

Polizza Infortuni n. F51.25.945229
Polizza RC n F51.014.0000945227
CIG 8879891DDB

**CONTRATTO MULTIRISCHI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ
CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA, DEI SUOI
ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DEGLI ENTI AFFILIATI ED AGGREGATI E DEI
SUOI TESSERATI**



C.I.G. 8879891DDB
COMPAGNIA VITTORIA ASSICURAZIONI
DECORRENZA 31.08.2021
SCADENZA 31.08.2022

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIRISCHI

PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE PER CONTO E A FAVORE DELLA FEDERAZIONE SCHERMA DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DEGLI ENTI AFFILIATI ED AGGREGATI E DEI SUOI TESSERATI

Tra

- la **FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA (F.I.S.)** con sede in Viale Tiziano 74 00196 Roma partita iva /CF 0000005271310582, in persona del legale rappresentante, Presidente Federale Paolo Azzi nato a il.....domiciliato per la carica presso la sede legale della Federazione;

e

- la Compagnia di Assicurazioni Vittoria Assicurazioni Spa con sede in Milano , via Ignazio Gardella., n. ...2., codice fiscale ...01329510158... , partita iva ...01329510158., posta certificata: ...ag_f51.01@pec.agentivittoria.it..., iscritta alla CCIAA di ...MILANO MONZA BRIANZA LODI SEZ ORDINARIA... REA ...MI 54874.... , iscritta all'albo delle imprese di assicurazione n. 1.00014... in persona del legale rappresentante, ...LUIGI TETA...procura numero 29934 del 06.11.2015... (o procuratore: citare estremi procura) nato a ...ROMA. il 29/08/1959..... , domiciliato per la carica presso la sede legale della società;

designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Società**, viene stipulato il seguente contratto per le garanzie contro Infortuni, Responsabilità Civile Generale a favore della F.I.S. dei suoi Organi Centrali e Periferici, delle Società e dei suoi Tesserati.

Art. 1 Durata e decorrenza del contratto

Il presente contratto ha la durata di anni 1, con inizio dalle ore 24 del 31.08.2021 e termina alle ore 24.00 del 31.08.2022. E' esclusa la facoltà del tacito rinnovo.

Art. 2 Obblighi del Contraente

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 la Società la facoltà di recedere dall'accordo ove ne ricorressero i presupposti.

Art. 3 Sottoscrizione del Contratto

Il Contraente e la Società, sottoscriveranno il presente capitolato, a valere quale Contratto o Polizza di Assicurazione, dopo l'aggiudicazione definitiva. Il presente testo sarà completato con i dati della società aggiudicataria, ulteriori riferimenti mancanti, e modificato in coerenza alle eventuali proposte di condizioni migliorative offerte dall'aggiudicataria, per come indicato nel Disciplinare di Gara.

Art. 4 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato in forza di procedura ad evidenza pubblica la gestione del presente contratto per l'intera durata al Broker MAG S.P.A. e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno usualmente svolti per conto del Contraente dal Broker MAG S.p.A. il quale tratterà con la Società.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte alla Società 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 alla Società, prevarranno queste ultime.

2 | P a g e .

L'opera del broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato assicurativo, dalla Società aggiudicataria del presente Contratto con un'aliquota provvigionale del 10 % (dieci per cento) da applicarsi ai premi imponibili del Contratto. Nessun maggiore aggravio è previsto a carico del Contraente. Il pagamento del premio effettuato in buona fede dal Contraente al Broker, anche per il tramite dei Collaboratori del Broker stesso, del cui operato espressamente risponde, si considera come effettuato direttamente alla Società (Impresa di Assicurazione aggiudicataria), ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2005.

DEFINIZIONI

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
Assicurato:	la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa
Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Atleta:	il tesserato che svolge attività sportiva rientrante negli scopi della Contraente titolo promozionale, pre-agonistico, agonistico, amatoriale.
Affiliato:	ogni singolo Ente aderente alla Contraente con la qualifica di Affiliato o Aggregato
Dirigente:	il soggetto tesserato con tale titolo
Tecnici:	i soggetti tesserati in qualità di istruttori, allenatori, collaboratori e le analoghe figure comunque preposte all'insegnamento delle tecniche sportive, all'allenamento degli atleti, ed al loro perfezionamento tecnico
Atleti Nazionali:	Atleti Nazionali di discipline Olimpiche definiti tali quando convocati da Organi Federali per attività di rappresentanza sportiva nazionale o internazionale
Atleti appartenenti all'elenco Federale – Interesse nazionale d'Elite	Atleti facenti parte delle Rappresentative Nazionali e Atleti convocati dalla Federazione Italiana Scherma in occasione di manifestazioni a carattere Internazionale/Olimpico e relativi allenamenti ufficiali.
Beneficiari:	l'assicurato. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato
Contraente:	la FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA (F.I.S.)
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
Franchigia:	è l'importo prestabilito che, in caso di danno, resta a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro, e che viene dedotto dall'indennizzo
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

Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro; per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base alla Tabella A di cui al Decreto del 3 novembre 2010, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20 dicembre 2010, n° 296. al netto della franchigia prevista dalla presente contratto
Indennizzo Paralimpici:	per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale nr. 03 febbraio 2012, al netto della franchigia prevista dalla presente contratto
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
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Massimale:	è l'importo massimo dell'indennizzo economico dovuto dalla Società
Polizza o contratto:	il documento che prova l'assicurazione
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'Assicurazione
Ricovero:	permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
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
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
Società:	la Compagnia di Assicurazioni, come in premessa meglio identificata
Soggetti A:	Tesserati della Federazione italiana Scherma., dipendenti e funzionari della FIS, tecnici, allenatori
Soggetti B	Atleti di interesse Olimpico e Nazionale

Soggetti C	Dirigenti, Componenti Consiglio Federale della F.I.S. , Membri del Collegio Revisori dei Conti, Presidenti Comitati Regionali e Delegati Regionali/Provinciali/ Provincia autonoma Trento e Bolzano.
Soggetti D	Tessere promozionali di durata 15 gg. Attività presso la struttura di un Ente affiliato, sotto la vigilanza di un tecnico e/o istruttore federale.
Tesserato:	ogni singolo soggetto od Ente iscritto o aderente alla Contraente
Trattamento Chirurgico	provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 5 Manifestazioni

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati in caso di partecipazione ad attività e manifestazioni organizzate dal Contraente, da Enti affiliati, o che siano state dello stesso Contraente autorizzate, o organizzate da altri soggetti con le quali il Contraente F.I.S. 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 Assicurazione obbligatoria degli sportivi

L'art. 51 della Legge n. 289 del 27/12/2002 e s.m.i. prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione infortuni per atleti, tecnici e dirigenti. Pertanto, in deroga a quanto previsto ai successivi art. 11 e 12 del presente contratto, Contraente e Società concordano che la Società è sempre tenuta a risarcire l'Assicurato, salvo il diritto di rivalersi nei confronti del Contraente, per le garanzie previste dal regolamento di attuazione della legge stessa.

Art. 8 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. 9 Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato devono 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. 10 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 con espressa rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 11 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 dalla Contrente alla Società per ciascun anno assicurativo;

si conviene che:

- il conguaglio dei premi in sede di regolazione sarà computato solo sull'eccedenza pari al 2% del numero minimo di assicurati calcolati sulla base degli effettivi assicurati.

Entro la data del 31.10 di ciascun anno il Contraente fornirà alla Società elenco riportante il numero degli Assicurati (tesserati, affiliati e aggregati) suddivisi per categoria riferito all'anno assicurativo decorso, affinché la Società stessa possa procedere al computo della differenza di premio eventualmente dovuta quale regolazione del premio definitivo.

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

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissare mediante un atto formale un ulteriore termine non inferiore a 30 gg, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva.

Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Allo scadere del presente Contratto, se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza dovuta, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per "parametri di riferimento" si intendono:

per la **Sezione Infortuni**:

1. n. Soggetti A;
2. n. Soggetti B;
3. n. Soggetti C ;
4. n. Soggetti D

per la **Sezione RCT/O**:

1. n. Soggetti A /B/C/D ;
2. n. Tesserati
3. n. Società Sportive Affiliate

Si conviene che, ove il Contraente abbia in buona fede ommesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 12 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del presente contratto.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento in cui consegua il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 13 "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.

Le parti espressamente convengono che il premio è annuale, e che se la prima rata di premio viene pagata successivamente alla decorrenza della polizza, comunque entro e non oltre 30 giorni dalla sottoscrizione del presente contratto, la garanzia per ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 24.00 del 31.08.2021..

Per il pagamento delle rate successive è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, intendendosi per tale la tolleranza sino a 60 giorni di ritardo di ciascun pagamento dovuto dal Contraente.

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 complessivamente dovuto verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

Resto inteso fra le parti che la Contraente si impegna a fornire alla Società, ogni qualvolta la stessa ravvisi l'esigenza, tutte le informazioni necessarie per accertare l'effettivo tesseramento (validità e tipologia) per ogni singolo assicurato.

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

Art. 13 Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative senza distinzione di attività praticata - che deve comunque essere ricompresa fra quelle previste negli scopi statutari del Contraente - di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, è:

- il tesseramento nominativo e numerato della F.I.S. o licenza federale ;
- Tessera Promozionale - tale tipologia di tesseramento ha durata di 15 giorni dalla data di prima sottoscrizione;
- Per gli Atleti di interesse Olimpico e Nazionale, la presenza nominativa in apposito elenco inviato dalla Contraente;
- Affiliazioni alla F.I.S. per le ASD.

Ai fini assicurativi i documenti sopra indicati sono equipollenti e qualificano il soggetto portatore come "Assicurato" ai fini del presente Contratto.

Per la F.I.S., i Soggetti A e C, costituisce titolo il presente contratto e sono automaticamente assicurati.

La Società prende atto inoltre, che il Contraente concede annualmente ai tesserati una proroga per il rinnovo del tesseramento, dell'affiliazione, fino al 31 ottobre dell'anno successivo al rilascio della tessera, o del perfezionamento annuale dell'affiliazione, elementi validi come titolo che dà diritto alle prestazioni assicurative. Pertanto, la Società prende atto e accetta che il titolo che dà diritto alle prestazioni assicurative - il rinnovo del tesseramento o dell'affiliazione - si intenderà valido per l'intero periodo di proroga. Tale precisazione e vincolo, si applica anche su ogni formula integrativa.

