

CONVENZIONE ASSICURATIVA PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETÀ AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI.

Alla Convenzione vengono attribuiti i seguenti numeri di polizza:

N° 85884.77.196972264 del Ramo Infortuni

N° 85884.65.196972488 del Ramo RCT (Responsabilità Civile Generale)

CONTRAENTE: FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA

DOMICILIO: Viale Tiziano, 70 – 00196 Roma

CODICE FISCALE/ P.IVA: 01385631005

EFFETTO: dalle ore 24,00 del 31/12/2023

SCADENZA: alle ore 24,00 del 31/12/2025

EMESSA IL 27/12/2023

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

CAPITOLATO TECNICO: CONVENZIONE ASSICURATIVA PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI.

Tra la **FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA (F.G.I.)** e la **COMPAGNIA** designata per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Società**, viene stipulata la seguente convenzione per le garanzie contro Infortuni, Responsabilità Civile Generale a favore della F.G.I., dei suoi Organi Centrali e Periferici, delle Società affiliate e dei suoi Tesserati.

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 2, con inizio dalle ore 24.00 del 31 Dicembre 2023 e termina alle ore 24.00 del 31 Dicembre 2025.

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

Art. 2 Obblighi della Federazione

Il Contraente 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 Collegio consultivo tecnico

La decisione di ogni controversia che dovesse insorgere in relazione a validità, interpretazione, esecuzione e/o scioglimento della presente Convenzione sarà rimessa ad un Collegio consultivo tecnico composto da tre arbitri, dei quali uno nominato da ciascuna delle parti e il terzo di comune accordo dai primi due. Tale attività dovrà essere effettuata entro 10 gg dalla stipula della presente convenzione.

Salvo quanto espressamente previsto dagli artt. 806 e seguenti c.p.c., competerà agli arbitri regolare la procedura arbitrale nel modo che sarà dagli stessi ritenuto più opportuno in relazione alla natura della controversia, ma sempre nel rigoroso rispetto del principio del contraddittorio, e disporre in ordine alle spese.

Si rimanda per ogni valutazione all'allegato V2 di cui all'art. 215 comma 1 del Dlgs 26/2023.

Art. 4 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker SDM Broker s.r.l. e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker SDM Broker s.r.l. il quale tratterà con l'Impresa Assicuratrice. Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker si intenderanno come fatte all'Impresa.

L'opera del broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato assicurativo dalle Compagnie di assicurazione aggiudicatrici della presente Convenzione con un'aliquota provvigionale del xxx da applicarsi ai premi imponibili della Convenzione.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker, anche per il tramite dei suoi Collaboratori del cui operato espressamente risponde, si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2005.

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE AFFILIATE E DEI SUOI TESSERA

DEFINIZIONI

Assicurato: la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dalla Contraente alla Società.

Tesserato: ogni singolo soggetto od Ente iscritto o aderente alla Contraente.

Contraente: la FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA (F.G.I.).

Beneficiari: l'assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato.

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

Massimale: è l'importo massimo della prestazione della Società.

Scoperto: è l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri.

Infortunio: ogni evento 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.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale munito di specifico diploma.

Ambulatorio: la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Istituto di cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati, non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Trattamento chirurgico: provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Day Hospital: struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

Atleti Agonisti (GOLD): Tesserati alla Federazione che svolgono l'attività sportiva competitiva di alto livello organizzata dalla Federazione, dai suoi organi centrali o periferici, dalle società affiliate.

Atleti Agonisti (SILVER): Tesserati alla Federazione che svolgono l'attività sportiva competitiva di base organizzata dalla Federazione, dai suoi organi centrali o periferici, dalle società affiliate.

Atleti Non Agonisti (salute e fitness e ginnastica per tutti): Tesserati alla Federazione che svolgono l'attività sportiva organizzata dalla Federazione, dai suoi organi centrali o periferici, dalle società affiliate senza partecipare a gare o competizioni.

Dirigenti: Dirigenti, Membri dei Comitati Regionali e Presidenti di Società Affiliate.

Ufficiali di gara: Ufficiali di Gara, Segretari di Gara, Direttori di Gara, Membri delle Commissioni Tecniche Agonistiche e Funzionali, Membri dei Comitati Settore Agonistico e Membri dell'equipe sanitaria.

Tecnici: Tecnici, Allenatori e Istruttori.

Soggetti A: Dirigenti, Membri dei Comitati Regionali e Presidenti di Società Affiliate, Ufficiali di Gara, Segretari di Gara, Direttori di Gara, Membri delle Commissioni Tecniche Agonistiche e Funzionali, Membri dei Comitati Settore Agonistico e Membri dell'equipe sanitaria, Tecnici, Allenatori e Istruttori.

Soggetti B: Presidente Federale, Consiglieri Federali, Segretario Generale, Revisori dei Conti, Commissione Federale di Garanzia, Ufficio Procuratore Federale e Componenti Organi di Giustizia.

