



Federazione
Italiana
Sport
Equestri

CHARTIS 

**CONVENZIONE MULTIRISCHI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI,
A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA SPORT EQUESTRI,
DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI E DEI SUOI TESSERATI**

Sommario

CONVENZIONE ASSICURATIVA	4
<i>Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione</i>	4
<i>Art. 2 Obblighi della Federazione</i>	4
<i>Art. 3 Foro competente - clausola arbitrale</i>	4
<i>Art. 4 Clausola Broker</i>	5
REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE	6
DEFINIZIONI.....	6
NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	9
<i>Art. 5 Manifestazioni unitarie</i>	9
<i>Art. 6 Assicurazioni per conto altrui</i>	9
<i>Art. 7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio</i>	9
<i>Art. 8 Aggravamento del rischio</i>	9
<i>Art. 9 Diminuzione del rischio</i>	9
<i>Art. 10 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio</i>	9
<i>Art. 11 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia</i>	10
<i>Art. 12 Titoli che danno diritto all'assicurazione</i>	10
<i>Art. 13 Denuncia dei sinistri</i>	11
<i>Art. 14 Oneri fiscali</i>	11
<i>Art. 15 Modifiche dell'Assicurazione</i>	11
<i>Art. 16 Rinvio alle norme di legge</i>	11
<i>Art. 17 Interpretazione del Contratto</i>	11
<i>Art. 18 Rescissione del contratto</i>	11
<i>Art. 19 Foro competente</i>	11
<i>Art. 20 Dichiarazioni della Società</i>	11
<i>Art. 21 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte</i>	11
SEZIONE INFORTUNI	12
<i>Art. 22 Soggetti Assicurati</i>	12
<i>Art. 23 Oggetto del rischio</i>	12
<i>Art. 24 Estensioni di garanzia</i>	12
<i>Art. 25 Esclusioni</i>	13
<i>Art. 26 Esonero denuncia di infermità</i>	13
<i>Art. 27 Esonero denuncia altre assicurazioni</i>	14
<i>Art. 28 Rinuncia alla rivalsa</i>	14
<i>Art. 29 Persone non assicurabili</i>	14
<i>Art. 30 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari</i>	15
<i>Art. 31 Infortuni determinati da calamità naturali</i>	15
<i>Art. 32 Evento con pluralità di infortuni</i>	15
<i>Art. 33 Validità territoriale</i>	15
<i>Art. 34 Limite di età</i>	15
<i>Art. 35 Criteri di indennizzabilità</i>	15
<i>Art. 36 Rischio volo</i>	16
<i>Art. 37 Prestazioni</i>	16

<i>Art. 38 Invalidità permanente – franchigia assoluta</i>	18
<i>Art. 39 Controversie sulla natura degli infortuni</i>	18
<i>Art. 40 Pagamento dell'indennità</i>	19
<i>Art. 41 Estensioni speciali</i>	19
<i>Art. 42 Denuncia degli infortuni</i>	21
<i>Art. 43 Rinuncia al diritto di surrogazione</i>	21
<i>Art. 44 Oggetto della garanzia</i>	22
<i>Art. 45 Adesione alla formula integrativa</i>	22
<i>Art. 46 Decorrenza e scadenza della formula integrativa</i>	22
<i>Art. 47 Somme Assicurate</i>	22
<i>Art. 48 Premi</i>	22
<i>Art. 49 Invalidità Permanente – Franchigia assoluta</i>	22
<i>Art. 50 Invalidità Permanente – Franchigia assoluta</i>	23
<i>Art. 51 Rimborso Spese Mediche</i>	23
SEZIONE SOMME ASSICURATE	25
SEZIONE PREMI	26
<i>PREMI UNITARI</i>	26

**CONVENZIONE ASSICURATIVA
PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE
A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA SPORT EQUESTRI,
DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI E DEI SUOI TESSERATI**

Tra la **FEDERAZIONE ITALIANA SPORT EQUESTRI (F.I.S.E.)** e la Compagnia di Assicurazioni , designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Società**, viene stipulata la seguente convenzione per le garanzie contro Infortuni a favore Tesserati della F.I.S.E..

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 3, con inizio dalle ore 24 del 31 Dicembre 2011 e termina alle ore 24.00 del 31 Dicembre 2014 salvo la possibilità per le Parti di rescindibilità alla scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di almeno 90 giorni.

Art. 2 Obblighi della Federazione

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

Art. 3 Foro competente - clausola arbitrale

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 arbitrale composto da tre arbitri, dei quali uno nominato da ciascuna delle parti e il terzo di comune accordo dai primi due.

