Euro 40,00 per ogni 1.000 partecipanti in eccesso ai 5.000