

F.I.G.C.
Federazione Italiana Giuoco Calcio
Via G. Allegri, 14
00198 - Roma

Polizza Assicurazione
Infortuni e Assistenza n. 100/00356457

SOMMARIO

POLIZZA INFORTUNI

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI	3
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE.....	4
SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI.....	7
SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI.....	9
SEZIONE 5 - SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO.....	14
SEZIONE 6 - CONDIZIONI DI POLIZZA RELATIVE AI SINGOLI SETTORI ASSICURATI.....	16
SEZIONE INTEGRATIVA - FACOLTATIVA "CARTELLINO GIALLO/VERDE/ROSA"	24
SEZIONE INTEGRATIVA - FACOLTATIVA "A.I.A.".....	27

POLIZZA ASSISTENZA

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	29
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA	31
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	32
Allegato A – Tabella Lesioni	35
Allegato B - Elenco Grandi Interventi	40
Allegato C - Scheda adesione integrativa/facoltativa "cartellino verde/giallo/azzurro"	42
Allegato D - Scheda adesione integrativa/facoltativa "A.I.A"	43
Allegato E - Modulo di denuncia sinistro tesserati FIGC	424
Allegato F – Promemoria per il Tesserato F.I.G.C.	45



POLIZZA INFORTUNI

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Apparecchio gessato	Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in Istituto di cura
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione.
Franchigia	L'importo prestabilito che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo (la franchigia può essere espressa in giorni o in percentuale).
Frattura	Una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una lesione oppure un'invalidità permanente.
Istituto di cura	Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
Invalidità Permanente	Perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi.
Lesione	Ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella allegata, purché determinata da infortunio.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Post-ricovero	Periodo di convalescenza successivo al ricovero.
Premio	La somma dovuta alla Società.
Ricovero	La degenza comportante pernottamento nell'Istituto di cura.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	Il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto.

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 20 – Oggetto e operatività dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività dichiarate nei singoli Settori di polizza.

Si intendono, inoltre, considerati infortunio anche:

- gli avvelenamenti od intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze nocive in genere;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- la folgorazione;
- le lesioni derivanti da contatti improvvisi con corrosivi;

Art. 21 - Infortuni derivanti da colpa grave e da tumulti popolari

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 c.c. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 22 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) 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;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dall'Art. 26 - Rischio Volo;
- d) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, hockey, rafting, canoa fluviale, rugby, football americano, paracadutismo e sports aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati;
- l) da guerra, insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- m) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.

Sono altresì escluse:

- o) le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:
 - qualora l'ernia risulti operabile, sarà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui

Art. 23 - Persone non assicurabili

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetta da: alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal testo H.I.V., sindrome di immunodeficienza acquisita, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - delle Condizioni Generali di assicurazione.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle affezioni o malattie di cui sopra nel corso del contratto costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Art. 24 - Identificazione delle persone assicurate

La Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per la materiale identificazione degli Assicurati si farà riferimento agli elenchi ed alla documentazione ufficiale riportanti i nominativi dei tesserati e/o iscritti redatti dalla Contraente o dalle Società, Associazioni e Unioni Sportive ad esso affiliate.

Art. 25 - Beneficiari

In caso di decesso dell'assicurato beneficiari dell'assicurazione, sono le persone di cui all'art. 2122 C.C., salvo diversa designazione da parte dell'assicurato, sempre suscettibile di revoca; in caso di invalidità permanente sono gli assicurati stessi.

Art. 26 - Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'assicurato subisca durante i voli effettuati in qualità di passeggero su aeromobili (compresi elicotteri) di qualsiasi tipo e da chiunque eserciti purché abilitati al volo da regolare certificato di navigabilità.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società non potrà superare il capitale di:

- a) per persona:
 - € 1.035.000,00 per il caso di Morte;
 - € 1.035.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.
- b) complessivamente per aeromobile:
 - € 5.165.000,00 per il caso di Morte;
 - € 5.165.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 27 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata, entro 60 giorni, alla Società dall'Assicurato (o dai suoi aventi causa) tramite lettera raccomandata, fax o servendosi dell'apposito Numero Verde gestito dalla Società.

Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere inviata alla Società entro 15 (quindici) giorni dal fatto.

La denuncia deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.

La denuncia, firmata dall'Assicurato o suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal maggiore esponente della Società Sportiva, che assume, con ciò, la piena responsabilità delle dichiarazioni rese nella denuncia stessa in ordine alle modalità e circostanze di fatto, di tempo e di luogo in cui ebbe a verificarsi il sinistro.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire alla Società e suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta. L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono consentire alle visite dei medici della Società ed a qualsiasi indagine che questo ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire alla Società un dettagliato certificato medico sull'infortunio; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare alla Società, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescritte dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

Qualora l'infortunio interessi solo ed esclusivamente le Cure Dentarie, l'Infortunato non è tenuto a presentare alla Società il certificato di guarigione.

La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata alla Società con certificato definitivo. In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa sino alla data di prescrizione del sinistro. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, la Società non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

L'Assicurato o i suoi aventi causa decadono da ogni diritto alle prestazioni della Società nel caso di inosservanza delle prescrizioni per l'infortunio riportate nella presente polizza, e del pari decadono da ogni diritto ove fossero incorsi in false o reticenti dichiarazioni.

Art. 28 – Gestione dei sinistri

La Società si impegna a predisporre una struttura dedicata per la gestione dei sinistri della presente polizza.

Gli obblighi e le procedure dovranno essere quelli riportati nell'allegato E – "Modulo di denuncia sinistro" e Allegato F "Norme da seguire in caso di infortunio".

La struttura dedicata si impegna a fornire le informazioni di cui al precedente art. 12.

Art. 29 - Liquidazione e pagamento

Ricevuta la necessaria documentazione, valutato il danno, verificata l'operatività delle garanzie prestate e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia in Euro.

Art. 30 - Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi per le prestazioni di Morte, Lesioni o Invalidità Permanente non sono cumulabili tra loro. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennità per invalidità permanente, entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di

questo, l'assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra indennità pagata e quella prevista per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 31 - Esonero denuncia Infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui l'Assicurato fosse affetto al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato quanto disposto dall'Art. 34 - Criteri di indennizzabilità - delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 32 - Responsabilità della Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dalla Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'art. 35 - Morte - delle Condizioni Generali di Assicurazione (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso la Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che la Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in esse soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore della Contraente, delle spese di causa da lui sostenute. La Società 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. 33 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di disaccordo sul nesso casuale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 34 - Criteri di indennizzabilità - a richiesta delle Parti si procederà mediante arbitrato di un Collegio Medico, di cui i due primi componenti saranno designati dalle Parti stesse ed il terzo scelto d'accordo dai primi due componenti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Medico.

Tale Collegio Medico risiede presso l'ispettorato Sinistri della Società geograficamente competente.

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 della Lesione o l'accertamento definitivo dell'invalidità ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 34 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 38 - Invalidità Permanente, delle presenti Norme, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 35 - Morte

L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato 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, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i

beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte – se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 36 - Lesioni

Operante per i Settori A ed E

La Società corrisponde l'indennizzo nella misura prevista dalla Tabella Lesioni — Allegato A, alla polizza, per le lesioni che siano causate da un evento assicurato.

In caso di evento che produca più lesioni comprese nella Tabella, la Società non corrisponderà complessivamente indennizzi superiori al capitale massimo assicurato per Lesioni.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, derivi un'Invalidità Permanente superiore al 50% della totale, la Società liquida all'Assicurato una somma per Invalidità Permanente, in luogo della somma assicurata per Lesioni come prevista nella Tabella Lesioni, qualora questa sia meno favorevole.

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma massima assicurata per Lesioni in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull' Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 37 - Precisazioni concernenti la garanzia Lesioni

Operante per i Settori A ed E

- 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 per 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 s'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 di 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, gli verrà indennizzato un capitale pari a quello spettante per il caso morte.
- 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.

Art. 38 - Invalidità Permanente

Operante per i Settori B, C, D, F e G

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell' infortunio. L'indennizzo per Invalidità

Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali previste nella tabella di cui sopra vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 39 - Franchigia assoluta del 5% per il caso Invalidità Permanente

39.1. - Operante per i Settori B, C, F e G

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5% della totale. Per invalidità permanente superiore a detta percentuale, l'indennizzo viene liquidato solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 5%.

39.2. - Operante per il Settore D

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5% della totale. Per invalidità permanente superiore al 5% della totale:

- per i primi Euro 155.000,00 di massimale, l'indennizzo verrà liquidato per l'intera aliquota di invalidità permanente accertata;
- per l'eccedenza a Euro 155.000,00 di massimale anzidetto, l'indennizzo viene liquidato solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 5%. Per invalidità permanente pari o superiori al 20% non sarà applicata alcuna franchigia.

Art. 40 - Morte ed Invalidità Permanente per altre cause

Relativamente alle sole garanzie morte ed invalidità permanente, sono considerati infortunio anche l'infarto cardiaco, l'ictus provocato da emorragia cerebrale, la trombosi cerebrale, l'embolia, la rottura di aneurisma, l'arresto cardiaco-circolatorio (per crisi aritmiche improvvise, gravi bradicardie, sindrome del seno carotideo), le cardiopatie traumatiche (da lesioni non penetranti con conseguente rottura atri e ventricoli, aritmie, insufficienza cardiaca acuta da rottura valvolare, versamento pericardico emorragico), il trauma extratoracico con ipotensione polmonare (da shock) e conseguente ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrome), nonché qualsiasi evento riconducibile alle su indicate patologie, che causino la morte o un'invalidità permanente non inferiore al 60% della totale (grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio), verificatisi durante l'esercizio dell'attività sportiva, sul campo o entro il limite sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa.

La garanzia è operante a condizione che l'infortunato sia in regola con le visite mediche annuali previste dalle vigenti disposizioni regolamentari.

La presente estensione di garanzia è prestata con un limite massimo di Euro 51.646,00 a persona.

Art. 41 - Virus H.I.V.

Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo a seguito di contagio da virus H.I.V. avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna durante lo svolgimento delle attività inerenti il contratto, l'Assicuratore mette a disposizione dell'Assicurato un capitale equivalente a Euro 10.330,00. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni dell'Assicuratore verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'assicurazione, le

Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

persone affette da emofilia e tossicomania, nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro. Il diritto a questa indennità è di carattere personale e, quindi non è trasmissibile agli eredi e deve essere esercitato, a pena di nullità, esclusivamente nelle seguenti forme:

- a) qualora l'Assicurato ritenga o supponga di essere stato contagiato dal virus H.I.V., deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, denunciare all'Assicuratore, l'evento dannoso ritenuto causa del presunto contagio da virus H.I.V.. E' fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare all'Assicuratore, una relazione dettagliata dell'evento dannoso. L'Assicurato deve altresì, entro il termine di 6 giorni dall'evento, recarsi presso un ospedale o istituto di cura pubblico o privato e sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V.;
- b) nel caso in cui dagli accertamenti clinici risultasse lo status di sieropositività, riconducendo pertanto l'avvenuto contagio ad un momento precedente l'evento denunciato, nulla sarà dovuto all'Assicuratore, i cui impegni verso tale Assicurato cessano automaticamente senza che niente sia avuto a pretendere;
- c) qualora invece i risultati di detti accertamenti clinici fossero negativi, l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso ospedale od istituto di cura pubblico o privato, ad un successivo test immunologico entro 180 giorni dalla data della denuncia. Se dal secondo test immunologico risultasse lo status di sieropositività, l'Assicuratore provvederà a mettere a disposizione il capitale pattuito, esauendo con tale atto i propri impegni verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa automaticamente all'atto del pagamento dell'indennizzo.

Il rispetto degli obblighi precedentemente indicati è determinante ai fini della validità della garanzia, pena la decadenza della stessa in caso di inadempimento, con conseguente perdita del diritto all'indennizzo. Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima; l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'ospedale od all'istituto di cura pubblico o privato dove vengono effettuate le analisi, prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.

Art. 42 – Morte presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali dal rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione ed accoglimento dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque, non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta da parte dell'assicurato dell'intera somma liquidata, l'assicurato stesso potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 43 – Coma irreversibile

Ai fini della presente assicurazione lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, viene equiparato alla morte. Pertanto, la Società liquiderà la prestazione pattuita qualora l'assicurato permanga in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni. La comunicazione dello stato di caduta in "coma irreversibile" dell'assicurato e l'avvenuto superamento del periodo dei 180 continuativi dovrà essere comunicato per iscritto entro 30 giorni dalle rispettive date.

Sono espressamente esclusi i casi di coma derivanti da abuso di alcolici, dall'uso di psicofarmaci e di stupefacenti.

SEZIONE 6 - CONDIZIONI DI POLIZZA RELATIVE AI SINGOLI SETTORI ASSICURATI

SETTORE A - SETTORE GIOVANILE E SCOLASTICO

Art. 48 - Soggetti Assicurati

I tesserati del "Settore Giovanile e Scolastico" della Federazione Italiana Giuoco Calcio.

Art. 49 - Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli eventi fortuiti, violenti ed esterni che producano:

- una o più lesioni previste nella Tabella Lesioni - Allegato A;
- la morte.

A termini della presente garanzia è considerata lesione ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella Lesioni - Allegato A.

La garanzia è operante per i rischi occorsi durante lo svolgimento delle attività sportive rientranti negli scopi del Settore Giovanile e Scolastico della Federazione Italiana Giuoco Calcio, per la preparazione e gli allenamenti, anche individuali, per corsi e tornei rientranti nei parametri regolamentari, del Settore Giovanile e Scolastico nonché nello svolgimento dei preliminari.

Art. 50 - Rischio in itinere

L'assicurazione si intende estesa agli eventi che colpiscano gli Assicurati durante i viaggi, dal luogo del ritrovo al luogo della manifestazione ufficialmente indetta, effettuato in comitiva regolarmente organizzata ed assistita dagli appositi accompagnatori con mezzi di trasporto pubblici o privati.

Art. 51 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

<u>1. MORTE</u>	€ 125.000,00
<u>2. LESIONI - come da Tabella Lesione - Allegato A, con il massimo di</u>	€ 77.469,00
<u>3. CONTAGIO VIRUS HIV</u>	€ 10.330,00
<u>4. PERDITA ANNO SCOLASTICO</u>	€ 1.550,00
<u>5. DANNO ESTETICO</u>	€ 1.500,00
<u>6. MORSI DI ANIMALI COMPRESI ARACNOIDI ED INSETTI</u>	€ 362,00
<u>7. AVVELENAMENTI</u>	€ 620,00
<u>8. ASSIDERAMENTO CONGELAMENTO - COLPI DI SOLE O DI CALORE</u>	€ 517,00

Art. 52 - 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 l'importo indicato in polizza.

Art. 53 - Danno estetico

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza, la Società rimborserà all'assicurato, fino ad un massimo di Euro 1.500,00, le spese ospedaliere sostenute per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, allo scopo di ridurre o eliminare i danni estetici conseguenti a lesioni al viso con sfregi o con deformazioni permanenti.

E' stabilito che restano escluse dall'assicurazione le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici al viso preesistenti all'evento, nonché le spese relative a protesi, interventi e cure in genere odontoiatriche. Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

Art. 54 - Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Per morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, verrà corrisposto l'importo indicato in polizza.

Art. 55 - Avvelenamenti

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, verrà corrisposto all'assicurato l'importo indicato in polizza.

Art. 56 – Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore

A seguito di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione, verrà corrisposto allo stesso l'importo indicato in polizza.

SETTORE B - DIRIGENTI SOCIETÀ SPORTIVE AFFILIATE AL SETTORE GIOVANILE E SCOLASTICO

Art. 57 - Soggetti Assicurati

I Dirigenti delle società sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico.

Art. 58 - Oggetto del rischio

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività di Dirigente delle società sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico, secondo le regole del proprio mandato, non sempre ricavabili da verbali, registrazioni e/o relazioni.

Rischio in itinere

L'assicurazione si intende estesa agli eventi che colpiscano gli Assicurati durante i trasferimenti effettuati, in comitiva o singolarmente, su ordinari mezzi di trasporto, dalla residenza al luogo della gara e/o manifestazione e ritorno cui gli assicurati stessi devono partecipare.

Art. 59 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

1. MORTE	€ 10.000,00
2. INVALIDITA' PERMANENTE	€ 10.000,00

SETTORE C - CENTRO TECNICO DI COVERCIANO

Art. 60 - Soggetti Assicurati – Copertura e premio

I partecipanti ai corsi per l'acquisizione della qualifica di allenatore, organizzati ed indetti presso il centro Tecnico di Coverciano, ovvero in sedi decentrate.

Copertura

La copertura assicurativa a favore dei partecipanti ai corsi per l'acquisizione della qualifica di allenatore, sarà operativa dalle ore 00:00 del giorno della convocazione e cesserà alle ore 24:00 del giorno di chiusura del corso. A cura dei responsabili dei corsi, il giorno antecedente l'inizio dei corsi stessi, dovrà essere trasmesso via fax al n 06 84835991 della Compagnia e per conoscenza al n. 06 8416565 del Broker, l'elenco nominativo dei partecipanti.

Premio

Il numero dei partecipanti ai corsi viene predeterminata in 2.000 (duemila). Al termine di ciascun periodo assicurativo la Società, previa comunicazione riepilogativa della Contraente, così come previsto dall' Art. 46 - Regolazione del premio.

Art. 61 - Oggetto del rischio

La garanzia è operante per gli infortuni che dovesse subire l'Assicurato esclusivamente durante lo svolgimento delle attività sportive rientranti negli scopi della Federazione, in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti anche con mezzi propri o come trasportati su mezzi di altro convocato, sempreché documentato attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio della Federazione e degli organi competenti.

Oltre a quanto precedentemente previsto, la garanzia è operante in occasione di gare, allenamenti (anche individuali).

Art. 62 - Rischio in itinere

L'assicurazione si intende estesa agli eventi che colpiscano gli Assicurati durante i viaggi, dal luogo del ritrovo al luogo della manifestazione ufficialmente indetta, effettuato in comitiva regolarmente organizzata con mezzi pubblici di trasporto pubblici o privati.

Art. 63 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

1. MORTE	€ 125.000,00
2. INVALIDITA' PERMANENTE	€ 77.469,00

SETTORE D - ARBITRI, ASSISTENTI ARBITRALI E OSSERVATORI ARBITRALI SERIE "A", "B" e "C"

Art. 64 - Soggetti Assicurati

Gli Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "A", "B" e "C".

Art. 65 - Oggetto dei rischio

La garanzia è operante per gli infortuni che dovesse subire l'Assicurato esclusivamente durante lo svolgimento delle attività rientranti negli scopi della Federazione Italiana Giuoco Calcio, per la preparazione e gli allenamenti, anche individuali, per corsi rientranti nei parametri regolamentari della Federazione Italiana Giuoco Calcio nonché nello svolgimento dei preliminari.

Art. 66 - Rischio in itinere

L'assicurazione si intende estesa agli eventi che colpiscano gli Assicurati durante i trasferimenti effettuati, in comitiva o singolarmente, su ordinari mezzi di trasporto, dalla residenza al luogo della gara e/o manifestazione e ritorno cui gli assicurati stessi devono partecipare.

Art. 67 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

1. MORTE	€ 258.250,00
2. INVALIDITA' PERMANENTE	€ 258.250,00
3. RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 20.660,00

Art. 68 - Rimborso spese mediche da infortunio

1) I rimborsi saranno forniti dalla Società entro il limite massimo di Euro 20.659,00 per ogni Assicurato e per annualità assicurativa, complessivamente per tutte le prestazioni di cura indicate al punto 2) che segue.

2) I rimborsi riguardano quattro sezioni di prestazioni, cure, protesi e circostanze speciali, così articolati:

Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

A - Prestazioni di ricovero con intervento chirurgico

Il rimborso sarà fornito in caso di intervento chirurgico resosi necessario in conseguenza dell'evento sportivo- infortunio - coperto di assicurazione e riguarderà:

- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei novanta giorni precedenti l'intervento;
- trasferimento dell'assicurato con qualunque mezzo di trasporto in istituto di cura o in ambulatorio ai fini dell'intervento, in Italia e all'estero, entro il limite del 10% della somma annua assicurata e cioè di Euro 2.059,00.
- onorario del chirurgo e di ogni altro componente dell'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiali di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici o rieducativi, medicinali ed esami post-intervento.