La Parte che intenda promuovere l'arbitrato notificherà all'altra, a mezzo Ufficiale Giudiziario, atto di nomina del proprio arbitro. L'altra parte, entro 20 giorni dal ricevimento della predetta notifica, a sua volta notificherà, a mezzo Ufficiale Giudiziario, atto di nomina dell'arbitro da lei designato. I due arbitri così nominati dalle parti designeranno, entro 20 giorni dalla notifica del atto di nomina del secondo arbitro, il terzo che presiederà il Collegio. Ove, nei predetti termini, le parti non provvedano alla nomina del proprio arbitro ovvero i due arbitri nominati dalle parti non si accordino per la designazione del terzo, provvederà, su istanza della parte più diligente, il presidente del Tribunale di Roma.

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.

Il Collegio, che avrà Sede in Roma, deciderà in via rituale e secondo diritto e dovrà pronunciare il lodo entro il termine di giorni 90 (novanta) dalla accettazione salvo proroga del termine.

Salvo quanto sopra convenuto, per le controversie non deferibili ad arbitri è competente in via esclusiva il foro di Roma.

Art. 4 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto per l'intera durata al Broker AON S.p.A. e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker AON S.p.A. 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.

**REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE
PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE
A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA SPORT EQUESTRI
DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI E DEI SUOI TESSERATI**

DEFINIZIONI

Assicurato:	la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa
Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Società:	Compagnia di Assicurazioni.
Premio:	la somma dovuta dalla Contraente alla Società
Tesserato:	ogni singolo soggetto od Ente iscritto o aderente alla Contraente
Atleta:	il tesserato che svolge l'attività sportiva rientrando negli scopi della Contraente a titolo agonistico, non agonistico, amatoriale o ludico
Dirigente	il soggetto tesserato con tale titolo
Tecnici	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
Contraente:	la FEDERAZIONE ITALIANA SPORT EQUESTRI (F.I.S.E.)
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 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
Soggetti A	Presidente, Segretario Generale, Consiglieri Federali, Dirigenti, Membri dei Comitati Regionali, Presidenti di Società Affiliate ed Aggregate, Giudici ed Ufficiali di Gara, Direttori ed Aiutanti Direttori di Campo, Veterinari Associati ed incaricati all'antidoping cavalli, Responsabili dei Dipartimenti Federali, Membri delle Commissioni Tecniche, Agonistiche e Funzionali della Federazione, Componenti degli Organi di Giustizia Sportiva, Capi Equipe, Istruttori e Tecnici di Disciplina, Operatori Tecnici di Base, Segretari di Concorso, Palafrenieri Federali, Maniscalchi Associati.

Soggetti B

Dipendenti CONI Servizi S.p.A., Dipendenti F.I.S.E., Collaboratori a progetto, Dipendenti e collaboratori di Società partecipate da F.I.S.E., Collaboratori tecnici della struttura centrale e periferica F.I.S.E..

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

Le differenze attive risultanti dalle regolazioni attive e passive devono essere pagate entro 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 rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento 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 al quindicesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzidetto.

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 31/12/2011, anche se la prima rata di premio non è stata pagata.

Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 70 giorni.

Trascorso tale termine, senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio comprensivo 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 e numerata della F.I.S.E.;
- ovvero
- gli elenchi nominativi forniti dalla Federazione per patenti promozionali, collettive, scolastiche e promocavalli con indicata la data di scadenza ;
- l'adesione alle formule integrative

Ai fini assicurativi i documenti sopra indicati sono equipollenti e qualificano il soggetto portatore come “Tesserato”, ai fini della presente Convenzione.

Per la F.I.S.E., i Soggetti A e B,, costituisce titolo il presente contratto.

Art. 13 Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato al Broker 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.

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

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

Art. 17 Interpretazione del Contratto

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

Art. 18 Rescissione del contratto

La Società può recedere dal contratto di assicurazione esclusivamente secondo quanto stabilito al precedente Articolo 1 *“Durata e decorrenza della Convenzione”* .

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.

SEZIONE INFORTUNI

Art. 22 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i tesserati (non Cavalli), ed i Soggetti A e B della Federazione Italiana Sport Equestri.

Art. 23 Oggetto del rischio

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 Sport Equestri, ivi compresi gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale e comprese le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara o allenamento.

La copertura è inoltre estesa alle altre attività fisiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, pesistica, 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 della Contraente e delle Società affiliate, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi missioni e relativi trasferimenti, compreso il rischio in itinere, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio della Contraente e/o delle Società affiliate.

L'assicurazione opera a condizione che le attività anzi descritte si svolgano secondo le modalità, i tempi e nelle strutture o nei luoghi previsti dal regolamento sportivo federale.

L'assicurazione opera anche in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggeri o in forma individuale, verso e da luogo di svolgimento delle attività di cui ai precedenti commi, esclusi gli incidenti verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque inosservanza delle norme che regolano il trasferimento.

L'assicurazione opera a condizione che l'infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato all'attività di cui ai precedenti commi, ed in data e orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione al termine dell'attività stessa

Art. 24 Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. 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. 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 anche gravi;

Art. 25 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. 35 – Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope;
- 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.);
- k) dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertate in base alle normative vigenti.

Art. 26 Esonero denuncia di infermità

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

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dall'art.35 Criteri di indennizzabilità.

