



ESTRATTO POLIZZA INFORTUNI TESSERATI E CATEGORIE

Il presente documento riporta, a scopo puramente informativo, un estratto delle condizioni del contratto originale n. 124930904 sottoscritto tra FIV e UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.A., il cui testo integrale è depositato presso la Sede della Federazione.

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

DEFINIZIONI

Assicurato:	la persona garantita dalla copertura assicurativa;
Assicurazione:	il contratto di assicurazione;
Coassicurazione:	il contratto assicurativo per cui lo stesso rischio viene ripartito fra più assicuratori;
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione;
Società o Compagnia:	l'Istituto Assicuratore che presta la garanzia, nonché le Società Coassicuratrici;
Delegataria:	l'Impresa che, in caso di coassicurazione, provvede all'emissione del contratto assicurativo, all'incasso del premio, alla liquidazione dei danni e ad ogni altra incombenza gestionale, anche per conto e nell'interesse delle altre imprese partecipanti ai rischi;
Coassicuratrice:	la Società che partecipa alla ripartizione del rischio afferente il contratto assicurativo;
Contraente:	la FEDERAZIONE ITALIANA VELA (F.I.V.);
Broker:	Assiteca S.p.A. e bancario costa insurance broker S.p.A. quale mandataria incaricati dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuti dalla Società;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
Tesserato:	ogni singolo soggetto aderente al Contraente;
Atleta:	il tesserato che svolge l'attività sportiva agonistica rientrante negli scopi del Contraente;
Atleta Paralimpico:	il tesserato che svolge l'attività sportiva agonistica rientrante negli scopi del Contraente appartenente al Club Paralimpico, alle Classi di Interesse Paralimpico e Nazionale;
Atleta Club Olimpico:	atleta che svolge attività sportiva agonistica appartenente alla Classe Olimpica;
Atleti interesse Federale:	atleta che svolge attività sportiva agonistica su imbarcazione di interesse federale;
Tecnici federali e staff medico:	i soggetti tesserati in qualità di maestri, istruttori, allenatori, collaboratori e le analoghe figure comunque preposte all'insegnamento delle tecniche sportive, all'allenamento degli atleti ed al loro perfezionamento tecnico; lo staff medico specializzato nella preparazione fisica e tutela sanitaria degli atleti federali;
Istruttori Federali e Praticanti istruttori:	Istruttori e Praticanti Istruttori iscritti negli appositi registri federali;
U.D.R.:	ufficiali di regata iscritti negli appositi registri federali;
Stazzatori:	Ufficiali di regata nominati dal Consiglio Federale iscritti negli appositi registri federali;
Ispettori IHC:	Ispettori iscritti negli appositi registri federali;

Membri del consiglio:	Presidente, Vice Presidente, consiglieri, segretario generale (o il facente funzione Coordinatore Federale);
Dipendente federale:	il dipendente della F.I.V.;
Collaboratori:	tutte le persone che collaborano con F.I.V. a titolo oneroso per prestazioni occasionali, contratti a progetto, collaborazioni continuative nonché consulenti esterni operanti a titolo gratuito qualora siano convocati tramite lettera di convocazione da F.I.V.;
Beneficiari:	l'assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato;
Franchigia/Scoperto:	l'importo fisso espresso in cifra o in percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato;
Massimale:	importo massimo della prestazione della Società;
Infortunio:	ogni evento improvviso, che si verifichi indipendentemente dalla volontà dell'assicurato, 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;
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Ricovero:	permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento;
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Ambulatorio:	la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;
Istituto di cura:	l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;
Trattamento chirurgico:	provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura;
Day Hospital:	struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

Art. 18 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si da atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Compagnie per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, lesione, ed indennità di ricovero, rimborso delle spese sanitarie.

Art. 20 Denuncia degli infortuni

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono:

- a) darne avviso scritto al Broker entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile. La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; la veridicità della dichiarazione deve essere attestata, sotto la propria responsabilità, dal legale rappresentante dell'organismo sportivo per il quale il soggetto è tesserato; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03.
- b) documentare, fornendo ulteriori certificati medici, il decorso delle lesioni. In caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- c) trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento utile alla valutazione del caso;
- d) consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

CONDIZIONI ASSICURATIVE INFORTUNI**Art. 21 Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva organizzata sotto l'egida della Federazione Italiana Vela, ivi compresi gli allenamenti e le azioni preliminari e finali di ogni gara od allenamento ufficiale, le competizioni e/o gare, i raduni, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale ovvero nell'espletamento delle attività proprie della qualifica di tecnico o dirigente rivestita nell'ambito della Federazione.

La copertura è inoltre estesa alle altre attività fisiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, nuoto, atletica, purché rientranti nel programma di allenamento, potenziamento e/o recupero necessari all'attività sportiva.

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi del Contraente e delle Società affiliate, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti purché tali circostanze siano documentate attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio del Contraente e/o delle Società affiliate.