Il rimborso relativo a tutte le prestazioni su elencate, sarà fornito entro il limite massimo annuo del 35% della somma annua assicurata, e cioè di Euro 7.230,00.

B - Prestazioni di ricovero senza intervento chirurgico

Il rimborso sarà fornito in caso di ricovero senza intervento chirurgico resosi necessario in conseguenza dell'evento sportivo - infortunio - coperto di assicurazione e riguarderà:

- accertamenti diagnostici effettuati durante il ricovero;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicine riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza per il periodo di ricovero indispensabile su attestazione del curante in relazione alla situazione clinica dell'assicurato.

Il rimborso relativo a tutte le prestazioni e cure su indicate sarà fornito entro il limite annuo massimo del 20% della somma assicurata e cioè Euro 4.132,00.

C - Prestazioni e cure inerenti a casi che non richiedano ricovero

Il rimborso sarà fornito in caso di prestazioni e cure resesi necessarie in conseguenza dell'evento sportivo infortunio coperto di assicurazione e riguarderà:

- visite mediche, comprese le parcelle per visite specialistiche o per consulti;
- medicinali prescritti dal medico curante, esclusi gli amari medicinali, i lassativi ed i digestivi;
- accertamenti diagnostici;
- prestazioni infermieristiche;
- cure mediche, trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi;
- cure termali, escluse le spese di natura alberghiera, per l'onere eccedente l'eventuale prestazione mutualistica sociale.

Il rimborso relativo a tutte le prestazioni e cure su indicate sarà fornito entro il limite annuo massimo del 15% della somma annua assicurata e cioè Euro 3.099,00.

D - Prestazioni speciali

In aggiunta ai rimborsi di cui ai precedenti punti A, B e C, potranno essere forniti rimborsi per le seguenti prestazioni o protesi, giustificate da specifica prescrizione medica specialistica, resesi necessarie in conseguenza di infortunio occorso in attività sportiva coperta di assicurazione:

Protesi — Spese per protesi ortopediche sostitutive di parti anatomiche fino alla concorrenza dell'importo massimo di Euro 2.583,00 per persona e per anno assicurativo.

Lenti — Spese per la fornitura di lenti (comprese quelle a contatto) sempreché prescritte dal medico specialista in seguito a modifica dei visus dovuta ad infortunio, fino alla concorrenza dell'importo massimo per persona e per anno assicurativo di Euro 259,00.

Apparecchi acustici — Spese per l'acquisto di apparecchi acustici, purché sia stata certificata dal medico una modificazione del grado uditivo, dovuta ad infortunio sportivo, sino alla concorrenza di Euro 517,00 per persona e per anno assicurativo.

Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

Cure dentarie — Le cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio fino alla concorrenza di Euro 2.583,00, con un massimo per dente di Euro 517,00 con una franchigia fissa di Euro 104,00, sempreché l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista, e avvenuto nel corso di una partita ufficiale e ne sia stata fatta menzione nel referto arbitrale.

Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradentale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.

Spese funerarie — In caso di decesso dell'Assicurato conseguente ad uno degli eventi coperti di assicurazione, il rimborso delle spese funerarie, compreso il trasporto e trasferimento salma, verrà effettuato entro il limite massimo di Euro 1.033,00.

Tendiniti Arti Inferiori — In caso di Tendiniti riconducibili ad attività sportiva, che interessino gli arti inferiori, e che necessitino di intervento chirurgico, la Società rimborserà le spese di cura, equiparando l'affezione agli altri interventi chirurgici previsti in convenzione.

SETTORE E - ARBITRI, ASSISTENTI ARBITRALI, OSSERVATORI ARBITRALI SERIE "D" E DILETTANTI , DIRIGENTI AIA.

Art. 69 - Soggetti Assicurati

Gli Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali serie "D" e Dilettanti, Dirigenti A.I.A.

Art. 70 - Oggetto del rischio

La garanzia è operante per gli infortuni che dovesse subire l'Assicurato esclusivamente durante lo svolgimento delle attività rientranti negli scopi della Federazione Italiana Giuoco Calcio, per la preparazione e gli allenamenti, anche individuali, per corsi rientranti nei parametri regolamentari della Federazione Italiana Giuoco Calcio nonché nello svolgimento dei preliminari e manifestazioni.

Art. 71 - Rischio in itinere

L'assicurazione si intende estesa agli eventi che colpiscono gli Assicurati durante i trasferimenti effettuati, in comitiva o singolarmente, su ordinari mezzi di trasporto, dalla residenza al luogo della gara e/o manifestazione e ritorno cui gli assicurati stessi devono partecipare.

Qualora la persona assicurata sia un minore degli anni 18, le garanzie della presente polizza si intendono estese all'accompagnatore conducente, limitatamente agli infortuni ad esso occorsi durante i trasferimenti effettuati, in qualità di conducente di autovettura, dalla residenza al luogo della gara e/o manifestazione e ritorno cui gli assicurati minorenni devono partecipare.

Art. 72 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

1. MORTE	€ 155.000,00
2. LESIONI - come da Tabella Lesione * - Allegato A, con il massimo di	€ 100.000,00
3. RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE	€ 6.198,00
4. SPESE PRE/POST INTERVENTO CHIRURGICO + FISIOTERAPICHE	€ 1.550,00
5. RIMBORSO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	€ 517,00
6. INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO fino al 14° giorno	€ 52,00
INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO dal 15° giorno	€ 104,00
7. RIMBORSO SPESE PER CURE DENTARIE E/O PROTESI DENTARIE	€ 5.165,00
8. INDENNITA' FORFETTARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO E/O IMMOBILIZZANTE E/O INAMOVIBILE	€ 155,00
ELEVABILE A	€ 259,00
9. DANNO ESTETICO	€ 1.500,00

* Nella tabella Lesioni per il Settore E l'indennizzo si intende elevato da € 77.468,53 a € 100.000,00



Art. 73 - Rimborso spese di cura ospedaliera

In caso di infortunio che comporti un ricovero, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza di Euro 6.198,00 per anno assicurativo e dietro presentazione di relativa documentazione, le spese mediche o spese chirurgiche sostenute durante il periodo di ricovero ed in particolare quelle relative a:

- a) onorari dei medici e dei chirurghi, degli aiuti degli assistenti, degli anestesisti, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- b) accertamenti diagnostici, cure;
- c) rette di degenze;

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata con uno scoperto del 20%, con un minimo di Euro 155,00 per sinistro.

In caso di Day-Hospital, tale minimo è elevato a Euro 259,00.

Rimborso delle spese ospedaliere in caso di "grandi interventi" a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza fino a concorrenza di Euro 15.494,00 per persona e per anno assicurativo. Per "grandi interventi" si intendono quelli previsti nell'Allegato B.

Art. 74 - Spese di cura pre e post intervento chirurgico

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, viene messa a disposizione dell'Assicurato un'ulteriore somma fino alla concorrenza di Euro 1.550,00, per spese mediche sostenute entro i 90 giorni prima e/o dopo l'intervento chirurgico.

Nell'ambito di tale somma vengono stabiliti i seguenti limiti di indennizzo:

- Euro 400,00 per sinistro, per le spese relative a trattamenti fisioterapici;
- Euro 250,00 per sinistro, per le spese di visite mediche.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di Euro 104,00 per sinistro.

Art. 75 - Rimborso prestazioni specialistiche

In caso di infortunio, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, le seguenti prestazioni specialistiche:

- TAC
- Risonanza Magnetica
- Radiografie
- Ecografie
- Tutori ortopedici
- Artroscopia diagnostica

Indipendentemente dal rimborso delle spese di cura in caso di ricovero e a quelle pre e post intervento chirurgico già contemplate in polizza.

Il rimborso delle prestazioni di cui sopra è prestato nel limite di Euro 517,00 per persona, per sinistro e per anno assicurativo, previa deduzione di una franchigia fissa ed assoluta di Euro 75,00 per sinistro.

Art. 76 - Indennità giornaliera in caso di ricovero

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio indennizzabile a termini di polizza, corresponsione di una diaria giornaliera di Euro 52,00 dal 3° giorno al 14° giorno e di Euro 104,00 dal 15° giorno e sino al 90° giorno, massimo indennizzabile per anno assicurativo. I primi due giorni del 1° ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.

Nel caso in cui si abbiano più ricoveri a seguito di un unico sinistro, si procederà come segue:

- la franchigia verrà applicata sul primo ricovero;
- per i ricoveri successivi di durata pari o inferiore a 2 giorni, non verrà composta alcuna indennità giornaliera;
- per i ricoveri successivi di durata superiore ai 2 giorni, verrà corrisposta l'indennità giornaliera senza nuova applicazione della franchigia di 2 giorni.

In caso di Day-Hospital non verrà corrisposta alcuna Indennità Giornaliera.

La presente garanzia non è cumulabile con il Rimborso Spese da Ricovero.

Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

Art. 77 - Rimborso spese per cure dentarie e/o protesi dentarie

Nell'ambito della somma assicurata riferita alla garanzia "Rimborso spese da ricovero", l'assicurazione comprende il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per cure dentarie, conseguenti ad infortunio, anche se non effettuate in regime di ricovero, con il limite di Euro 5.165,00 per anno assicurativo e con una franchigia fissa di Euro 104,00 per sinistro e fino ad un massimo di Euro 450,00 per dente.

Sono riconosciuti eventuali danni a protesi dentarie.

Le spese sostenute per cure dentarie saranno ammesse a rimborso solo se l'infortunio che le ha determinate sia avvenuto nel corso di una partita ufficiale e ne sia stata fatta menzione nel referto arbitrale.

Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradentale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.

Art. 78 - Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile

In caso di applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, la Società riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario per sinistro, di Euro 155,00 elevabile a Euro 259,00 per esigenze post intervento chirurgico. Per infortuni che abbiano per conseguenza fratture al viso, alle costole, o lussazioni della spalla, saranno considerati come apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile le applicazioni o fasciature in ogni genere.

Il diritto al riconoscimento dell'indennizzo maturerà solo dietro presentazione di regolare documentazione medica rilasciata dall'Istituto di Cura all'infortunato, dove si certifica l'applicazione e rimozione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile.