Atleti Nazionali: Ginnasti facenti parte delle Squadre Nazionali presenti nell'apposito elenco fornito dal Contraente.

Atleti Nazionali Juniores: Ginnasti facenti parte delle Squadre Juniores Nazionali presenti nell'apposito elenco fornito dal Contraente.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 5 Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione, a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali F.G.I. abbia ufficialmente aderito.

Art. 6 Assicurazioni per conto altrui

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

Art. 7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato 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 (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 8 Aggravamento del rischio

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

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

Art. 9 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 10 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio

Premesso che:

- i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva Sezione Premi;
- 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;

si conviene che:

- il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio verrà effettuato sulla base degli effettivi assicurati previsti alla Sezione Premi.

Entro la data del 31.03 di ciascun anno il 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 e passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate o compensate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione.

Art. 11 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 frazionamento sarà trimestrale con scadenze 31/12, 31/03, 30/06 e 30/09.

Il rapporto assicurativo per ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui consegna il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 12 *"Titoli che danno diritto all'assicurazione"* della presente Sezione, e scadrà alle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza del tesseramento stesso.

Si precisa che la decorrenza delle coperture avrà effetto dall'ora indicata sulla tessera in caso di registrazione effettuata tramite portale on-line, quindi certificata dalla Federazione. Ogni verifica potrà essere richiesta dall'Impresa Assicuratrice, tramite il Broker, al Contraente.

Tenuto conto che il Contraente può effettuare il tesseramento dal 01.09 di ogni anno, a parziale deroga del comma precedente, per coloro che si tessereranno per la prima volta alla Contraente nel periodo 01/09 – 31/12 le coperture assicurative si intenderanno valide anche per l'anno successivo a quello di tesseramento. Pertanto, la copertura assicurativa potrà avere una durata massima di sedici mesi e quindici giorni.

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

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del 31 Dicembre 2023 anche se la prima rata di premio non è stata pagata.

Per il pagamento di tutte le rate previste è concesso il termine di rispetto di 75 giorni.

Trascorso tale termine, senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

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

L'assicurazione vale pregiudizialmente, solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi della legge dello Statuto e dei Regolamenti della FEDERAZIONE, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti dalla FEDERAZIONE stessa, e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dalla organizzazione della FEDERAZIONE.

Art. 12 Titoli che danno diritto all'assicurazione

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

- la Tessera nominativa della F.G.I. ovvero il modulo di tesseramento, contenente il nominativo, regolarmente datato e vidimato dal Comitato Regionale/Delegazione Regionale di appartenenza;
- per gli Atleti Nazionali e Nazionali Juniores la presenza nominativa in apposito elenco inviato alla Società a cura della Contraente;
- per i Tecnici ed i Giudici in possesso di doppia qualifica oltre la tessera è la presenza sia nell'Albo Tecnico che nell'elenco Giudici in soprannumero rispetto all'Albo Federale dei Giudici;
- affiliazione alla F.G.I. per le Società.

Le Tessere verranno rilasciate a cura della F.G.I. a mezzo dei suoi organi periferici (Comitati regionali/Delegazioni Regionali, provinciali) e dalle Società affiliate da questa specificatamente autorizzate attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Art. 13 Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Società entro 30 giorni dall'evento ovvero dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli art.1913 e 1915 del Codice Civile.

Si precisa che la denuncia dovrà essere effettuata direttamente alla SDM Broker tramite raccomandata o tramite mail e pertanto i dati relativi alle singole denunce verranno trasmessi alla Compagnia dal Broker.

Art. 14 Oneri fiscali

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

Art. 15 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 16 Rinvio alle norme di legge ed Interpretazione del contratto

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge vigenti. Gli Assicuratori non sono tenuti a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga gli Assicuratori, la loro capogruppo o la loro controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

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

Art. 17 Recesso

In caso di mancato accordo tra le parti ai sensi di quanto previsto in tema di revisione dei prezzi di cui al capitolato -schema di contratto, l'Affidatario può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di revisione dei prezzi presentata dall'Affidatario, ovvero, entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della controproposta della Stazione Appaltante. Qualora alla data di effetto del recesso la FGI non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Affidatario s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni. La Stazione Appaltante provvede a corrispondere l'integrazione del premio entro trenta giorni. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati relativi alle "informazioni sui sinistri" riferiti fino a 2 mesi antecedenti a quello di esercizio del recesso.

(per informazioni sui sinistri si intende):

- il numero del sinistro attribuito dal Fornitore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la tipologia dell'evento,
- la tipologia di indennizzo e stato del sinistro

Inoltre il Fornitore si impegna a fornire semestralmente l'elenco completo dei sinistri senza seguito, corredato da relativa motivazione e data di chiusura; annualmente invece sarà tenuto a fornire il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata

Art. 18 Risoluzione del contratto

La Stazione Appaltante può risolvere il contratto, oltre che nei casi contemplati dall'art. 122 del d.lgs. n. 36/2023, anche nelle ipotesi di seguito elencate.