Le garanzie si intendono estese al rischio in itinere a condizione che alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro.

Art. 22 Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative, senza distinzione di attività praticata, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, rientranti comunque negli scopi del Contraente, sono:

- la Tessera nominativa e numerata della F.I.V.;
- ovvero
- la presenza del soggetto assicurato negli elenchi numerati e vidimati del Contraente;

ovvero

- la lettera di convocazione del Contraente;

ovvero

- il contratto di collaborazione.

Ai fini assicurativi i documenti sopra indicati sono equipollenti e qualificano il soggetto portatore come assicurato, ai fini del presente Capitolato.

Per la F.I.V. costituisce titolo il presente contratto.

Art. 23 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i tesserati e le categorie riportate alla "Sezione Elenco Assicurati - Somme Assicurate".

Art. 24 Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. le infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
3. gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
4. l'annegamento;
5. l'assideramento e/o il congelamento;
6. i colpi di sole e/o di calore;
7. gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
8. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze gravi;
9. le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi (esclusi infarto e colpi apoplettici) e le ernie traumatiche.

Art. 25 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore (non comprese le attrezzature tecniche necessarie allo svolgimento delle attività sportive riconosciute dalla F.I.V., utilizzate nel rispetto degli specifici regolamenti) se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 34- Rischio volo, e fatte salve le attività facenti parte degli scopi del Contraente quali wind surf e kite surf;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti ed allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertata in base alle norme vigenti;
- f) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove (non comprese le attrezzature tecniche necessarie allo svolgimento delle attività sportive riconosciute dalla F.I.V., utilizzate nel rispetto degli specifici regolamenti);
- g) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- h) dall'azione costituente reato commessa dal soggetto assicurato o dalla sua partecipazione a risse o tumulti o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o dall'ordinamento sportivo;
- i) da guerra e insurrezioni;
- j) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- k) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- l) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 26 Esonero denuncia di infermità

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

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dall'art. 33 Criteri di indennizzabilità.

Art. 27 Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 28 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone che siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, o dalle seguenti patologie: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Art. 29 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 30 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 10.000.000,00.

Art. 31 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, con l'intesa che la valutazione e la liquidazione dei danni avvengono in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro.

Art. 32 Limite di età

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

Art. 33 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche preesistenti all'infortunio stesso; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (indetta dalla F.I.V. o a cui partecipi la Società Sportiva previa approvazione della Federazione di appartenenza per la quale il soggetto assicurato risulti tesserato), iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa, la prestazione assicurativa è dovuta anche se il decesso sia una conseguenza indiretta dell'infortunio.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, qualora l'infortunio sia occorso a Tesserati o Atleti disabili, l'aggravarsi dell'invalidità permanente preesistente verrà determinata secondo quanto previsto all'allegato A del DPCM del 6 ottobre 2011.

Art. 34 Rischio volo

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque prestati, ad eccezione di:

- voli effettuati da società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico passeggeri;
- voli effettuati da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi per aeromobile:

- Euro 5.200.000,00 per il caso morte
- Euro 5.200.000,00 per il caso invalidità permanente
- Euro 5.200,00 per il caso inabilità temporanea.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti.

La garanzia inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Art. 35 Rischio viaggio

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi intrapresi per partecipare ad allenamenti, raduni zionali e manifestazioni veliche organizzate dalla Federazione, dalle Società affiliate e dai suoi Organi Periferici anche quando fanno uso:

- a) di autoveicoli di proprietà della Federazione o di Società affiliate alla cui guida vi è persona qualificata, autorizzata dalla Federazione o dalle Società affiliate. Tale estensione comprende anche quanto precisato nel Regolamento al capitolo "Attività di addestramento sportivo giovanile", come definito nella specifica normativa della Federazione;
- b) di autoveicoli, mezzi nautici o motocicli propri, o comunque privati, a condizione che la circolazione si svolga in conformità alle vigenti disposizioni di legge ed alle indicazioni della carte di circolazione del mezzo utilizzato;
- c) di treni ed autobus in servizio di linea o noleggiati.

Art. 36 Prestazioni**a) Morte**

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello previsto per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muoia in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponderà ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

b) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

c) Lesioni

Salvo quanto previsto al successivo art. 38 "Franchigia", l'Assicuratore corrisponde l'indennizzo secondo le prestazioni previste nella tabella A della GU 296 del 20.12.2010, alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto previsto dall'art. 33 .

Per i Tesserati ed Atleti disabili si terrà conto anche dell'Allegato A al DPCM del 6.10.2011 in materia di assicurazione obbligatoria per i tesserati al Comitato Italiano Paralimpico - CIP e agli enti riconosciuti dal CIP, pubblicato su GU 28 del 3.2.2012.