Art. 79 - Prestazioni Speciali

A) Danno estetico

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza, la Società rimborserà all'assicurato, fino ad un massimo di Euro 1.500,00, le spese ospedaliere sostenute per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, allo scopo di ridurre o eliminare i danni estetici conseguenti a lesioni al viso con sfregi o con deformazioni permanenti.

E' stabilito che restano escluse dall'assicurazione le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici al viso preesistenti all'evento, nonché le spese relative a protesi, interventi e cure in genere odontoiatriche.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

B) Indennità Aggiuntiva

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, avvenuto durante l'esercizio dell'attività sportiva, derivi un'invalidità Permanente non inferiore al 50%, l'assicurazione liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore necessaria per la costituzione di una rendita immediata di importo pari a Euro 12.000,00 annui, pagabile in due semestralità anticipate per la durata di 10 anni, mediante la stipulazione di un apposito contratto di assicurazione con lo stesso Assicuratore.

C) Tendiniti Arti Inferiori

In caso di tendiniti riconducibili ad attività sportiva, che interessino gli arti inferiori, e che necessitino di intervento chirurgico, la Società rimborserà le spese di cura, equiparando l'affezione agli altri interventi chirurgici previsti in convenzione.

D) Perdita anno scolastico

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato sia costretto ad un'assenza dalle regolari lezioni, tale da comportare la perdita dell'anno scolastico, espressamente motivata e convalidata dall'organismo scolastico preposto, l'Assicuratore liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore pari a Euro 3.000,00

SETTORE F - CATEGORIA DEI "PICCOLI AMICI"

Art. 80 - Soggetti Assicurati

I Tesserati della categoria "Piccoli Amici".

Art. 81 - Oggetto dei rischio

La garanzia è operante per gli infortuni che dovesse subire l'Assicurato esclusivamente durante lo svolgimento delle attività sportive rientranti negli scopi della F.I.G.C., in occasione di riunioni, incarichi, missioni semprechè documentate attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio della F.I.G.C. e degli organi competenti.

Oltre a quanto precedentemente previsto, la garanzia è operante in occasioni di gare, allenamenti (anche individuali).

Art. 82 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

<u>1. MORTE</u>	<u>€.51.646,00</u>
<u>2. INVALIDITA' PERMANENTE</u>	<u>€.51.646,00</u>

SETTORE G - DIRIGENTI E COLLABORATORI DEL SETTORE GIOVANILE

Art. 83 - Soggetti Assicurati

La presente copertura vale per i Dirigenti e collaboratori della Settore Giovanile.

Art. 84 - Oggetto del rischio

La garanzia è operante per gli infortuni che dovesse subire l'Assicurato esclusivamente durante lo svolgimento delle attività sportive rientranti negli scopi della F.I.G.C., in occasione di riunioni, incarichi, missioni semprechè documentate attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio della Federazione Italiana Giuoco Calcio e degli organi competenti.

Oltre a quanto precedentemente previsto, la garanzia è operante in occasioni di gare, allenamenti (anche individuali).

Rischio in itinere

L'assicurazione si intende estesa agli eventi che colpiscano gli Assicurati durante i trasferimenti effettuati, in comitiva o singolarmente, su ordinari mezzi di trasporto, dalla residenza al luogo della gara e/o manifestazione e ritorno cui gli assicurati stessi devono partecipare.

Art. 85 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

<u>1. MORTE</u>	<u>€.51.646,00</u>
<u>2. INVALIDITA' PERMANENTE</u>	<u>€.51.646,00</u>

SEZIONE INTEGRATIVA - FACOLTATIVA "CARTELLINO GIALLO/VERDE/ROSA"

E' consentito alle singole Società del "Settore Giovanile e Scolastico" e della "Categoria Piccoli Amici", affiliate alla F.I.G.C.- Federazione Italiana Giuoco Calcio Calcio, di stipulare ad adesione la presente copertura assicurativa integrativa, a favore dei propri tesserati "Cartellino Giallo/Verde/Rosa", previo pagamento del premio convenuto.

Le condizioni assicurative previste nella presente sezione non vincolano in alcun modo la Spett.le F.I.G.C., ma le singole Società Sportive del "Settore Giovanile e Scolastico" e della "Categoria Piccoli Amici", affiliate alla F.I.G.C., che liberamente possano decidere di sottoscriverle.

La presente copertura Assicurativa Integrativa/Facoltativa "Cartellino Giallo/Verde/Rosa", in caso di sottoscrizione secondo i criteri operativi di seguito riportati, varrà esclusivamente a favore dei tesserati - Cartellino Rosa - del "Settore Giovanile e Scolastico" e della "Categoria Piccoli Amici", coperti dalla Polizza della Federazione Italiana Giuoco Calcio n. 100/356457e limitatamente alle garanzie che seguono.

A. CONDIZIONE PRESTATE CON COPERTURA ASSICURATIVA INTEGRATIVA/FACOLTATIVA "CARTELLINO GIALLO/VERDE/ROSA" PER TESSERATI DEL "SETTORE GIOVANILE E SCOLASTICO" E DELLA "CATEGORIA PICCOLI AMICI".

1. Rimborso Spese di Cura Ospedaliere

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che comporti un ricovero, la Società rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza di € 5.165,00 per anno assicurativo e dietro presentazione di relativa documentazione. Le spese mediche o spese chirurgiche sostenute durante il periodo di ricovero ed in particolare quelle relative a:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- accertamenti diagnostici, cure;
- rette di degenza.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata con uno Scoperto del 20% con un minimo di € 155,00 per sinistro.

In caso di Day-Hospital, tale minimo è elevato a € 259,00.

Rimborso delle spese ospedaliere in caso di "grandi interventi" a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza fino a concorrenza di € 15.494,00 per persona e per anno assicurativo.

Per "grandi interventi" si intendono quelli previsti nell'allegato B "Grandi Interventi".

2. Spese di Cura Pre-Post Intervento Chirurgico, Spese Fisioterapiche

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, viene messa a disposizione dell'Assicurato un'ulteriore somma fino alla concorrenza di € 1.550,00, per spese sostenute entro i 90 giorni prima e/o dopo l'intervento chirurgico, con l'applicazione di una franchigia fissa di € 104,00 per evento.

Nell'ambito di tale somma vengono riconosciute le spese relative a cicli di trattamenti fisioterapici con un massimo di € 259,00 per sinistro e con franchigia fissa di €104,00.

Le spese relative alla presente garanzia vengono riconosciute anche se non effettuate durante il ricovero.

3. Indennità Giornaliera in caso di ricovero

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio indennizzabile a termine di polizza, verrà corrisposta una diaria giornaliera di € 104,00, dal 3° giorno al 14° giorno e una diaria di € 155,00 dal 15° giorno e sino al 90° giorno. Il 90° giorno è stabilito come massimo indennizzabile per anno assicurativo.

I primi due giorni di ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.

Nel caso in cui si abbiano più ricoveri a seguito di un unico sinistro, si procederà come segue:

- la franchigia verrà applicata sul primo ricovero;
- per i ricoveri successivi di durata pari o inferiore a 2 giorni, non verrà corrisposta alcuna indennità giornaliera;

- per i ricoveri successivi di durata superiore ai 2 giorni, verrà corrisposta l'indennità giornaliera senza nuova applicazione della franchigia di 2 giorni.

In caso di Day-Hospital non verrà corrisposta alcuna Indennità Giornaliera. La presente garanzia non è cumulabile con il rimborso spese da ricovero.

4. Rimborso Spese per Cure Dentarie e/o Protesi Dentarie

Nell'ambito della somma assicurata riferita alla garanzia di cui al punto 1. "Rimborso Spese di Cura Ospedaliera", della presente Appendice, l'assicurazione comprende il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per cure dentarie, conseguenti ad infortunio, anche se non effettuate in regime di ricovero. con il limite di € 2.583,00 per anno assicurativo e con una franchigia fissa di € 104,00 per sinistro e fino ad un massimo di € 450,00 per dente.

Sono riconosciuti eventuali danni a protesi dentarie.

Le spese sostenute per cure dentarie saranno ammesse a rimborso solo se l'infortunio che le ha determinate sia avvenuto nel corso di una partita ufficiale e ne sia stata fatta menzione nel referto arbitrale.

Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradentarie e dei denti molli), per l'accertamento del caso e richiesta la documentazione radiologica.

5. Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura

In caso di applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, la Società riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario per sinistro, di € 155,00 elevabile a € 259,00 per esigenze post intervento chirurgico. Per infortuni che abbiano per conseguenza fratture al viso, alle costole, o lussazioni della spalla, saranno considerati come apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile le applicazioni o fasciature di ogni genere.

Il diritto al riconoscimento dell'indennizzo maturerà solo dietro presentazione di regolare documentazione medica rilasciata da Istituto di Cura all'infortunato, dove si certifica l'applicazione e rimozione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile.

B. NOTA OPERATIVA

Al fine della corretta sottoscrizione della copertura assicurativa integrativa facoltativa "Cartellino Giallo/Verde/Rosa", le Società Sportive del "Settore Giovanile e Scolastico" e della "Categoria Piccoli Amici", che vorranno sottoscrivere a favore dei propri tesserati la copertura assicurativa di cui alla presente Sezione, dovranno osservare le seguenti indicazioni:

Modalità di Adesione

- Compilazione della Scheda di Adesione (Allegato C), che dovrà essere redatta in tutte le sue parti;
- Compilazione dell'Elenco Nominativo (nome, cognome e data di nascita) delle persone da assicurare, suddiviso tra tesserati del "Settore Giovanile e Scolastico" e tesserati della "Categoria Piccoli Amici";
- La compilazione della Scheda di Adesione dovrà essere fatta in duplice copia, in modo da inviarne una alla Compagnia di assicurazione al fax n. 06 84835991 (Spettabile INA-Assitalia S.p.A.) ed al Broker (Spettabile Broking Italia S.r.l.) al fax n. 06 8416565 ed una deve essere trattenuta presso la Società Sportiva a corredo della pratica.

Premio

Il premio lordo annuale pro-capite, per tesserato F.I.G.C. Cartellino Giallo/Verde/Rosa, è pari a € 7,00.

Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

Pagamento del Premio

- Il pagamento del premio della Scheda di Adesione, calcolato sulla base di premi lordi pro capite dovrà essere effettuato dalla Società Sportiva, tramite versamento sul conto corrente bancario n. 01004670000 intestato a Broking Italia S.r.l. presso la Banca Finnat Euramerica S.p.A. Sede di Piazza del Gesù, 49 -00186 Roma, CIN Z ABI 03087 CAB 03200;
- Copia della ricevuta di bonifico bancario con allegata la Scheda di Adesione dovrà essere inviata alla Compagnia di assicurazione al fax n. 06 84835991 (Spettabile Assitalia S.p.A.) ed al Broker (Spettabile Broking Italia S.r.l.) al fax n. 06 8416565;

Il premio annuale è indivisibile e dovuto interamente a prescindere dalla data della richiesta di adesione e di pagamento del premio.

Decorrenza e Scadenza dell'Assicurazione

La presente Copertura Assicurativa Integrativa/Facoltativa "Cartellino Giallo/Verde/Rosa", avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'operazione di bonifico bancario.

Ai fini della copertura assicurativa è fatto obbligo alla Società Sportiva della F.I.G.C. di inviare alla Compagnia e per conoscenza al Broker unitamente alla copia del bonifico bancario e della Scheda di Adesione, l'elenco nominativo delle persone assicurate suddiviso tra: tesserati del "Settore Giovanile e Scolastico" e tesserati della "Categoria Piccoli Amici".

La scadenza della Copertura Assicurativa Integrativa/Facoltativa "Cartellino/Giallo/Verde/Rosa" è fissata alle ore 24:00 del 30 Giugno di ogni anno, senza tacito rinnovo.

Alla scadenza di ogni annualità assicurativa, la Società Sportiva della F.I.G.C. avrà la possibilità di rinnovare la copertura assicurativa integrativa/facoltativa tramite la compilazione di una nuova Scheda di Adesione ed il pagamento del premio corrispondente, da inoltrare con le modalità sopra specificate.

Informazioni telefoniche

Chiamando il numero telefonico 800 338 168, le Società Sportive del "Settore Giovanile e Scolastico" e della "Categoria Piccoli Amici", ed i singoli tesserati, possono richiedere in condizioni prestate con la copertura assicurativa integrativa/facoltativa "Cartellino Rosa" tesserati - Cartellino Giallo/Verde/Rosa - del "Settore Giovanile e Scolastico" e della "Categoria Piccoli Amici".



SEZIONE INTEGRATIVA - FACOLTATIVA "A.I.A."

E' consentito alle singole Sedi di Sezioni dell'Associazione Italiana Arbitri A.I.A. di stipulare ad adesione la presente copertura assicurativa integrativa/facoltativa, a favore dei propri tesserati, previo pagamento del premio convenuto.

Si precisa che le Sezioni dell'Associazione Italiana Arbitri sono 212 su tutto il territorio italiano.

Le condizioni assicurative previste dalla presente appendice non vincolano in alcun modo la Spett.le F.I.G.C., ma le singole Sedi di Sezioni dell' A.I.A., che liberamente possano decidere di sottoscriverle in favore dei propri tesserati.

La presente Copertura Assicurativa Integrativa/Facoltativa "A.I.A.", in caso di sottoscrizione secondo i criteri operativi di seguito riportati, varrà esclusivamente a favore degli Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "A", "B" e "C" e degli Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali serie "D" e Dilettanti, Dirigenti A.I.A., coperti dalla Polizza della Federazione Italiana Giuoco Calcio n. 100/356457e limitatamente alle garanzie che seguono.

A. CONDIZIONI PRESTATE CON COPERTURA ASSICURATIVA INTEGRATIVA/FACOLTATIVA "A.I.A." PER ARBITRI, ASSISTENTI ARBITRALI E OSSERVATORI ARBITRALI SERIE "A", "B" E " C E DEGLI ARBITRI, ASSISTENTI ARBITRALI, OSSERVATORI ARBITRALI SERIE "D" E DILETTANTI, DIRIGENTI A.I.A.

1. Rimborso delle Spese Mediche a seguito di Infortunio che non comporti ricovero in Istituto di Cura.

In caso di infortunio, indennizzabile a termine di polizza, che non comporti ricovero in istituto di cura, la Società rimborserà all'Assicurato fino alla concorrenza di € 1.550,00, quanto da lui sostenuto per spese mediche.

Relativamente alle terapie fisiche, la somma assicurata è prestata fino al limite di € 259,00 in presenza di Lesioni leggere causate da infortunio e nel limite di € 517,00, in presenza di Lesioni medie causate da infortunio.

Vanno classificate come "Lesioni leggere": distorsioni, stiramenti muscolari, ematomi, contusioni in genere.

Vanno classificate come "Lesioni medie": strappi al tendine, strappi ai legamenti, distorsioni gravi con ingessatura.

La garanzia è prestata con lo scoperto a carico dell'Assicurato del 10%, con il minimo di € 104,00.

2. Indennità Giornaliera in caso di ricovero

In caso di ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, verrà corrisposta una diaria giornaliera di € 52,00, dal 3° giorno e sino al 60° giorno, massimo indennizzabile per anno assicurativo. I primi due giorni del 1° ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.

Nel caso in cui si abbiano più ricoveri a seguito di un unico sinistro, si procederà come segue:

- la franchigia verrà applicata sul primo ricovero;
- per i ricoveri successivi di durata pari o inferiore a 2 giorni non verrà corrisposta alcuna indennità giornaliera;
- per i ricoveri successivi di durata superiore ai 2 giorni, verrà corrisposta l'indennità giornaliera senza nuova applicazione della franchigia di 2 giorni.

In caso di Day-Hospital non verrà corrisposta alcuna Indennità Giornaliera. La presente garanzia non è cumulabile con il rimborso spese da ricovero.

B. NOTA OPERATIVA

Al fine della corretta sottoscrizione della copertura assicurativa integrativa/facoltativa "A.I.A.", le Sedi di Sezioni dell'Associazione Italiana Arbitri A.I.A., che vorranno sottoscrivere a favore dei propri tesserati la copertura assicurativa di cui alla presente appendice, dovranno osservare le seguenti indicazioni:



Modalità di Adesione

- Compilazione della Scheda di Adesione (Allegato D), che dovrà essere redatta in tutte le sue parti;
- Compilazione dell'Elenco nominativo (nome, cognome e data di nascita) delle persone da assicurare, che in ogni caso non può essere inferiore a 15 per ciascuna adesione di Sede di Sezione A.I.A.; suddiviso tra:
 1. Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "A", "B" e "C"
 2. Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali serie "D" e Dilettanti, Dirigenti A.I.A. - F.I.G.C.
- La compilazione della Scheda di Adesione dovrà essere fatta in duplice copia, in modo da inviarne una alla Compagnia di assicurazione al fax n. 06 84835991 (Spettabile INA-Assitalia S.p.A.) ed al Broker (Spettabile Broking Italia S.r.l.) al fax n. 06 8416565 e una deve essere trattenuta presso la Società Sportiva a corredo della pratica.

Premio

Il premio lordo annuale pro-capite è stato fissato in:

- Euro 8,50 per ciascuno degli Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "A", "B" e "C";
- Euro 8,50 per ciascuno degli Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali serie "D" e Dilettanti, Dirigenti A.I.A.

Il premio lordo annuale pro-capite è indivisibile e dovuto per intero indipendentemente dalla data della richiesta di adesione e di pagamento del premio.

Ogni Sede di Sezione A.I.A. aderente deve assicurare non meno di 15 persone.

Pagamento del Premio

Il pagamento del premio della Scheda di Adesione, calcolato sulla base di premi lordi pro-capite, dovrà essere effettuato dalla Sede di Sezione A.I.A., tramite versamento sul conto corrente bancario n. 01004670000 intestato a Broking Italia S.r.l. presso la Banca Finnat Euramerica S.p.A. Sede di Piazza del Gesù, 49 - 00186 Roma, CIN Z ABI 03087 CAB 03200;

Copia della ricevuta di bonifico bancario con allegata la Scheda di Adesione dovrà essere inviata alla Compagnia di assicurazione al fax n. 06 84835991 (Spettabile Assitalia S.p.A.) ed al Broker (Spettabile Broking Italia S.r.l.) al fax n. 06 8416565;

Decorrenza e Scadenza dell'Assicurazione

La presente Copertura Assicurativa Integrativa/Facoltativa "A.I.A.", avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'operazione di bonifico bancario.

Ai fini della copertura assicurativa è fatto obbligo alla Sede di Sezione A.I.A. di inviare alla Compagnia e per conoscenza al Broker unitamente alla copia del bonifico bancario e della scheda di adesione, l'elenco nominativo delle persone assicurate suddiviso tra:

1. Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "A", "B" e "C";
2. Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "D" e Dilettanti, Dirigenti A.I.A. e F.I.G.C.

La scadenza della Copertura Assicurativa Integrativa/Facoltativa "A.I.A." è fissata alle ore 24:00 del 30 Giugno di ogni anno, senza tacito rinnovo.

Alla scadenza di ogni annualità assicurativa, la Sede di Sezione A.I.A. avrà la possibilità di rinnovare la copertura assicurativa integrativa/facoltativa tramite la compilazione di una nuova Scheda di Adesione ed il pagamento del premio corrispondente, da inoltrare con le modalità sopra specificate.

Informazioni telefoniche

Chiamando il numero telefonico 800 338 168 le Sedi di Sezione A.I.A. Associazione Italiana Arbitri, ed i singoli tesserati, possono richiedere informazioni sulle Condizioni prestate con la presente copertura assicurativa integrativa/facoltativa "A.I.A.", a favore degli Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "A", "B" e "C" e degli Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali serie "D" e Dilettanti, Dirigenti A.I.A..