Art. 14 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. Ove per qualsiasi causa e qualsivoglia motivo il Contraente non fosse assistito da Broker nei rapporti con la Società, le denunce di sinistro dovranno essere inviate alla Società direttamente dall'Assicurato o per il tramite dello stesso Contraente.

Art. 15 Oneri fiscali

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

Art. 16 Elezione di domicilio

Il Contraente e la Società, a tutti gli effetti del presente contratto, compresa la notifica degli atti giudiziali e stragiudiziali, dichiarano di essere domiciliati agli indirizzi in epigrafe indicati, con obbligo di comunicarsi reciprocamente, a pena di inefficacia, ogni eventuale variazione, a mezzo di Raccomandata A.R. o Posta Elettronica Certificata; la variazione della domiciliazione avrà efficacia dal giorno successivo alla sua comunicazione.

Art.17 Titoli.

I titoli dei singoli articoli sono stati utilizzati al solo scopo di facilitare la lettura, e, pertanto, gli stessi non influiranno sul significato o sull'interpretazione del presente contratto.

Art.18 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 19 Interpretazione del Contratto

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

Art. 20 Rescissione del contratto

La Società può recedere dal contratto di assicurazione esclusivamente secondo quanto stabilito al precedente Articolo 1 "Durata e decorrenza del Contratto".

Art. 21 Foro competente

Per qualsiasi controversia derivante e/o occasionata dal presente Contratto, foro competente sarà quello di residenza o domicilio dell'Assicurato con esclusione di ogni altro Foro, alternativo o concorrente.

Per qualsiasi controversia derivante e/o occasionata dal presente Contratto, che eventualmente intercorresse fra Contraente e Società sarà competente il Foro di Roma, con esclusione di ogni altro Foro, alternativo o concorrente.

Art. 22 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. 23 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

SEZIONE INFORTUNI

Art. 24 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i tesserati, i Soggetti A, B, C, D della F.I.S.

Art. 25 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 F.I.S., ivi compresi l'attività di avviamento allo sport, gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stage di preparazione e l'attività agonistica regionale, interregionale, nazionale ed internazionale e comprese le indispensabili azioni preliminari e successive di ogni gara o allenamento.

La copertura assicurativa è inoltre estesa alle altre attività fisiche di preparazione atletica quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, pesistica, atletica, esercizi ginnici, attività fisica di potenziamento muscolare in luoghi aperti e/o in palestre, purché rientranti nel programma di allenamento, potenziamento e/o recupero necessari all'attività sportiva.

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi del Contraente e degli Enti affiliati, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi esterni, missioni e relativi trasferimenti, compreso il rischio in itinere, sempreché documentati attraverso verbali, convocazioni, inviti, corrispondenza certa con data, atti di repertorio del Contraente e/o degli Enti affiliati.

L'assicurazione opera a condizione che le attività anzi descritte si svolgano secondo le modalità, i tempi e nelle strutture o nei luoghi previsti dalle norme federali.

L'assicurazione opera anche in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggeri o in forma individuale con mezzi propri, 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 per il rischio in itinere 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. 26 Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. le infezioni conseguenti a infortunio, escluso HIV -, sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa- 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. 27 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 avesse, 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. 41 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. 28 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. 40 Criteri di indennizzabilità.

Art. 29 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 nel presente contratto si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, lesione, 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. 30 Rinuncia alla rivalsa

La Società espressamente 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. 31 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, o dalle seguenti infermità mentali: 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
- Infermità mentali
- Disturbi schizofrenici
- Disturbi paranoici
- Disturbi affettivi
- Autismo
- 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

Si intendono inoltre assicurati i soggetti affetti da:

- Trisomia 21
- Patologie osteoarticolari
- Disturbi sensoriali.

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 compresi 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

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

Art. 36 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.38 lett. c) lesioni, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al comma 1 del presente articolo, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (organizzata o autorizzata dal Contraente o a cui partecipi l'Ente affiliato o aggregato per il quale il soggetto assicurato risulti tesserato) inserita nei calendari ufficiali (per ciò intendendosi che le iscrizioni alla manifestazione siano gestite attraverso sistemi e/o con i criteri dettati dai Regolamenti del contraente) 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. 37 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. 38 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, e non oltre i successivi 3 mesi.

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

La Società corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

- per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella tabella lesioni Allegato A del Decreto del 03 novembre 2010 emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 296 del 20 novembre 2010, alla quale verrà applicato il massimale di riferimento;
- per tutti gli Assicurati Paralimpici saranno operanti le prestazioni nella tabella lesioni all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06 ottobre 2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 28 del 03 febbraio 2012, al netto della franchigia prevista dal presente contratto.

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. 36.

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 anatomico-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 il quadruplo di quanto indicato nella relativa tabella di riferimento fino alla concorrenza di Euro 500.000,00;
- 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, eccetto per casi di cartilagini di accrescimento ancora aperte, certificate, per le quali l'intervento chirurgico deve obbligatoriamente essere posticipato;
- 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 bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovra riscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale. Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata; in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Art. 39 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. 38 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.

La franchigia di cui sopra si intenderà ridotta al 2% per i soggetti B.

Qualora il grado di invalidità permanente accertato risulti superiore al 10%, non si darà luogo ad applicazione di nessuna franchigia.

Art. 40 Indennità privilegiata per invalidità permanente

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

Art. 41 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 cui viene attribuita la funzione di Presidente del Collegio medico arbitrale.