In tutti i casi di risoluzione del contratto l'Impresa Assicuratrice ha diritto soltanto al pagamento delle prestazioni relative ai servizi e alle forniture regolarmente eseguiti.

Nelle ipotesi successivamente elencate, ogni inadempienza agli obblighi contrattuali sarà specificamente contestata dalla Federazione a mezzo di comunicazione scritta, inoltrata via PEC al domicilio eletto dall'Impresa Assicuratrice. Nella contestazione sarà prefissato un termine non inferiore a 5 giorni lavorativi per la presentazione di eventuali osservazioni; decorso il suddetto termine, la Contraente, qualora non ritenga valide le giustificazioni addotte, ha facoltà di risolvere il contratto nei seguenti casi:

- frode nella esecuzione dell'appalto;
- mancato inizio dell'esecuzione dell'appalto nei termini stabiliti dal presente Capitolato;
- manifesta incapacità nell'esecuzione del servizio appaltato;
- inadempienza accertata alle norme di legge sulla prevenzione degli infortuni e la sicurezza sul lavoro;
- interruzione totale del servizio verificatasi, senza giustificati motivi, per 60 giorni anche non consecutivi nel corso dell'anno di durata del contratto;
- reiterate e gravi violazioni delle norme di legge e/o delle clausole contrattuali, tali da compromettere la regolarità e la continuità dell'appalto;
- cessione del Contratto, anche parziale, al di fuori delle ipotesi previste;
- utilizzo del personale non adeguato alla peculiarità dell'appalto;
- concordato preventivo, fallimento, stato di moratoria e conseguenti atti di sequestro o di pignoramento a carico dell'aggiudicatario;
- inottemperanza agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 13 agosto 2010, n. 136;
- ogni altro inadempimento che renda impossibile la prosecuzione dell'appalto, ai sensi dell'art. 1453 del codice civile.

Ove si verificano deficienze e inadempienze tali da incidere sulla regolarità e continuità del servizio, la Contraente potrà provvedere d'ufficio ad assicurare direttamente, a spese dell'aggiudicatario, il regolare funzionamento del servizio. Qualora si addivenga alla risoluzione del contratto, per le motivazioni sopra riportate, l'Impresa Assicuratrice, oltre alla immediata perdita della cauzione, sarà tenuto al risarcimento di tutti i danni, diretti ed indiretti ed alla corresponsione delle maggiori spese che la Federazione dovrà sostenere per il rimanente periodo contrattuale.

Per ulteriori valutazioni, si rimanda allo "Schema del Contratto"

Art. 19 Foro competente

Per ogni controversia inerente questo contratto foro competente sarà quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 20 Dichiarazioni della Società

La Società dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato.

Art. 21 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Art. 22 Modifiche contrattuali

Potranno essere effettuate secondo quanto previsto nello “Schema di Contratto”.

Art. 23 Responsabilità civile del soggetto

La FGI è sollevata e manlevata da ogni e qualsivoglia responsabilità derivante, connessa o conseguente a prestazioni eseguite dal soggetto individuato in attuazione dell’incarico oggetto del contratto, restando esclusivamente il soggetto individuato stesso responsabile, anche verso terzi, per i danni a persone o cose che dovessero verificarsi in esecuzione del contratto medesimo.

Art. 24 Penali

La FGI avrà facoltà di dichiarare immediatamente ed automaticamente risolto di diritto il contratto stesso come dall’art. 18 (Risoluzione del contratto).

Per le penali, si rimanda allo “Schema del Contratto”.

SEZIONE INFORTUNI

Art. 25 Soggetti Assicurati

L’assicurazione vale per tutti i Tesserati e Soggetti B della Federazione Ginnastica d’Italia.

Art. 26 Oggetto del rischio

La copertura si intende operante a favore di tutti gli iscritti alla Federazione Ginnastica d’Italia durante la pratica di attività Sportive, Sociali, Culturali e del tempo libero purché svolte sotto l’egida della Federazione stessa. L’assicurazione vale anche durante gli allenamenti, le competizioni e/o gare, ritiri e/o stages di preparazione e l’attività agonistica nazionale ed internazionale. Tale copertura sarà valida per qualsiasi tipo di attività rientrante negli scopi del contraente e delle società ad esse affiliate in occasioni di riunioni, incarichi, missioni documentabili attraverso verbali con data certa. Per i soggetti A e B la copertura è rientrante per tutte le attività relative al rischio mandato. È compreso il rischio in itinere secondo le seguenti modalità:

- Tragitto andata e ritorno dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro per allenamento, gara o manifestazione (comunque con un massimo di due ore);
- Tragitto andata e ritorno dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro per le attività istituzionali a cui è chiamato a partecipare (valida per i soggetti A e B);
- Durante le trasferte per gare, allenamenti e ritiri fuori sede.