POLIZZA ASSISTENZA

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(valide per tutti i Settori salvo diversa indicazione)

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Assicurato	la persona fisica tesserato della FIGC.
Assistenza	l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito dei verificarsi di un sinistro.
Attività Sportiva	partecipazione a gare di campionato, di torneo od amichevoli, purché dirette da arbitri incaricati dalla Federazione competente.
Centrale operativa	la struttura di Europ Assistance Service S.p.A., costituita da medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, per l'erogazione delle prestazioni Assistenza. E' composta da una Centrale telefonica che riceve le chiamate degli Assicurati e attiva le assistenze, e dalla Rete esterna che effettua gli interventi sul posto.
Contraente	la persona fisica o giuridica che stipula l'Assicurazione.
Domicilio	il luogo di abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato in Italia.
Estero	Europa e più precisamente tutti i paesi dell'Europa geografica ad ovest degli Urali.
Familiare	la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato e con lui stabilmente convivente nell'abitazione così come risultante dallo stato di famiglia.
Garanzia	la prestazione di assistenza fornita, in caso di sinistro, tramite la Centrale operativa.
Infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'invalidità temporanea.
Istituto di cura	l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza medica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, le cliniche per cure dietologiche ed estetiche nonché le colonie della salute, i gerontocomi e gli ospizi per anziani.
Italia	il territorio italiano, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
Residenza	il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale, purché in Italia.
Ricovero	la degenza, comportante pernottamento, in istituti di cura regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
Rimpatrio Sanitario	il trasferimento dell'Assicurato dall'Estero in Italia.
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Trasferimento Sanitario	il trasporto dell'Assicurato ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa: a) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato all'istituto di cura prescelto ed abilitato alle cure del caso b) dal luogo del sinistro al più vicino ed idoneo istituto di cura c) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato al proprio domicilio, in caso di dimissione
Trasporto Sanitario	l'organizzazione del trasferimento dell'Assicurato con il mezzo più idoneo (ambulanza, treno, aereo di linea, aereo sanitario) ad insindacabile giudizio della centrale Operativa.
Viaggio	qualunque località al di fuori dell'Italia sia durante i trasferimenti che durante il soggiorno.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

(GARANZIE VALIDE IN ITALIA)

Art. 9- Assistenza notturna in caso di ricovero

Qualora l'Assicurato, ricoverato presso un istituto di Cura a seguito di infortunio, necessiti di assistenza specializzata, la Centrale Operativa provvederà a reperire ed inviare personale infermieristico o socioassistenziale presso la struttura dove è ricoverato.

La ricerca e selezione saranno effettuate in base alla tipologia del problema dell'Assicurato secondo il parere dell'équipe medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante.

Per ciascun anno di validità della polizza le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo aggiuntivo a carico dell'Assicurato fino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e di 24 ore lavorative per sinistro, con il limite di Euro 40,00 per ora.

Art. 10- Rientro dell'assicurato convalescente dopo le cure

Qualora l'Assicurato, ancorché convalescente a seguito di infortunio, sia dimesso dall'istituto di cura presso il quale era ricoverato ma non sia in grado di rientrare autonomamente alla propria residenza, potrà richiedere alla Centrale Operativa l'organizzazione del suo trasferimento.

Il trasporto potrà essere effettuato con i mezzi e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Centrale Operativa dopo il consulto con i medici dell'ospedale, utilizzando:

- l'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato;
- il treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- l'autoambulanza.

Se le circostanze lo richiederanno la Società metterà a disposizione un accompagnatore.

Per ciascun anno di validità della polizza le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo aggiuntivo a carico dell'Assicurato fino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e di Euro 520,00 per sinistro.

(GARANZIE VALIDE ALL'ESTERO)

Art. 11- Consulenza medica telefonica

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Centrale Operativa, che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da fornire.

Art. 12- Reperimento ed invio di un medico nei casi d'urgenza

Qualora poi dai primi dati risultanti dal contatto telefonico il servizio medico della Centrale Operativa giudicasse necessario l'intervento di un medico, provvederà ad inviare un medico generico sul posto tenendo a proprio carico il relativo costo.

Qualora nessuno dei medici convenzionati della Società fosse immediatamente disponibile e/o qualora le circostanze lo rendessero necessario, la Società potrà organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in ambulanza presso il pronto soccorso più vicino.

Anche in questo caso il costo resta a carico della Società.

Art. 13 - Trasferimento sanitario in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio sia affetto da una patologia ritenuta non curabili / dell'organizzazione ospedaliera dove è stato ricoverato, per caratteristiche obiettivamente medici della Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico con il Medico Operativa provvederà:

- ad individuare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura più vicino e ritenuto attrezzato per la patologia dell'Assicurato;

- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato
 - treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto
 - autoambulanza, senza limiti di percorso
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con il personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Centrale Operativa.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera presso cui l'Assicurato è stato ricoverato, nonché le terapie riabilitative, le malattie infettive e ogni altra patologia nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali.

Art. 14 - Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Durante il ricovero dell'Assicurato sono attivati i contatti telefonici con la struttura ospedaliera e la famiglia per fornire ogni utile notizia clinica.

Art. 15- Interprete

La Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero, e limitatamente ai paesi ove esistano propri corrispondenti, organizzerà il reperimento di un interprete e la Società se ne assumerà il costo sino ad otto ore lavorative per sinistro.

Art. 16 -Trasmissione messaggi urgenti

La Centrale Operativa, in caso di necessità conseguente a ricovero all'estero, provvederà all'inoltro di messaggi urgenti a familiari residenti in Italia.

Art. 17- Rimpatrio sanitario dal centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato convalescente venga dimesso dal centro ospedaliero presso il quale era ricoverato, e non sia in grado di rientrare autonomamente in Italia presso la propria residenza o presso un altro centro medico per la continuazione delle cure, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il suo rientro con il mezzo che i medici della Centrale Operativa stessa riterranno più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

Art. 18- Obbligo dell'assicurato in caso di sinistro

Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato dovrà contattare al momento dell'insorgere della necessità, e comunque non oltre 3 giorni dal verificarsi del sinistro, la Centrale Operativa della Società al numero verde 800 450130 il numero urbano 02 58286788

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, inviare un telegramma a EUROP ASSISTANCE SERVICE S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano. La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste. Inoltre dovrà qualificarsi come Assicurato "FIGC" e comunicare:

- Riferimento: GC polizza 100/00356457
- cognome e nome;
- prestazione richiesta;
- suo indirizzo o recapito temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

Resta inteso che qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro, dovrà farlo non appena ne sarà in grado.

Art. 19- Rischi esclusi

Fermo restando le condizioni e le esclusioni previste per le singole prestazioni valgono inoltre le seguenti esclusioni:

- 1) Tutte le prestazioni sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
 - a) guerre, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, occupazione militare, invasione;
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo, di sabotaggio e di vandalismo,
 - c) da atti di pura temerarietà dell'Assicurato o conseguenti ad atti dolosi o illeciti dello stesso, ivi compresi il suicidio ed il tentato suicidio;
 - d) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di Sport aerei in genere;
 - e) abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e di allucinogeni;
 - f) eventi avvenuti fuori del periodo di copertura.
- 2) Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- 3) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
- 4) La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili
- 5) Per qualsiasi richiesta di informazioni, lamentele, contestazioni, l'Assicurato deve rivolgersi direttamente alla Società.
- 6) Ogni diritto nei confronti della Società derivante dalla presente polizza deve essere esercitato dall'Assicurato, a pena di estinzione e decadenza, entro il termine tassativo di un anno dalla data dell'evento costitutivo del diritto stesso.
- 7) Tutte le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Art. 20 Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da una delle seguenti infermità mentali -sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidei, forme maniaco-depressive - non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si conviene che qualora una o più malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applica quanto disposto dall'art. 1898 del C.C..

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 5 - "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" della Sezione 2 – Norme che regolano il contratto in generale.

Art. 21- Trasmissione dei dati

Al fine di consentire l'attivazione dei servizi da parte della centrale Operativa, al momento dell'entrata in vigore della copertura, la Contraente provvederà a comunicare su supporto informatico predefinito (nome e cognome, società sportiva di appartenenza, numero tessera FIGC, data partenza, data rientro) l'elenco di tutti gli Assicurati che parteciperanno alla trasferta/viaggio all'estero

Allegato A – Tabella Lesioni

TABELLA LESIONI	TOTALE
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	1.084,56
FRATTURA SFENOIDE	774,69
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	464,81
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	619,75
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	1.084,56
FRATTURA ETMOIDE	464,81
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	309,87
FRATTURA OSSA NASALI	387,34
FRATTURA MANDIBOLARE (per lato)	619,75
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4.648,11
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI II-III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	774,69
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA	6.197,48
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I- VERTEBRA	7.746,85
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	624,91
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	3.873,43
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	315,04
TRATTO LOMBARE	
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	3.873,43
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	315,04
OSSO SACRO	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	624,91
COCCIGI	
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	619,75
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	464,81
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	2.324,06
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	635,24
FRATTURA STERNO	309,87
FRATTURA DI UNA COSTA (COMPOSTA)	77,47
FRATTURA DI UNA COSTA (SCOMPOSTA)	232,41
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	464,81
ARTO SUPERIORE (DESTRO O SINISTRO)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	469,98
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	929,62
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	929,62
AVAMBRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	304,71
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	619,75

Si ricorda che il Settore E l'indennizzo si intende elevato da € 77.468,53 a € 100.000,00



FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	619,75
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	304,71
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	619,75
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	619,75
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	774,69
FRATTURA SEMILUNARE	464,81
FRATTURA PIRAMIDALE	309,87
FRATTURA PISIFORME	154,94
FRATTURA TRAPEZIO	309,87
FRATTURA TRAPEZOIDE	309,87
FRATTURA CAPITATO	309,87
FRATTURA UNCINATO	309,87
FRATTURA I° METACARPALE	929,62
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	464,81
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA POLLICE	619,75
INDICE	464,81
MEDIO	464,81
ANULARE	309,87
MIGNOLO	464,81
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA POLLICE	464,81
INDICE	387,34
MEDIO	309,87
ANULARE	154,94
MIGNOLO	309,87
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	309,87
MEDIO	154,94
ANULARE	154,94
MIGNOLO	309,87
ARTO INFERIORE (DESTRO O SINISTRO)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	929,62
EPIFISI PROSSIMALE (delimitata dal collo chirurgico)	3.098,74
EPIFISI DISTALE (delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	1.549,37
FRATTURA ROTULA	619,75
FRATTURA TIBIA	
DIAFISARIA	464,81
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o feccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	779,85
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o feccetta articolare inferiore)	785,01
FRATTURA PERONE	
DIAFISARIA	309,87
ESTREMITA' SUPERIORE (capitello o feccetta articolare tibiale)	464,81
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	619,75
PIEDE	
TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	2.065,83
FRATTURA CALCAGNO	3.873,43
FRATTURA SCAFOIDE	464,81
FRATTURA CUFOIDE	619,75
FRATTURA CUNEIFORME	154,94