In caso di mancato accordo sull'individuazione del 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 medico arbitrale.

Il Collegio medico arbitrale, 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 arbitrale 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 arbitrale 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 attività arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico arbitrale 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. 42 Pagamento dell'indennità

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

Art. 43 Estensioni speciali

a) 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 il dovuto 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.

b) 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 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.

c) Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 30 lett. g) del presente contratto, 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.

d) Rimpatrio salma

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

e) 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.

f) Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente art. 38 lett. c) del presente contratto, 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.

g) Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente art. 38 lett. c) del presente contratto, 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.

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

Fermo quanto previsto nel precedente art. 38 lett. c) del presente contratto, 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.

i) 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.

Art. 44 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.) e/op forzata completa immobilità, limitatamente ai casi di frattura vertebrale anche senza ricovero, 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.

Extra ricovero, conseguenti all'infortunio, indennizzabile a termini della presente polizza, 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 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;
- c. Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- d. Cure mediche fisioterapiche e rieducative ambulatoriali e/o domiciliari, rese necessarie dall'infortunio, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato ed effettuate da medici abilitati. Le garanzie della presente lettera si intendono prestate esclusivamente a favore dei soggetti di cui alla categoria B entro il limite di Euro 6.000,00 per anno e per persona, fermo lo scoperto di seguito indicato.

Il rimborso viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 250,00 per evento per tutti gli assicurati, salvo per i soggetti di cui alla categoria B ai quali si applica uno scoperto del 15% con il minimo di Euro 150,00 per evento.

Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori.

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. 45 Indennità forfettaria

A seguito di infortunio che determini una lesione muscolo-tendinea prevista in tabella lesioni ma rientrante nella franchigia e/o non trattata chirurgicamente, ovvero una lesione muscolare almeno di III grado comprovata da idonea documentazione medica, l'infortunato ha diritto ad una indennità forfettaria di Euro 300,00. Resta inteso che in questo caso non trova applicazione l'Art.44 Rimborso Spese Mediche.

Art. 46 Eventi Gravi

Premesso che l'attività degli iscritti alla Federazione Italiana Scherma si svolge nel rispetto delle norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica e non agonistica e che, pertanto, il singolo iscritto deve essere in possesso di apposito certificato medico, in corso di validità, che lo rende idoneo allo svolgimento della pratica sportiva, in tale caso l'assicurazione viene estesa a coprire la morte dovuta ad infarto, ad ictus provocato da emorragia cerebrale, a trombosi cerebrale, ad embolia o rottura di aneurisma, che sia comprovatamente intervenuta quanto in qualità di tesserato partecipi a gare, a manifestazioni, attività addestrative o a qualsiasi altra attività organizzate dalla Contraente, dalle sue eventuali strutture periferiche, dalle Associazioni e/o dalle Società sportive aderenti e di conseguenza si sia verificato il decesso immediato

dell'Assicurato (o il decesso nel corso del ricovero immediatamente disposto) ovvero una conseguente situazione clinica permanente, accertata e comprovata da adeguata documentazione medica, tale da non permettere lo svolgimento della pratica sportiva.

La garanzia viene altresì estesa ai sinistri accaduti durante gli allenamenti purchè programmati e autorizzati dai responsabili competenti dell'organizzazione sportiva di appartenenza.

Con specifico riferimento alle previsioni del presente articolo, in merito alla certificazione di idoneità alla pratica della disciplina sportiva si precisa che tale estensione vale esclusivamente per:

- L'attività agonistica, se l'Assicurato è in possesso dell'apposito certificato medico di idoneità rilasciato da non oltre un anno, per la specifica attività agonistica, dai soggetti previsti dalle apposite leggi (Nazionali/ Regionali) in vigore;
- L'attività non agonistica, purché l'Assicurato, alla data del sinistro, sia in possesso di certificato medico di idoneità sportiva non agonistica rilasciato da non oltre un anno e si sia sottoposto ad un esame di elettrocardiogramma, nei termini e con le modalità previste dalla normativa vigente, che confermi l'assenza di patologia cardiovascolari preesistenti.

Le parti convengono che la presente garanzia trova applicazione nella misura ridotta pari al 75% della somma assicurata in caso di morte.

Art. 47 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 dal Contraente, anche per i tramite dei suoi organismi periferici e/o dagli Enti affiliati o aggregati al Contraente, ai fini dell'ammissione del sinistro all'indennizzo, la denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'Ente 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 Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa Società 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. 48 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 eventualmente responsabili dell'infortunio.

Art. 49 Atleti Paralimpici

Modalità di indennizzo

L'indennizzo previsto per ciascuna lesione, indicata nella seguente tabella, si calcola sulla base delle percentuali del capitale previsto in caso di morte (ad esempio 80.000 euro). Sulla base della tipologia di atleta l'indennizzo viene modificato rispetto ai normodotati prendendo in considerazione sia la condizione (danno e/o menomazione e/o patologia) determinante la disabilità sia le funzioni fisiologicamente intatte, utilizzando i seguenti coefficienti che "scalano" l'indennizzo sulla base del significato sportivo della struttura/funzione danneggiata. Il primo aspetto da prendere in considerazione è valutare se il danno da indennizzare riguarda una parte precedentemente funzionante o no. Qualora la lesione influisca sulla condizione determinante la disabilità dell'atleta e sulla sua funzionalità nelle comuni attività della vita quotidiana (ad esempio muoversi) e nello specifico sport praticato si applicano i seguenti coefficienti moltiplicativi sulla percentuale di indennizzo che prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce nella vita di relazione e nel contesto specifico in cui l'atleta gareggia.