Il rischio in itinere sarà operante sempreché alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro.

Art. 27 Estensioni di garanzia

Sono considerati infortuni:

- 1) l’asfissia non di origine morbosa;
- 2) l’annegamento;
- 3) l’assideramento o il congelamento;
- 4) i colpi di sole o di calore, influenze termiche ed atmosferiche;
- 5) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti;

- 6) le ernie addominali traumatiche;
- 7) le conseguenze di strappi muscolari;
- 8) le punture di insetti (escluso la malaria) morsi di rettili e animali;
- 9) il contatto accidentale con corrosivi;
- 10) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- 11) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 12) gli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche
- 13) nel caso di morte di un soggetto 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 pari o superiore al 50%;
- 14) al soggetto assicurato che non abbia compiuto il quattordicesimo anno d'età alla data dell'infortunio sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito;
- 15) nel caso di avvelenamento acuto da ingestione o assorbimento involontario di sostanze che comporti almeno un ricovero con pernottamento in istituto di cura ed a seguito di relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate;
- 16) qualora l'infortunio, a causa dell'entità delle lesioni, determini l'impossibilità di frequentare lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporta la perdita dell'anno scolastico, al soggetto assicurato è corrisposto un indennizzo incrementato del 20%.

Art. 28 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 38 – Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- g) da guerra e insurrezioni;
- h) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- i) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- j) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

Art. 29 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. 37 – Criteri di indennizzabilità.

Art. 30 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Compagnie per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, invalidità permanente, ed indennità di ricovero, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

Art. 31 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sintomi e disturbi mentali organici.

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

Art. 32 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. 33 Infortuni determinati da calamità naturali

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

- In caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del Ramo Infortuni raccolti nell'anno precedente l'evento, rilevabile nel relativo bilancio di esercizio.

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

Art. 34 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di euro 6.000.000,00.

Art. 35 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. 36 Limite di età

La copertura è prestata senza limiti di età.

Art. 37 Criteri di indennizzabilità

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

In caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 38 Rischio volo

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

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

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

Euro 5.200.000,00 per il caso morte,

Euro 5.200.000,00 per il caso invalidità permanente,

Euro 5.200,00 al giorno per il caso inabilità temporanea;

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

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

Art. 39 Prestazioni

- **Morte:** la somma assicurata per il caso di morte viene liquidata purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto. Tale somma viene liquidata agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno dopo la scomparsa, l'arenamento, l'affondamento od il naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico o privato, non escluso dalle condizioni di polizza, verrà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.
- **Invalidità permanente:** Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella Lesioni". Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita

anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Precisazioni:

- Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche e le fratture spontanee.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato).
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro dodici 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 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 sopra riscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.

Art. 40 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. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

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

Art. 41 Invalidità permanente – anticipo indennizzo

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

Art. 42 Invalidità permanente – franchigia assoluta

Sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti negli art. 37 e 39, non supera:

- Categoria "1" (Atleta Agonista GOLD, Soggetti A e B): il 5%; qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5% ed inferiore al 15%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.
- Categoria "2" (Atleta Agonista SILVER Top): il 7%; qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 7% ed inferiore al 15%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.
- Categoria "3" (Atleta Agonista SILVER Base e Atleta non Agonista): il 9%; qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 9% ed inferiore al 15%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti pari o superiore al 15% la franchigia si intenderà annullata e l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla percentuale di invalidità.

Le norme regolate nel presente articolo non trovano applicazione per i ginnasti appartenenti alle categorie Atleti Nazionali ed Atleti Nazionali Juniores.

Art. 43 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

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

Art. 44 Pagamento dell'indennità

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

Art. 45 Rimborso Spese Mediche

Entro il limite della somma assicurata a questo titolo, la Società rimborsa le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio che comporti intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o

applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.) per:

- trasporto dell'Assicurato con ambulanza o altro mezzo all'Istituto di cura e viceversa;
- onorari medici (chirurgo, aiuto, assistente anestesista) e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- farmaci;
- esami di laboratorio, diagnostici e fisioterapici;
- rette di degenza;
- protesi ed apparecchi ortopedici applicati durante il ricovero.

La Compagnia rimborsa altresì le spese extra ricovero (solo nel caso in cui dall'infortunio occorso sia residua all'Assicurato una invalidità permanente accertata e liquidata a termini della presente polizza o che ci sia stato un riconoscimento dell'infortunio refertato da un Pronto Soccorso) con prescrizione medica specifica per:

- a) Accertamenti diagnostici;
- b) Prestazioni mediche ed infermieristiche specialistiche;
- c) Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- d) 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;

Sono comprese le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori con un massimale di 500,00 euro.

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

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 100,00 per evento.