Art. 27 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, lesione, ed indennità di ricovero, ad eccezion 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. 28 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. 29 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.

Si intendono comunque assicurati i Soggetti affetti dalle seguenti patologie:

Patologie psichiatriche:

Disturbi mentali come da assi 1, 2, 3 del DSM-IV;
Attention Deficit Hyperactive Disorder;

Patologie Neurologiche:

Patologie neuromotorie:
Paralisi cerebrale infantile;
Malattie degenerative del sistema nervoso adulto;
Patologie dismetaboliche e disgenetiche;
Miopatie e polineuropatie;
Mielopatie
Epilessia non in fase attiva;

Patologie osteoarticolari

Disturbi sensoriali

Art. 30 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. 31 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. 32 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. 33 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. 34 Limite di età

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

Art. 35 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, le percentuali di cui al successivo Art. 37 lett. c) – lesioni, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purchè avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (indetta dalla FSN 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.

Art. 36 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 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. 37 Prestazioni

a) Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, 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 per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde 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

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

- per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella tabella A allegata 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. 35.

Precisazioni:

- Per “frattura” s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture “scomposte” determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle “amputazioni” si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale

non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.

- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- 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 venti 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 due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa".

In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.

L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.

- Per ustioni si intendono le bruciate dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrariscaldati) 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, bruciate 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. 38 Invalidità permanente – franchigia assoluta

Sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art.37 lett. c) non supera il 7%.

Qualora la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore al 7% l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.

Art. 39 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'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. 40 Pagamento dell'indennità

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

Art. 41 Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

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

La predetta garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentano scuole nella Repubblica di San Marino, nonché scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

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 100%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 25 lettera g), 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 infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

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.

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.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 37 lett. c), per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 37 lett. c), a seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 37 lett. c), a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate

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.

Indennità giornaliera da ricovero

In caso di ricovero in Istituto di cura, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma assicurata per ogni giorno di degenza.

L'indennità per la diaria da ricovero viene corrisposta per un periodo massimo di 60 giorni e con una franchigia di 3 giorni

Il giorno di ricovero ed il giorni di dimissione saranno considerati come unico giorno.

In caso di Day Hospital la diaria da ricovero si intenderà pari al 50% del valore assicurato.

Art. 42 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 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) In caso di sinistro occorso in allenamento anche individuale previsto disposto ed autorizzato o controllato dall'organizzazione sportiva, anche per i tramite dei suoi organismi periferici e delle società affiliate o aggregate della Federazione, ai fini dell'ammissione del sinistro all'indennizzo, la denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo per il quale l'assicurato è tesserato che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione stessa.
- c) Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- d) Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;
- e) 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. 43 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 INTEGRATIVA INFORTUNI AD ADESIONE

Art. 44 Oggetto della garanzia

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

Art. 45 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 fax al n° 06.77400417.

Art. 46 Decorrenza e scadenza della formula integrativa

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

Art. 47 Somme Assicurate

Le somme garantite si intenderanno quelle indicate nella successiva sezione Somme assicurate afferenti la formula integrativa prescelta.

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

Art. 48 Premi

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

INTEGRATIVA A

Art. 49 Invalidità Permanente – Franchigia assoluta

Relativamente a quanto previsto nel precedente art. 38, resta convenuto che all'atto dell'adesione alla presente formula integrativa, la percentuale di franchigia si intenderà ridotta al 5%.

Pertanto sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art.37 lett. c) non supera il 5%.

Qualora la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore al 5% l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.

INTEGRATIVA B

Art. 50 Invalidità Permanente – Franchigia assoluta

Relativamente a quanto previsto nel precedente art. 38, resta convenuto che all'atto dell'adesione alla presente formula integrativa, la percentuale di franchigia si intenderà ridotta al 3%.

Pertanto sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art.37 lett. c) non supera il 3%.

Qualora la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore al 3% l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.

Art. 51 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:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- 2) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.

Inoltre l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, per:

- a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- b) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
- c) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
- d) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- e) 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 escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori.

La garanzie previste nel presente articolo si intendono estese ai casi di forzata completa immobilità, limitatamente alle 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 € 150,00 per evento.

Relativamente alle spese odontoiatriche derivanti da infortunio indennizzabile a termini della presente polizza, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 2.500,00 per anno e per persona.

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.

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

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

SEZIONE SOMME ASSICURATE

Tesserati – Soggetti B

Caso morte	€	80.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	80.000,00

Soggetti A

Caso morte	€	150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	150.000,00
Diaria da ricovero	€	70,00

Integrativa A

Caso morte	€	150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	150.000,00
Diaria da ricovero	€	100,00

Integrativa B

Caso morte	€	200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	200.000,00
R.S.M.	€	5.000,00
Diaria da ricovero	€	130,00

SEZIONE PREMI

PREMI UNITARI

Integrativa A	n.	1	x	€ 15,00	=	€	15,00
Integrativa B	n.	1	x	€ 25,00	=	€	25,00