I disabili fisici¹, che nei contesti sportivi al di là della peculiarità della condizione disabilitante sono accorpati insieme, per scalare lo specifico livello di lesione vengono classificati sulla base della funzionalità motoria (forza muscolare e/o ambito di movimento articolare in condizioni statiche e dinamiche) in 10 gruppi, dai più gravi ai meno gravi secondo la classificazione del nuoto. Nella classe 1 sono presenti gli atleti con minore funzionalità, nella classe 10 gli atleti con maggiore funzionalità. Nel caso in cui la lesione riguardi una parte del corpo che precedentemente non funzionava nella modalità tipica di un normodotato (ad esempio frattura di femore in un atleta paraplegico) si applicano direttamente gli indennizzi di seguito elencati aggiungendo una quota maggiorata del 5% negli atleti del Club Paralimpico. Nel caso in cui il danno riguardi una parte prima funzionante si dovrà utilizzare la classificazione citata con il rationale che in primo luogo quella lesione potrebbe incidere sulla vita di relazione del soggetto (attività della vita quotidiana) ed in secondo luogo che più grave è la disabilità, maggiore il danno relativo su quella funzione e quindi maggiore l'indennizzo. Il valore dell'indennizzo indicato in tabella verrà maggiorato in funzione inversa alla classificazione con un coefficiente oscillante dal 15% (classe 1) al 6% (classe 10) in tutti gli atleti tesserati e dal 25% al 16% negli atleti del Club Paralimpico. Il valore dell'indennizzo così ottenuto è ulteriormente aumentato sulla base dell'impatto della lesione in una funzione specifica dello sport in cui l'atleta gareggia². Il coefficiente moltiplicativo verrà basato sulla classe sportiva dello specifico sport praticato dall'atleta. Tale suddivisione in classi è reperibile sia sul sito del Comitato Paralimpico Internazionale (www.paralympic.org) che sul sito del Comitato Italiano Paralimpico (www.comitatoparalimpico.it). Ogni atleta per gareggiare deve essere preventivamente classificato. La classificazione è specifica per ogni sport. Tale indennizzo prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce sul livello e sulla condizione determinante la disabilità dell'atleta e sulla sua prestazione nello specifico sport praticato. I punteggi delle classi vengono ribaltati (il più grave è infatti quello con lesione più bassa) e moltiplicati come percentuali da aggiungere al valore di indennizzo³. Anche tale valore viene raddoppiato nel caso di atleti del Club Paralimpico.

¹ I Disabili fisici cioè gli individui con danni di tipo motorio a loro volta sono suddivisi in "Mielolesi" (per lesione traversa del midollo spinale, Tetraplegici e Paraplegici, per spina bifida o per poliomielite) con possibili danni motori e/o sensitivi e/o del sistema nervoso autonomo; Amputati (nei differenti arti ed a differenti livelli) con danni motori e specifiche patologie nei monconi; Cerebrolesi (per paralisi cerebrale infantile o lesione cerebrale da trauma cranico o altre cause) con danni quali spasticità e/o mancanza di coordinazione e/o atetosi; e "Gli Altri" (soggetti con altre patologie, di interesse neurologico od ortopedico, non incluse nelle precedenti) con variegate possibilità e/o associazioni dei danni citati.

² Ad esempio nella pallacanestro su sedia a ruote gli atleti sono suddivisi in classi con punteggi da 1, i più gravi, a 4,5, i meno gravi.

³ Ad esempio nel caso di un atleta paraplegico della pallacanestro su sedia a ruote con punteggio 1 (solo gli arti superiori sono funzionanti ed è mancante la stabilità del tronco e la funzionalità degli arti inferiori) in cui vi sia un danno agli arti superiori ad esempio la frattura della epifisi prossimale

Per i disabili visivi⁴, nel caso di danni non relativi al sistema visivo, l'indennizzo sarà maggiore rispetto ai normodotati in funzione del livello di danno visivo. L'indennizzo sarà maggiorato del 50% negli ipovedenti con minore danno (B3), del 75% nel caso del gruppo classificato come B2 e del 100% (cioè indennizzo doppio rispetto ai normodotati) nei non vedenti completi (B1). Negli atleti del Club Paralimpico l'indennizzo verrà ulteriormente ampliato del 50% indipendentemente dalla classe. Tale maggiorazione rispetto agli atleti normodotati è, come per i disabili fisici, giustificata dal fatto che la lesione da indennizzare può avere effetti sia nella vita di relazione sia nella prestazione della specifica attività sportiva praticata. Sulla base di ciascuno di questi parametri l'indennizzo potrà essere soggetto a modificazioni. Il razionale citato si applica anche alle seguenti tipologie di atleti disabili. Per il danno riguardante il residuo funzionale visivo l'indennizzo dovrà essere commisurato alla capacità successiva del soggetto di poter partecipare ad eventi sportivi. Qualora ciò diventasse impossibile l'indennizzo dovrà essere dell'ordine del 50% del capitale assicurato (caso morte) in tutti gli atleti tesserati e del 75% nei paralimpici.