Per gli Atleti Nazionali e Nazionali Juniores le cui spese di cura sono state sostenute e/o rimborsate dal Contraente si provvederà alla liquidazione direttamente al Contraente dietro presentazione di fatture, notule ovvero delibera di rimborso a favore dell'assicurato; inoltre sono comprese, solo per due categorie di atleti sopra indicati, le spese sostenute in presenza di patologie infortunistiche degenerative preesistenti con un sub massimale di 3.000,00 euro.

Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di 2.000,00 € per anno e per persona ed un massimo di € 50,00 per singola prestazione, il massimale si riduce a 1.000,00 € per anno e per persona per gli assicurati quali Atleti Agonisti, Atleti Salute e Fitness e Soggetti A.

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

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

Art. 46 Denuncia degli infortuni

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

- a) Darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice civile. La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.lgs. n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Compagnia legittimo impedimento alla trattazione del sinistro;
- b) Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- c) Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;
- d) Consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

Art. 47 Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e/o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Art. 48 Descrizione del rischio

L'assicurazione è prestata a favore di tutti i tesserati, società affiliate e della Federazione, comprese le strutture periferiche per tutte le attività inerenti all'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative, sono comprese le attività di allenamento, di corsi, manifestazioni sportive, ricreative, culturali, di gare, organizzate dalla Federazione per conto proprio, dei comitati, delle delegazioni territoriali e delle società sportive affiliate.

Art. 49 Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenne:

- il Contraente, le sue strutture;
- i tesserati alla F.G.I.;
- le Società affiliate alla F.G.I.;

per quanto siano tenute a pagare ai sensi di legge a titolo di risarcimento capitale, interessi e spese per danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'Assicurazione.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare ai sopracitati soggetti da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

L'assicurazione vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 Giugno 1984 nr. 222.

Art. 50 Limiti Territoriali

La presente assicurazione vale per i danni che avvengono nel Mondo intero.

Non saranno risarciti i danni derivanti da condanne punitive e/o esemplari.

Art. 51 Responsabilità civile personale

L'assicurazione si estende alla responsabilità civile personale derivante ai tesserati partecipanti alle manifestazioni sportive, ricreative e culturali, comprese le attività di allenamento, di corsi, di gare organizzate dal Contraente e dai Comitati Provinciali, Regionali e dalle Società Sportive affiliate, per danni involontariamente cagionati a terzi ai sensi di legge.

La presente estensione di garanzia è prestata entro i limiti della normativa e dei massimali convenuti per l'assicurazione di R.C.T. per danni a terzi, e, ove sia operante, di R.C.O. per danni a prestatori di lavoro. In ogni caso i massimali per sinistro della R.C.T. e della R.C.O. convenuti in polizza restano il limite entro cui la Società può essere chiamata a rispondere anche in caso di corresponsabilità dei soggetti sopra menzionati con l'Assicurato o fra di loro.

Art. 52 Novero dei terzi

Non sono considerati terzi i prestatori di lavoro - dipendenti e non dipendenti - nei confronti dei quali il Contraente, le sue strutture e le Società affiliate alla F.G.I. siano tenute all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L., quando subiscano il danno in occasione di servizio.

Sono considerati Terzi fra di loro:

- i Tesserati, ed i Tesserati stessi aderenti alla F.G.I. nei confronti di quest'ultima, dei Comitati Regionali, Provinciali e delle Società affiliate;
- il coniuge, i genitori, i figli degli Assicurati, nonché qualsiasi parente o affine con essi convivente, esclusivamente nel caso in cui, pur sussistendo i precedenti rapporti, il danno si sia verificato durante l'effettivo svolgimento delle attività per cui è operante la garanzia ed alle quali partecipano contemporaneamente danneggiante e danneggiato.

Art. 53 Altre assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e di limiti

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

a) se il rischio non fosse garantito nelle predette altre assicurazioni ma lo fosse in base alle garanzie prestate con la presente Polizza a favore dell'Assicurato stesso, saranno operanti per quel rischio i capitali e/o massimali e le condizioni previsti in quest'ultima, come se le predette altre assicurazioni non esistessero;

b) se il rischio fosse garantito e liquidato in base alle predette altre assicurazioni ma i massimali e/o capitali o le somme in esse previsti fossero insufficienti a coprire l'intero danno, la presente Polizza risarcirà l'Assicurato per la sola parte di danno eccedente quella risarcita a norma delle predette altre assicurazioni, nei limiti ed alle condizioni tutte della presente Polizza.

Art. 54 Gestione delle vertenze e spese di resistenza

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile sia penale, a nome dell'Assicurato, designando, previa intesa

con lo stesso, ove occorra, legali e/o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti od azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa dal danneggiato contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali e/o tecnici che non siano designati nelle modalità di cui sopra e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.