Si ricorda che il Settore E l'indennizzo si intende elevato da € 77.468,53 a € 100.000,00



METATARSI	
FRATTURA I° METATARSALE	619,75
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	309,87
FALANGI	
FRATTURA ALLUCE (I° O II° falange)	387,34
FRATTURA I° O II° O III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	154,94
LESIONI PARTICOLARI	
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (con estensione breccia oltre i 10 cm)	12.911,42
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (con estensione breccia fino i 10 cm)	1.239,50
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	2.582,28
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	11.625,44
ESITI EPATECTOMIA (oltre un mezzo del parenchima)	10.329,14
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) O GASTRECTOMIA TOTALE	30.987,41
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) - non cumulabile-	15.493,71
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) - non cumulabile-	30.987,41
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' DEL RETTO -non cumulabile-	11.620,28
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	30.987,41
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	77.468,53
COLECISTECTOMIA -non cumulabile	790,18
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	630,08
SAFENECTOMIA BILATERALE -non cumulabile-	950,28
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	1.549,37
PORTATORE ASINTOMATICO ANTICORPO POSITIVO (HIV +)	619,75
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE -non cumulabile-	38.760,09
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	475,14
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	785,01
LOBECTOMIA POLMONARE	11.625,44
PNEUMONECTOMIA	23.240,56
PROTESI SU AORTA TORACICA	15.498,87
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	11.625,44
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	27.113,99
CECITA' MONOLATERALE (perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	21.691,19
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	77.468,53
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	9.296,22
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	38.734,27
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	23.240,56
CORDECTOMIA	11.589,29
EMILARINGECTOMIA	19.336,15
LARINGECTOMIA	38.703,28
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	77.468,53
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	1.239,50
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	11.620,28
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima - trattata/e chirurgicamente)	1.234,33
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	640,41
PROTESI D'ANCA - non cumulabile-	15.519,53
PROTESI DI GINOCCHIO -non cumulabile-	19.392,96
PATELLECTOMIA TOTALE	4.648,11
PATELLECTOMIA PARZIALE	2.065,83
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	774,69
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	21.691,19
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	23.240,56
ISTERECTOMIA - non cumulabile-	15.519,53
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	23.266,38
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	800,51



Si ricorda che il Settore E l'indennizzo si intende elevato da € 77.468,53 a € 100.000,00

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	1.389,27
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	774,69
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	1.084,56
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO -valore massimo per ogni dito-	459,65
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE - non cumulabile-	924,46
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (documentata radiologicamente)	619,75
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	1.084,56
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	1.549,37
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE	469,98
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE	635,24
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	929,62
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA - non cumulabile-	779,85
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente) - valore massimo per ogni dito	387,34
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE	619,75
LUSSAZIONE D'ANCA (documentato radiologicamente)	2.324,06
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (documentato radiologicamente)	309,87
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (documentata radiologicamente)	154,94
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO	774,69
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE - non cumulabile tra loro-	1.249,83
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI - non cumulabili tra loro-	397,67
LESIONE TENDINE ROTULEO	387,34
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA -non cumulabili tra loro-	929,62
AMPUTAZIONI	
ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	77.468,53
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	77.468,53
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	77.468,53
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	40.283,64
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	44.931,75
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	43.382,38
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	38.734,27
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	34.086,16
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	34.860,84
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	32.536,78
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	36.410,21
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	29.438,04
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	33.311,47
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	30.987,41
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	24.789,93
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	28.663,36
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	23.240,56
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	27.113,99
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	27.113,99
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	21.691,19
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	25.564,62
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	18.592,45
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	17.043,08
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	20.916,50
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	13.944,34
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	17.817,76
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	15.493,71
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	15.493,71

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	10.845,59
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	1.549,37
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	1.084,56
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	9.296,22
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	10.070,91
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	774,69
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	542,28
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	387,34
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	697,22
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	1.549,37
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	1.239,50
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	929,62
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	1.394,43
ARTO INFERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	77.468,53
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	77.468,53
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	77.468,53
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	38.734,27
PERDITA DI UN PIEDE	34.860,84
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	20.916,50
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	77.468,53
PERDITA DELL'ALLUCE	929,62
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	464,81
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	154,94
PERDITA DI TUTTE LE DITA DEL PIEDE	1.549,37
SINDROMI CORTICALI TRAUMATICHE	
SINDROME PREFRONTALE (demenza incompleta)	20.658,28
SINDROME PREFRONTALE (demenza completa)	77.468,53
SINDROME PREMOTORIA	12.911,42
SINDROME AREA MOTORIA (emiplegia completa)	77.468,53
SINDROME AREA MOTORIA MONOPRESI ARTO SUPERIORE	10.329,14
SINDROME AREA MOTORIA MONOPLAGIA ARTO SUPERIORE	10.329,14
SINDROME AREA MOTORIA MONOPLAGIA ARTO SUPERIORE ED INFERIORE	25.822,84
SINDROME AREA MOTORIA MONOPRESI ARTO INFERIORE	10.329,14
SINDROME TEMPORALE	15.493,71
SINDROMI SOTTOCORTICALI TRAUMATICHE	
SINDROME TALAMICA	77.468,53
EPILESSIA TRAUMATICA	
SALTUARIE CRISI CONVULSIVE	2.582,28
SALTUARIE CRISI CONVULSIVE GENERALIZZATE	30.987,41
SINDROME DEMENZIALE TRAUMATICA ASSOCIATA A CRISI EPILETTICHE	77.468,53
LESIONI NERVI CRANICI	
LESIONE CEREBRALE MONOLATERALE	7.746,85
LESIONE CEREBRALE BILATERALE	30.987,41
LESIONE MIDOLLO SPINALE	7.746,85
PARALISI GRANDE SCIATICO	23.240,56
PARALISI SCIATICO-POPLITEA-ESTERNO	10.329,14
PARALISI SCIATICO-POPLITEO-INTERNO	2.582,28
PARALISI CRURALE	10.329,14

Collo

Resezioni e plastiche tracheali

Esofago

Interventi per lesioni traumatiche

Torace

Lobectomie, bilobectomie, pneumonectomie

Stomaco-duodeno intestino tenue

Resezione intestinale per via laparoscopica

Colon-retto

Colectomia totale con ileorecteanastomosi senza o con ileostomia

Fegato e vie biliari

Resezioni epatiche maggiori o minori

Anastomosi bilio-digestive

Pancreas-milza-surrene

Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)

Chirurgia maxillo facciale

Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore

Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale

Ricostruzione della mandibola con innesti ossei

Ricostruzione della mandibola con materiale alioplastico

CardioChirurgia

Interventi per corpi estranei

Sutura del cuore per ferite

Neurochirurgia

Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali

Cranioplastica ricostruttiva

Chirurgia Vascolare

Interventi sull'arteria succlavia vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)

Interventi sulle arterie viscerali o renali

Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)

Trattamento delle lesioni traumatiche della aorta

Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo

Chirurgia Ortopedica

Artrodesi grandi segmenti

Artrodesi vertebrale per via anteriore

Arteoprotesi totale del ginocchio

Artroprotesi di spalla

Artroprotesi di anca parziale e totale

Disarticolazione interscapolo — toracica

Emipelvectomia

Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilofistesi

Osteosintesi vertebrale

Chirurgia Urologica

Nefrectomia polare

Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o etrotopica
Resezione uretrale e uretrorafia

Chirurgia ginecologica

Laparotomia per ferite o rotture uterine

Chirurgia Oculistica

Vitrectomia anteriore e posteriore

Trapianto corneale a tutto spessore

Orchiaggio per distacco di retina

Chirurgia Otorinolaringoiatria

Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico

Laringectomia sopraglottica o subtotale

Laringectomie parziali verticali

Laringectomia e Faringoiangenctomia totale

Allegato C - Scheda adesione integrativa/facoltativa "cartellino verde/giallo/azzurro"

Società.....		Matricola Federale.....	
Via..... n.....		Città..... Prov.....	
BARRARE LA CASELLA DI APPARTENENZA			
<input type="checkbox"/> Eccellenza	<input type="checkbox"/> Promozione	<input type="checkbox"/> 1 ^a Categoria	<input type="checkbox"/> 2 ^a Categoria
<input type="checkbox"/> Settore Giovanile	<input type="checkbox"/> Calcio a 5	<input type="checkbox"/> Calcio femminile	<input type="checkbox"/> Amatori
			<input type="checkbox"/> Altri

Spett.le
 Broking Italia S.r.l
 Viale Liegi, 10
 00198 Roma
 fax n. 068416565

e per c.c INA-Assitalia S.p.A.
 fax n. 06 84835991

SCHEDA DI ADESIONE
ASSICURAZIONE INTEGRATIVA/FACOLTATIVA "CARTELLINO VERDE/GIALLO/AZZURRO"
POLIZZA FEDERAZIONE ITALIANA GIUOCO CALCIO n. 100/356457

Lette le condizioni di assicurazione, aderiamo alla convenzione assicurando i nostri tesserati che indichiamo sul retro della presente. Siamo a conoscenza che la garanzia assicurativa diverrà operante dalle ore 24:00 del giorno del bonifico bancario, previo invio obbligatorio della copia del bonifico bancario e dell'elenco contenente le persone assicurate.

	Nr.	Premio lordo pro-capite	Totale
Tesserati del Settore Giovanile e Scolastico	€ 7,00	€
Tesserati della Categoria Piccoli Amici	€ 7,00	€
Totale Premio			€

La copertura assicurativa della presente adesione scadrà irrevocabilmente il 30 Giugno di ogni anno, senza tacito rinnovo. Alla scadenza la Società Sportiva avrà la possibilità di rinnovare la copertura assicurativa tramite la compilazione ed il pagamento di una nuova Scheda di Adesione.

L'importo di € (.....).

Vi è stato trasmesso tramite bonifico sul c/c bancario n. 010046700000 intestato a Broking Italia S.r.l. presso la Banca Finnat Euramerica S.p.A. Sede di Piazza del Gesù, 49 -00186 Roma, CIN Z ABI 03087 CAB 03200, da noi effettuato in data.....