Per i disabili uditivi⁵ gli indennizzi indicati di seguito saranno maggiorati del 10% rispetto a quelli in tabella nel caso di danno fisico e pari al doppio dei normodotati in caso di danno neuropsensoriale non relativo alla funzione uditiva. Nel caso di danno della funzione uditiva le stesse condizioni previste per i disabili visivi verranno applicate.

Per i disabili mentali gli indennizzi saranno pari al doppio dei normodotati in tutti gli atleti tesserati ed al triplo nei paralimpici. Gli atleti disabili mentali, nonostante la possibile varietà di livelli intellettivi e le diverse patologie determinanti tali disabilità (che possono includere danni funzionali di tipo motorio) non sono attualmente suddivisi in classi. Il criterio di eleggibilità alla partecipazione sportiva (definizione di "ritardo mentale") è il seguente: "funzionamento intellettuale generale" significativamente sotto la media (quoziente intellettuale - Q.I. - approssimativamente di 70 - 75 o inferiore) il quale determini o si associ a difficoltà di adattamento e/o difetti di prestazione che si manifestano inizialmente durante il periodo evolutivo prima dei 18 anni.

ulna (olecrano o processo coronoideo o incisure semilunare e radiale) in cui l'indennizzo previsto è pari al 4% del capitale assicurato in caso di morte (6000 euro). Tale valore verrebbe aggiunto del 10% secondo la classe del nuoto e del 4,5% secondo l'aggiustamento relativo alla tipica disciplina sportiva. L'operazione sarebbe 6000+600+270 per un totale di 6870. Tale indennizzo sarebbe raddoppiato nel caso di Atleta Paralimpico (13740 euro).

⁴ I disabili non vedenti o ipovedenti, che includono patologie a carico dei mezzi diottrici e/o della retina e/o del nervo ottico e/o dell'encefalo, vengono suddivisi in tre classi dove la meno grave (B3) comprende gli atleti la cui acuità visiva nell'occhio migliore sia compresa tra 2/60 e 6/60 o il campo visivo sia compreso tra 5 e 20 gradi.

⁵ I disabili uditivi, che includono patologie a carico dello specifico organo sensitivo e/o del nervo acustico e/o dell'encefalo devono aver subito la perdita dell'udito di almeno 55 Decibel nell'orecchio migliore, e non vengono suddivisi in classi.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Art. 50 Descrizione del rischio

L'assicurazione è prestata per tutte le attività inerenti l'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative rientranti negli scopi del Contraente.

Sono comprese tutte le attività di allenamento, corsi, esercitazioni, avviamento allo sport, manifestazioni sportive o ricreative o culturali, gare, organizzate dal Contraente direttamente, o da Ente affiliato o aggregato al Contraente.

L'attività dei soggetti assicurati riguarda, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- La Promozione e l'organizzazione delle attività sportive ;
- L'esercizio e lo svolgimento di attività sportiva, anche nel quotidiano, sia all'interno che all'esterno delle società sportive aderenti compresi gli allenamenti anche individuali;
- La partecipazione a stage e gare delle varie discipline riconosciute dalla Federazione;
- Riunioni, incarichi, missioni e relative trasferimenti, e tutte le attività rientranti negli scopi della Federazione Italiana Scherma.

Art. 51 Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenne:

- la Contraente e le sue strutture, uffici, dipartimenti, comitati;
- i tesserati alla F.I.S. ;
- gli Enti affiliati ed aggregati alla F.I.S.
- i Soggetti A/ B /C/D;
- Gli Atleti Appartenenti al Club Azzurro
- Tesserati Promozionali

per quanto siano tenuti 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 ad animali e 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 dei quali debba rispondere.

L'assicurazione vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS e/o dall'INAIL ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 Giugno 1984 n. 222 e succ. modifiche e integrazioni.

Art. 52 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. 53 Responsabilità civile personale

L'assicurazione si estende alla responsabilità civile personale di cui sono chiamati a rispondere ai sensi di legge, i tesserati partecipanti alle manifestazioni sportive, ricreative e culturali, comprese le attività di allenamento, corsi, esercitazioni, avviamento allo sport, gare, organizzate dal Contraente direttamente, o da Ente affiliato o aggregato al Contraente, per danni involontariamente cagionati a terzi.

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 nella 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. 54 Novero dei terzi

Non sono considerati terzi i prestatori di lavoro - dipendenti e non dipendenti - nei confronti dei quali la Contraente, le sue strutture e gli Enti affiliati o aggregati alla F.I.S., siano tenuti all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L., quando subiscano il danno in occasione di prestazione di lavoro o servizio.

Sono considerati Terzi fra di loro:

- i Tesserati, ed i Tesserati stessi aderenti alla F.I.S. nei confronti di quest'ultima, dei Comitati Centrali e Periferici, degli Enti affiliati o aggregati;
- il coniuge, i genitori, i figli degli Assicurati, nonché qualsiasi parente o affine con essi convivente, esclusivamente nel caso in cui, pur sussistendo i predetti 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. 55 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. 56 – Cumulabilità indennizzo

Ai fini della presente Sezione, qualora il verificarsi di un evento dannoso dia diritto alla liquidazione di un capitale nella sezione infortuni della presente contratto, la garanzia opererà con una franchigia pari all'importo liquidato dalla Sezione Infortuni.

Art. 57 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 al 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.