Art. 55 Esclusioni

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

- a) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- b) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti o azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il 16° anno di età;
- c) alle opere in costruzione e alle cose sulle quali si eseguono i lavori;
- d) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo e sia suscettibile di sfruttamento;
- e) da furto;
- f) alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
- g) provocati da soggetti diversi dai dipendenti, borsisti, corsisti, stagisti, della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;
- h) alle cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- i) alle cose trovatisi nell'ambito di esecuzione dei lavori;
- j) cagionati da opere e installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori;
- k) cagionati da prodotti e cose in genere dopo la consegna a terzi;
- l) a condutture e impianti sotterranei e subacquei; a fabbricati e a cose dovuti ad assestamento, cedimento, franamento, vibrazioni del terreno, da qualsiasi causa determinati;
- m) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
- n) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli artt.1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile.
- o) da detenzione o impiego di esplosivi;
- p) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.)
- q) da amianto.

Art. 56 Franchigia

L'assicurazione si intende prestata previa detrazione di Euro 250,00 per ogni sinistro che comporti danni a cose.

**SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO
(R.C.O.)**

Art. 57 Soggetti assicurati

L'Assicurazione si obbliga a tenere indenne la Federazione, le sue strutture, i tesserati e le società affiliate, purché in regola, al momento del sinistro, con gli obblighi dell'assicurazione di legge e quando svolgono attività organizzate F.G.I.

Art. 58 Oggetto dell'assicurazione -Responsabilità Civile verso figure soggette all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. (R.C.O.)

La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile verso i prestatori di lavoro subordinato da lui dipendenti, i prestatori di lavoro parasubordinati e quelli appartenenti all'area dirigenziale, siano essi:

1) ai sensi degli artt.10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 e dell'art.13 del D.lgs. 23/02/2000 n.38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti e risultanti a libro paga o da lavoratori parasubordinati assicurati ai sensi dei predetti D.P.R. e D.lgs. ed addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;

2) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 e del D. Lgs. 23/02/2000 n.38, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali da infortunio dalle quali **sia derivata un'invalità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle di cui agli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124.**

La garanzia vale altresì per gli infortuni subiti da titolari, soci e familiari coadiuvanti limitatamente alle somme richieste dall'INAIL, mediante l'azione di rivalsa ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965.

L'assicurazione R.C.O. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

Art. 59 Estensione malattie professionali

A parziale deroga delle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione la garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) è estesa al rischio delle malattie professionali (escluse asbestosi e silicosi) tassativamente indicate nelle tabelle allegate al D.P.R. n.1124 del 30 giugno 1965, o contemplate dal D.P.R. del 9 giugno 1975 n.482 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni, in vigore al momento del sinistro, nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali dalla Magistratura.

L'estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino in data posteriore a quella della stipulazione del presente documento e siano conseguenza di fatti colposi commessi dall'Assicurato o da persone delle quali deve rispondere, verificatisi durante il tempo dell'assicurazione.

L'estensione non ha effetto per le malattie che si manifestino dopo 12 mesi dalla data di cessazione della polizza o della data di cessazione del rapporto di lavoro.

Ferme, in quanto compatibili, le Condizioni Generali di assicurazione in punto di denuncia dei sinistri, l'Assicurato ha l'obbligo di denunciare senza ritardo alla Società l'insorgenza di una malattia professionale rientrante nella garanzia e di fare seguito, con la massima tempestività, con le notizie, documenti e gli atti relativi al caso denunciato.

Art. 60 Esclusioni

La presente garanzia non comprende unicamente i danni:

- da detenzione od impiego di esplosivi;
- verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, né per i danni da campi elettromagnetici;
- verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;
- direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni;
- causato o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.

Art. 61 Denuncia dei sinistri e obblighi dell'assicurato

Il Contraente e le sue strutture devono fare denuncia alla Società soltanto degli infortuni per i quali ha luogo l'inchiesta giudiziaria a norma della legge infortuni.

Inoltre, se per l'infortunio viene iniziato procedimento penale, deve darne avviso alla Società appena ne abbia notizia.

La Società ha diritto di avere in visione i documenti concernenti sia l'assicurazione obbligatoria sia l'infortunio denunciato in relazione all'assicurazione stessa che abbia dato luogo al reclamo per responsabilità civile.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI GESTIONE IMPIANTI

(Estensione della Sezione Responsabilità Civile verso Terzi)

Art. 62 Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per il Contraente, per le sue strutture Regionali e Provinciali e per le Società affiliate alla F.G.I. quando svolgono attività inerenti l'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative rientranti negli scopi del Contraente.

Art. 63 Collaboratori

La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione nei confronti delle persone che non essendo alle dirette e regolari dipendenze svolgano la loro opera quali collaboratori inquadrati nelle forme consentite dalle leggi vigenti o comunque addetti e volontari, con mansioni di qualunque natura, all'organizzazione di gare, manifestazioni e attività sportive in genere.

Art. 64 Danni da sospensione od interruzione di esercizio

La garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni arrecati a terzi in conseguenza di interruzione o sospensione totale o parziale di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi. A condizione però che tali danni siano la conseguenza di morte o di lesioni personali o di danneggiamenti a cose risarcibili a termini di polizza.