Precisazioni:

- Per "frattura" s'intende una interruzione nella continuità dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (in senso più favorevole all'Assicurato).
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall'Assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà 20 volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli); per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a 2 volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa".
In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma postraumatico risulterà cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.
L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.
- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrarisaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.
Per ustioni si intendono, inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata. In questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Art. 37 Controversie sulla natura degli infortuni

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

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

Art. 38 Franchigia

Per gli infortunati di età maggiore o uguale ad anni 85 è prevista una franchigia del 10%. La Società quindi non corrisponderà alcuna indennità qualora l'invalità permanente non sia di grado superiore al 10%. Resta inteso che, in caso di lesioni plurime, l'indennizzo è dovuto in misura pari alla somma delle percentuali relative alle singole lesioni subite.

Art. 39 Prestazione per il rimborso delle spese di cura rese necessarie da infortunio

L'assicurazione è valida – in caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, fino a concorrenza del massimale indicato nella "Sezione elenco assicurati – somme assicurate" – per il rimborso delle seguenti spese sanitarie:

- a) spese per esami strumentali a scopo diagnostico ed analisi di laboratorio compresi i relativi onorari dei medici che li hanno prescritti;
- b) in caso di ricovero:
 - spese per gli onorari dei medici, nonché in caso di intervento chirurgico, effettuato anche in ambulatorio o in regime di day hospital, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - spese per le rette di degenza;
 - spese per le cure, per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari dall'infortunio, con il limite del 20% del massimale assicurato;
- c) spese per il trasporto dell'Assicurato in ambulanza, all'Istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite del 20% del massimale assicurato.

Il rimborso verrà comunque effettuato con l'applicazione di una franchigia fissa a carico dell'Assicurato di € 150,00 per singolo infortunio.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del S.S.N., la Società rimborserà le spese non riconosciute dal precisato Servizio e sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte, senza deduzione di scoperto alcuno.

Laddove sia prevista la garanzia Diaria nella Sezione "Elenco assicurati – somme assicurate", in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, in Istituto di cura (pubblico o privato) reso necessario da infortuni e/o lesioni previsti nelle tabelle allegate, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato una diaria di Euro 50,00 per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 60 giorni per evento. I primi 5 giorni di ricovero non prevedono la corresponsione di diaria.

La società effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata, dietro presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate nonché, ove ne ricorrano gli estremi, di regolare attestato di degenza in Istituto di cura.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi avverranno in Italia, in valuta corrente in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

La documentazione in originale delle spese sostenute trasmessa alla Società verrà restituita contestualmente alla liquidazione.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al S.S.N. o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante la loro presentazione al S.S.N. o altro Ente.

Il rimborso percepito dall'Assicurato dagli Enti sopra indicati costituirà franchigia relativamente alla prestazione dovuta dalla Società.

Art. 40 Estensioni speciali

a) Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

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

b) Danno estetico

Al soggetto assicurato che non abbia compiuto il 14° anno di età alla data dell'infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito con un massimo di € 5.000,00.

c) Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 36 lett. c), per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'Assicurato ricovero in istituto di cura ed a seguito di relativa diagnosi che accerti detto evento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate con un massimo di € 5.000,00.

d) Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 36 lett. c), a seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti un ricovero con pernottamento in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate con un massimo di € 5.000,00.

e) Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 36 lett. c), a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura, a seguito di diagnosi di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate con un massimo di € 5.000,00.

f) Perdita dell'anno scolastico

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

g) Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 25 lettera i), l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

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

h) Rimpatrio salma

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

i) Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 5.000,00.

SEZIONE ELENCO ASSICURATI - SOMME ASSICURATE**GARANZIA INFORTUNI**

Assicurati	Capitale caso morte	Capitale invalidità permanente di riferimento	Tabella lesioni¹	Franchigia su IP	Diaria (dal 5° giorno)	Rimborso spese mediche
Tesserati	100.000,00	100.000,00	A	Nessuna		1.000,00
Atleti	150.000,00	150.000,00	A	Nessuna		1.000,00
Atleti Club Olimpico e Club Paralimpico	200.000,00	200.000,00	A	Nessuna	50,00	6.000,00
Atleti Interesse Federale	175.000,00	175.000,00	A	Nessuna	50,00	6.000,00
Tecnici e Staff medico	150.000,00	150.000,00	A	Nessuna	50,00	1.500,00
Istruttori federali e praticanti	150.000,00	150.000,00	A	Nessuna		1.000,00
U.D.R.	150.000,00	150.000,00	A	Nessuna		1.000,00
Stazzatori	150.000,00	150.000,00	A	Nessuna		1.000,00
Ispettori IHC	150.000,00	150.000,00	A	Nessuna		1.000,00
Membri del Consiglio, Presidente di zona e Presidenti di commissione	200.000,00	200.000,00	A	Nessuna		1.500,00
Dipendenti	150.000,00	150.000,00	A	Nessuna		1.000,00
Collaboratori	150.000,00	150.000,00	A	Nessuna		1.000,00

¹ In caso di infortunio occorso a Tesserato o Atleta Disabile si fa riferimento a quanto indicato all'art. 33.