La Società si impegna a fornire tempestivamente copia degli atti processuali ed ogni informazione relativa all'andamento delle liti giudiziali a semplice richiesta dell'Assicurato, del Contraente o dei procuratori legali di detti soggetti.

Si precisa che la difesa dell'Assicurato viene assunta dalla Società in sede sia civile sia penale fino alla definitiva tacitazione dei terzi e ad esaurimento del giudizio nel grado in corso al momento della liquidazione del sinistro.

Art. 58 Esclusioni

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

- a) le gare che coinvolgono i natanti in quanto soggette alla legge 990 del 24/12/1969;
- b) i rischi di responsabilità civile dei proprietari e/o dei conducenti degli autoveicoli e natanti al seguito di gare sportive.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i danni:

- c) conseguenti a inquinamento in genere, comunque cagionato; interruzioni, deviazioni, impoverimento ed alterazioni di sorgenti, di corsi d'acqua sotterranei, di falde acquifere e di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- d) provocati a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo; (escluderebbe ogni impianto concesso)
- e) provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da questi detenute;
- f) da furto;
- g) dovuti ad errori od omissioni, disguidi o ritardi nella redazione, consegna, conservazione, pubblicazione, diffusione di atti, documenti, valori e simili; da responsabilità volontariamente assunte e non derivanti direttamente per legge;
- h) alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate;
- i) ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano i lavori edili;
- j) derivanti dalla circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore e dalla navigazione di natanti a motore;
- k) derivanti dalla detenzione o dall'impiego di aeromobili;
- l) cagionati da opere ed installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori edili o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori edili, nonché i danni cagionati da prodotti e cose dopo la consegna a terzi; per le opere che richiedono spostamenti successivi e, comunque, ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera edile, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori edili che la riguardano e, comunque, dopo trenta giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso od aperta al pubblico;
- m) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli Artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile;
- n) da detenzione od impiego di esplosivi;
- o) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- p) 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;
- q) verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;
- r) 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

- s) causato o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo;
- t) derivanti da richieste di risarcimento a seguito di malattia già manifestatasi o che potrebbe manifestarsi in relazione alla encefalopatia spungiforme (TSE), come a titolo esemplificativo l'encefalopatia spungiforme bovina o nuove varianti della malattia Creutzfeldt-Jacob (vCJD);”

Art. 59 Franchigia

L'assicurazione si intende prestata previa detrazione di Euro 150,00 per ogni sinistro che comporti danni a cose. Si prende atto che la franchigia di cui al presente articolo sarà a totale carico dell'Assicurato responsabile civile del danno e non potrà essere richiesta alla contraente.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O. responsabilità civile operai)

Art. 60 Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per il Contraente, per i Comitati Organizzatori di Manifestazioni, per gli Enti affiliati ed aggregati quando svolgono attività organizzate da F.I.S.

Art. 61 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:

- non soggetti all'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro;
- assicurati, ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, nonché ai sensi del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni (escluse le malattie professionali) da essi sofferti.

Relativamente alla componente "Danno Biologico" l'assicurazione si intende prestata con l'applicazione della franchigia di € 2.582,28 per ogni persona infortunata.

La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. Non costituisce però causa di decadenza della copertura la mancata assicurazione di personale presso l'INAIL, se ciò deriva o da inesatta ed erronea interpretazione delle norme di legge vigenti, o da una involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL.

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

Art. 62 Estensione malattie professionali

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. 30 giugno 1965 n. 1124, 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 alla decorrenza del presente contratto di cui al precedente art. 1 e siano conseguenza di fatti colposi commessi dall'Assicurato o da persone delle quali deve rispondere, verificatisi durante il periodo di vigenza 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.

L'Assicurato ha l'obbligo di denunciare senza ritardo alla Società l'insorgenza di una malattia professionale rientrante nella garanzia e di fornire alla Società, con la massima tempestività, ogni notizia, documento e atto relativi al caso denunciato.

Art. 63 Esclusioni

La presente garanzia non comprende unicamente i danni:

- da detenzione o 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. 64 Denuncia dei sinistri e obblighi dell'assicurato

La Contraente e le sue strutture devono fare denuncia alla Società soltanto degli infortuni per i quali ha luogo l'inchiesta pretorile 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. 65 Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per il Contraente, per i Comitati Organizzatori di Manifestazioni, per gli Enti affiliati. Sono inoltre operanti per le Società affiliate alla F.I.S. che, per la gestione dell'impianto al di fuori dell'attività F.I.S., ne facciano espressa richiesta e ne onorino il relativo premio assicurativo.

Art. 66 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 e/o comunque addetti e/o volontari, con mansioni di qualunque natura, all'organizzazione di gare, manifestazioni e attività sportive in genere.

Art. 67 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 sportive, industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi. La garanzia opera condizione 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 nella Sezione Somme assicurate, con un limite pari al 20% del massimale stesso.

Art. 68 Danni da incendio

A parziale deroga di quanto stabilito all' art. 58 comma e) la garanzia comprende la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per i danni a cose da terzi causati da incendio di cose di proprietà dell'Assicurato stesso 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 di Euro 5.000.000,00.