La presente estensione di garanzia viene prestata nell'ambito del massimale pattuito in polizza, con un limite pari al 20% del massimale stesso.

Art. 65 Danni da incendio

A parziale deroga di quanto stabilito nelle esclusioni, la garanzia comprende la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per i danni di cose da terzi causati da incendio di cose di sua proprietà o da lui detenute ferma l'esclusione dei danni alle cose che l'assicurato abbia in consegna o detenga a qualsiasi titolo.

Qualora l'Assicurato abbia in corso coperture assicurative prestate con rischio accessorio a polizza del ramo incendio la presente estensione di garanzia opera in eccedenza a tale copertura.

La garanzia viene prestata nell'ambito del massimale di polizza con il limite del 20% del massimale stesso.

Art. 66 Danni a cose in consegna e custodia

A parziale deroga di quanto stabilito nelle esclusioni, la garanzia comprende i danni alle cose che l'Assicurato abbia in consegna e/o custodia.

Sono comunque esclusi:

- i danni alle cose costituenti oggetto diretto dei lavori e delle attività descritte in polizza;
- i danni ai beni strumentali utilizzati per l'attività assicurata.

A parziale deroga di quanto previsto, la presente garanzia è prestata con uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo di € 150,00, fermo restando che la Società non risponde oltre il 20% del massimale assicurato per uno o più sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo.

Art. 67 Servizi complementari di impianti sportivi

La garanzia comprende il rischio della proprietà e/o conduzione di impianti sportivi in genere anche per danni subiti dai Soci e/o frequentatori degli impianti stessi.

Art. 68 Parchi

La garanzia comprende il rischio della proprietà e/o conduzione di parchi alberati e/o aree verdi, compresa la manutenzione degli stessi, anche se effettuata attraverso Ditte e/o persone non alle dipendenze e con l'uso di macchine e attrezzi sia di proprietà dell'Assicurato che di terzi.

Art. 69 Estensione di garanzia

A maggiore precisazione e/o estensione dell'oggetto dell'assicurazione si conviene che sono comprese in garanzia i sottoelencati rischi e/o attività anche cedute in appalto con l'intesa che in tal caso la garanzia comprende solo la R.C. dell'appaltante.

- servizio pubblicitario tramite insegne, cartelli e striscioni;
- organizzazione o partecipazione ad esposizioni, fiere, mostre, mercati, congressi e convegni, compresi l'allestimento e lo smontaggio;
- servizio mense, bar, ristoranti, compresa la somministrazione di cibi e bevande;
- operazioni di progettazione, montaggio, collaudo, manutenzione, riparazione e installazione degli impianti dell'Assicurato;
- conduzione, manutenzione, pulizia, riparazione e proprietà dei fabbricati in cui si svolge l'attività;
- servizio di vigilanza effettuato anche con guardiani armati e con cani, anche fuori dal recinto dello stabilimento;
- servizio antincendio aziendale, anche in occasione di eventuale intervento al di fuori dell'area dell'azienda e/o circolo;
- proprietà ed uso, anche all'esterno dell'azienda e/o circolo, di velocipedi e ciclo furgoncini senza motore;

- operazione di prelievo e/o consegna merci e materiali, comprese le operazioni di carico e scarico.
- servizi sanitari prestati in ambulatori, infermerie e posti di pronto soccorso, siti all'interno dei complessi sportivi, compresa la responsabilità personale dei sanitari e del personale ausiliare addetto purché tesserato.
- esercizio di uffici, depositi, magazzini e dalle attrezzature ivi esistenti, ovunque ubicati sul territorio italiano purché inerenti all'attività dichiarata in polizza, esclusa la responsabilità civile professionale derivante dall'attività svolta negli stessi.
- proprietà o esercizio delle attrezzature, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva compresi tribune, stadi e piscine.
- L'assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'Art.2049 del Codice civile per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti in relazione alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà od in usufrutto dell'Assicurato od allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati. La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati, alle persone trasportate.

È fatto salvo in ogni caso il diritto di surrogazione della Società nei confronti dei responsabili.

Questa specifica estensione di garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa di Euro 260,00 per ogni sinistro e vale nei limiti territoriali dello Stato Italiano, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. Per la garanzia di cui al presente articolo non vale, quindi, l'eventuale estensione territoriale ad altri paesi.

Art. 70 Franchigia assoluta

L'assicurazione si intende prestata previa detrazione di Euro 250,00 per ogni sinistro per la Federazione e le strutture periferiche, elevata a Euro 2.500,00 per le società affiliate; per queste ultime si dà la possibilità di eliminare tale franchigia con il pagamento di un premio annuale lordo di 50,00 euro, da fare effettuare tramite broker.

Eventuali rivalse verranno effettuate nei confronti delle società affiliate o dei tesserati, esonerando la Federazione da qualsiasi obbligo.

PERSONALE NON TESSERATO, ADDETTO A GARE O MANIFESTAZIONI

Le garanzie infortuni, con i massimali previsti per i Soggetti A, sono estese in seguito a richiesta scritta a:

- personale non tesserato addetto a gare e/o manifestazioni;
- la comunicazione (a mezzo mail) degli elenchi devono essere forniti 24 ore prima della manifestazione o gare, pena l'esclusione dalla copertura assicurativa.

SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI AD ADESIONE

Art. 1 INT Oggetto della garanzia

È data facoltà ai singoli tesserati, con la presente polizza, che ne facciano espressa richiesta e ne onorino il relativo premio, di integrare le coperture previste nella presente convenzione.

Art. 2 INT 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 e-mail indirizzo info@sdmbroker.it;

Art. 3 INT 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.

Il broker, provvederà trimestralmente ad indicare il numero delle adesioni ricevute, a fronte delle quali, verrà emessa appendice con premio da perfezionare.

Art. 4 INT Somme Assicurate

Le somme garantite si intenderanno quelle indicate nella successiva sezione “Garanzia Integrativa ad Adesione”. Tali somme si intendono in aumento a quelle previste dalla copertura di riferimento.

Art. 5 INT Premi

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

Art. 6 INT Garanzia Integrativa ad adesione per i tesserati:

- Integrativa “A”: euro 8,00 (aggiunge i seguenti massimali alle garanzie già previste dal tesseramento alla F.G.I.):
 - Morte: euro 20.000,00
 - I.P.: euro 20.000,00 (franchigia di riferimento)
 - Diaria ricovero: euro 25,00
- Integrativa “B”: euro 25,00 (aggiunge i seguenti massimali alle garanzie già previste dal tesseramento alla F.G.I.):
 - Morte: euro 20.000,00
 - I.P.: euro 70.000,00 (franchigia di riferimento)
 - Diaria ricovero e da gessatura: euro 25,00

Art. 7 INT Indennità giornaliera da ricovero per infortunio

Qualora in caso di infortunio, l’Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura, la Società liquida un’indennità giornaliera di euro 25,00, per un periodo massimo di 300 giorni – anche non consecutivi – da quello dell’infortunio. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In caso di day hospital, la Società liquida una speciale indennità pari al 50% della indennità giornaliera prevista per il caso di ricovero in istituto di cura.

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo dovuto, da imputarsi nella liquidazione definitiva dello stesso, su presentazione dei documenti che attestino e giustificano il ricovero fermi i limiti suddetti.

In caso di prolungarsi della degenza, la richiesta dell'anticipo può essere presentata con cadenza mensile. Detta indennità non si cumula con quella eventualmente prevista per "indennità giornaliera da ingessatura".

Art. 8 INT Indennità giornaliera da Ingessatura

Qualora in caso di infortunio all'Assicurato venga applicato apparecchio gessato, la Società liquida un'indennità giornaliera di euro 25,00, fino alla rimozione dell'apparecchio gessato, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate. Tale indennità viene riconosciuta per un periodo massimo di 40 giorni.

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo dovuto, da imputarsi nella liquidazione definitiva dello stesso, su presentazione dei documenti che attestino e giustificano l'applicazione di apparecchi gessati fermi i limiti suddetti.

Detta indennità non si cumula con quella eventualmente prevista per "Indennità giornaliera da ricovero per infortunio" per il tempo di ricovero in Istituto di cura.

SEZIONE SOMME ASSICURATE

GARANZIA INFORTUNI

Atleti Agonisti (Gold e Silver Top), Soggetti A

Caso morte € 80.000,00

Caso invalidità permanente € 80.000,00

Rimborso spese mediche € 5.000,00

Atleti Agonisti (Silver Base), Atleti non Agonisti

Caso morte € 80.000,00

Caso invalidità permanente € 80.000,00

Atleti Nazionali Juniores

Caso morte € 150.000,00

Caso invalidità permanente € 150.000,00

Rimborso spese mediche € 10.000,00

Atleti Nazionali

Caso morte € 200.000,00

Caso invalidità permanente € 200.000,00

Rimborso spese mediche € 10.000,00

Soggetti B

Caso morte € 300.000,00

Caso invalidità permanente € 300.000,00

Rimborso spese mediche € 10.000,00

GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Tutti i tesserati

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

Società affiliate

per ogni sinistro € 2.500.000,00

ma con il limite per ogni persona danneggiata di € 2.500.000,00

e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di € 2.500.000,00

Contraente

per ogni sinistro € 5.000.000,00

Ma con il limite per ogni persona danneggiata di € 5.000.000,00

e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di € 5.000.000,00

GARANZIA RESPONSABILITÀ VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

Contraente, Società Affiliate

per ogni sinistro € 1.000.000,00

Ma con il limite per ogni persona danneggiata di € 1.000.000,00