Art. 69 Danni a cose in consegna e custodia

A parziale deroga di quanto stabilito all'art. 58 comma d) la garanzia comprende i danni alle cose che l'Assicurato abbia in consegna e/o custodia in occasione di eventi a carattere internazionale, nazionale, interregionale o regionale inserite ufficialmente nei calendari approvati dalla FIS e nella programmazione ufficiale federale, organizzati dalla FIS direttamente o per il tramite dei suoi Comitati Territoriali o Comitati Organizzatori Locali (a titolo esemplificativo ma non esaustivo, manifestazioni agonistiche, addestrative e protocollari federali).

A parziale deroga di quanto previsto al precedente art. 58 del presente contratto, la presente garanzia è prestata con una franchigia di Euro 150,00.

Art.70 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. 71 Parchi

La garanzia comprende il rischio della proprietà e/o conduzione di parchi alberati e/o aree verdi adibite a maneggi, impianti sportivi, o simili, di proprietà o condotti in locazione, gestione, o altre fattispecie giuridiche, da Enti affiliati o aggregati al Contraente, compresa la manutenzione degli stessi, anche se effettuata attraverso Ditte e/o persone non alle dipendenze e/o comunque addetti e/o volontari, con mansioni di qualunque natura, e con l'uso di macchine e attrezzi sia di proprietà dell'Assicurato che di terzi.

Art. 72 Estensione di garanzia

A maggiore precisazione e/o estensione dell'oggetto dell'assicurazione si conviene che sono comprese in garanzia i sotto elencati rischi e/o attività anche cedute in appalto con la limitazione che in tale circostanza la garanzia comprende solo la R.C. dell'appaltante per contratti per un valore massimo di Euro 5.000.000,00.

- A. servizio pubblicitario tramite insegne, cartelli e striscioni;
- B. organizzazione o partecipazione ad esposizioni, fiere, mostre, mercati, congressi e convegni, compresi l'allestimento e lo smontaggio;

- C. servizio mense, bar, ristoranti, compresa la somministrazione di cibi e bevande;
- D. operazioni di progettazione, montaggio, collaudo, manutenzione, riparazione e installazione degli impianti dell'Assicurato;
- E. conduzione, manutenzione, pulizia, riparazione e proprietà dei fabbricati in cui si svolge l'attività;
- F. servizio di vigilanza effettuato anche con guardiani armati e con cani, anche fuori dal recinto del maneggio, impianto sportivo, o simili;
- G. servizio antincendio aziendale, anche in occasione di eventuale intervento al di fuori dell'area del maneggio, impianto sportivo, o simili;
- H. proprietà ed uso, anche all'esterno del maneggio, impianto sportivo, o simili, di velocipedi e ciclofurgoncini senza motore;
- I. operazione di prelievo e/o consegna merci e materiali, comprese le operazioni di carico e scarico;
- J. servizi sanitari prestati in ambulatori, infermerie e posti di pronto soccorso, siti all'interno del maneggio, impianto sportivo, o simili, compresa la responsabilità personale dei sanitari e del personale ausiliare addetto purché tesserato;
- K. 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;
- L. proprietà o esercizio delle attrezzature, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva compresi tribune, stadi.

Art. 73 Esclusioni

Si intendono valide le esclusioni di cui all'art. 58 della sezione RCT. La presente sezione si intende non operante per la sezione RCO.

SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI E RESPONSABILITÀ ' CIVILE AD ADESIONE PER PERSONALE E PARTECIPANTI NON TESSERATI IN CASO DI GARE O MANIFESTAZIONI

Art. 95 Oggetto della garanzia

Alle condizioni che seguono è data facoltà agli aderenti, che ne facciano espressa richiesta scritta e ne onorino il relativo premio, di integrare le coperture previste nella presente convenzione a:

- Personale non tesserato addetto a gare e/o manifestazioni ;
- Partecipanti alle sole manifestazioni organizzate dalla Contraente.

1) Modalità per la comunicazione di personale addetto da assicurare

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

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

Premio: per ogni gara o manifestazione è stabilito in Euro 20,00 giornaliere, fino a 30 addetti. Il premio per ogni addetto oltre i primi 30 è stabilito in Euro 0,50 per giornata.

2) Modalità per la comunicazione dei Partecipanti a manifestazioni

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

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

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

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

Art. 96 Decorrenza e scadenza della formula integrativa

Le garanzie previste dalla formula integrativa decorreranno dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio dovuto e cesseranno alla scadenza del 31.08 di ogni anno.

SEZIONE SOMME ASSICURATE

GARANZIA INFORTUNI		
Tesserati – Soggetti A		
Caso morte	€	80.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	80.000,00
Rimborso spese mediche	€	3.000,00
Atleti Interesse Olimpico e Nazionale – Soggetti B		
Caso morte	€	250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	200.000,00
Rimborso Spese Mediche	€	15.000,00
Soggetti C		
Caso morte	€	200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	200.000,00
Rimborso spese mediche	€	3.000,00
Tesserati Promozionali - Soggetti D		
Caso morte	€	80.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	80.000,00

GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI	
Tesserati – Tesserati Promozionali / Soggetti A / Soggetti B	
per ogni sinistro	€ 1.000.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 1.000.000,00
Enti Affiliati e Aggregati per ogni sinistro	€ 1.000.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 1.000.000,00
Contraente / Soggetti C Per ogni sinistro	€ 10.000.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 10.000.000,00
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,	
per ogni sinistro	€ 2.500.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 2.500.000,00
Enti Affiliati e Aggregati	
per ogni sinistro	€ 1.000.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.000.000,00