..... li

IL PRESIDENTE O IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Allegati:

- Elenco Nominativo (nome, cognome e data di nascita) degli assicurati, suddiviso tra "Settore Giovanile e Scolastico" e "Categoria Piccoli Amici";
- Copia della ricevuta di bonifico bancario
- Informativa privacy INA-Assitalia



Allegato D - Scheda adesione integrativa/facoltativa "A.I.A."

Sede di Sezione A.I.A. di			
Via.....	n.....	Città.....	Prov
Telefono		Fax.....	

Spett.le
 Broking Italia S.r.l
 Viale Liegi, 10
 00198 Roma
 fax n. 068416565

e per c.c INA-Assitalia S.p.A.
 fax n. 06 84835991

SCHEDA DI ADESIONE

**ASSICURAZIONE INTEGRATIVA/FACOLTATIVA "A.I.A."
 POLIZZA FEDERAZIONE ITALIANA GIUOCO CALCIO n. 100/356457**

Lette le condizioni di assicurazione, aderiamo alla convenzione assicurando i nostri tesserati che indichiamo sul retro della presente. Siamo a conoscenza che la garanzia assicurativa diverrà operante dalle ore 24:00 del giorno del bonifico bancario, previo invio obbligatorio della copia del bonifico bancario e dell'elenco contenente le persone assicurate.

	Nr.	Premio lordo pro-capite	Totale
Arbitri, Assistenti arbitrali e Osservatori Arbitrali Serie A, B,e C	€ 8,50	€
Arbitri, Assistenti arbitrali e Osservatori Arbitrali Serie D e dilettanti, Dirigenti A.I.A.	€ 8,50	€
Totale Premio			€

Viene stabilito un numero minimo di persone assicurate non inferiore a 15.

La copertura assicurativa della presente adesione scadrà irrevocabilmente il 30 Giugno di ogni anno, senza tacito rinnovo. Alla scadenza la Sede di Sezione A.I.A. avrà la possibilità di rinnovare la copertura assicurativa tramite la compilazione ed il pagamento di una nuova Scheda di Adesione.

L'importo di € (.....).

Vi è stato trasmesso tramite bonifico sul c/c bancario n. 01004670000 intestato a Broking Italia S.r.l. presso la Banca Finnat Euramerica S.p.A. Sede di Piazza del Gesù, 49 -00186 Roma, CIN Z ABI 03087 CAB 03200, da noi effettuato in data.....

..... li

IL PRESIDENTE O IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Allegati:

- Elenco nominativo (nome, cognome e data di nascita) degli assicurati (non inferiori a 15) per ciascuna adesione di Sede di Sezione A.I.A., suddiviso tra:
 1. Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "A, "B" e " C
 2. Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali serie "D e Dilettanti, Dirigenti A.I.A. - F.I.G.C.
- Copia della ricevuta di bonifico bancario
- Informativa privacy INA-Assitalia



MODULO DI DENUNCIA SINISTRO – TESSERATI F.I.G.C.
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)N. DOSSIER _____ Contattare il numero verde **800 338168** per farsi comunicare il numero di dossier.**DATI DELL'INFORTUNATO/A**Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____
Paternità e maternità (obbligatoria per infortunio a minore) _____
Indirizzo _____ n. _____
Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Cod.fisc. _____ tel _____ / _____
Fax (solo di Ab. o Uff.) _____ / _____ cell _____ / _____
N° TESSERA FIGC dell'Infortunato/a _____ e-mail _____

TIPO TESSERA FIGC dell'Infortunato/a (barrare la categoria di appartenenza) :

- Settore Giovanile e Scolastico; Dirigenti società sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico;
 Centro tecnico di Coverciano; Arbitri, assistenti arbitrali e osservatori speciali serie "A" "B" "C"
 Arbitri, assistenti arbitrali e osservatori speciali serie "D" e dilettanti, dirigenti A.I.A. e F.I.G.C.
 Categoria dei "Piccoli Amici" Dirigenti e collaboratori della F.I.G.C.

Coordinate bancarie per la liquidazione del sinistro:

Banca _____ Agenzia di _____
c/c _____ intestato a _____ CIN _____ ABI _____ CAB _____**DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA**Società _____ Matricola numero _____
Indirizzo _____ n. _____
Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Tel/Fax _____ e-mail _____Il tesserato/a, fino a 16 anni (tesserino giallo, verde o azzurro), ha aderito alla polizza integrativa: Sì No

Data _____ Timbro _____ Firma _____

ESTREMI INFORTUNIO

Data _____ Ora _____ Gara/Allenamento/Trasferimento _____

Luogo _____ Prov. _____

Descrizione chiara e circostanziata delle cause che lo hanno provocato _____

Testimoni (nome, cognome, indirizzo e telefono) _____

Infurti precedenti: sì no In data _____

Quali lesioni aveva riportato? _____

Data _____ Firma dell'Infortunato/a o di chi ne fa le veci o dell'avente causa _____

La polizza non prevede il rimborso delle eventuali spese di patrocinio e/o legaliInviare il presente modulo per Raccomandata A/R a : GGL – Gruppo Generali Liquidazione Danni,
Infurti F.I.G.C., Casella postale 10043 – Milano, oppure via fax (0266814348)**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003**

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che la nostra Società tratterà i dati personali contenuti nella presente denuncia con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo – Ina Assitalia S.p.A. – Corso Italia, 33, 00198 Roma – tel. 06/4722.4865 fax 0412593.999). Il sito www.inaassitalia.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Firma _____

**PROCEDURA DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO
PER GLI ASSICURATI INA ASSITALIA DELLA F.I.G.C.**

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata entro 60 giorni dall'Assicurato (o da parte di chi ne fa le veci o degli eventuali aventi causa in caso d'infortunio mortale), tramite lettera raccomandata, via fax.

Qualora si tratti d'infortunio mortale la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma da spedire entro 15 gg. dalla data del fatto.

Per ottenere il numero di sinistro – che dovrà essere riportato sul Modulo di Denuncia Sinistro - l'assicurato dovrà contattare il Numero Verde **800 338168** dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 14,00 alle ore 18,00.

L'assicurato dovrà quindi spedire, tramite raccomandata, il Modulo di Denuncia Sinistro, debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto, riportante anche la sottoscrizione del Presidente della Società Sportiva, con allegata tutta la documentazione relativa all'infortunio, al seguente indirizzo:

**GGL – Gruppo Generali Liquidazione Danni
Infortunati F.I.G.C.
Casella postale 10043 - Milano**

oppure inviare il tutto al seguente n° di fax: **0266814348**.

La polizza non prevede il rimborso delle eventuali spese di patrocinio e/o legali

La documentazione dell'infortunio potrà essere inviata, in un'unica soluzione, a guarigione avvenuta – attestata da idoneo certificato medico da presentarsi entro 30 giorni dalla cessazione delle cure mediche – e comunque entro un anno dalla data di pervenimento del certificato stesso.

Qualora la documentazione non dovesse pervenire entro i termini precedenti, resta a carico dell'assicurato/beneficiario l'onere di inviare, apposita comunicazione interruttiva del termine annuale di prescrizione, nei modi previsti dal codice civile (art. 2952 II° comma).

La liquidazione del sinistro potrà avvenire soltanto dopo la guarigione ed il ricevimento da parte di GGL dei documenti sotto indicati in originale (se previsti dalla copertura assicurativa per il settore d'appartenenza):

- a) modulo di denuncia sinistro debitamente compilato e firmato;
- b) certificato del Pronto Soccorso e/o di prima cura redatto il giorno stesso o comunque non oltre le 24 ore;
- c) fatture, notule o ricevute di spese mediche;
- d) copia integrale della cartella clinica in caso di ricovero ospedaliero;
- e) certificato medico di guarigione redatto dal medico curante;
- f) referti di tutti gli accertamenti diagnostici effettuati (ad es.: radiografie, ecografie, tac, rmn, analisi di laboratorio, ecc.);
- g) fotocopia della tessera F.I.G.C. in corso di validità alla data dell'evento
- h) copia del rapporto di gara, qualora l'infortunio sia avvenuto nel corso di una competizione.

Per quanto concerne i rimborsi inerenti le cure e protesi dentarie (se previste per la categoria di appartenenza) è necessario allegare il referto arbitrale attestante l'infortunio o, in mancanza di questo, apposita dichiarazione rilasciata dal Comitato Regionale F.I.G.C. d'appartenenza in cui venga fatta esplicita menzione dell'infortunio.

Qualora l'infortunio si verifichi nel corso di un trasferimento (cd. infortunio in itinere), è necessario specificare l'ora ed il luogo di accadimento del fatto, l'ora ed il luogo di partenza, l'ora ed il luogo in cui si doveva svolgere l'attività sportiva.

Allegato F – Promemoria per il Tesserato F.I.G.C.

Documentazione necessaria in caso di infortunio mortale.

- a) Modulo di denuncia sinistro debitamente compilato e firmato (sempre in originale).
- b) Fotocopia della tessera F.I.G.C. in corso di validità alla data dell'evento.
- c) Certificato di morte (in originale)
- d) Stato di famiglia (in originale)
- e) Atto notorio o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà riportante i nominativi di tutti gli eredi del defunto.
- f) Certificato medico di idoneità alla pratica sportiva qualora il decesso sia dovuto ai gravi eventi previsti dalla polizza infortuni.
- g) Verbale dell'autorità intervenuta.
- h) Cartella clinica e copia del referto autoptico o (in caso di assenza di quest'ultimo) certificato medico attestante le cause cliniche del decesso.
- i) Eventuali dichiarazioni rilasciate da persone presenti al momento del fatto.
- j) Copia del rapporto di gara, qualora l'infortunio sia avvenuto nel corso di una competizione.

Per tutte le garanzie si precisa quanto segue:

- 1) il diritto all'eventuale indennizzo spetta esclusivamente all'infortunato/assicurato F.I.G.C. od ai suoi aventi causa.
- 2) Per tutte le liquidazioni è necessario che vengano fornite le coordinate bancarie complete del conto corrente intestato all'assicurato o se minore agli esercenti la potestà.
- 3) **Qualora l'assicurato o chi per lui decidesse di ricorrere al patrocinio di un legale le relative spese resteranno a proprio carico.**

Ogni successiva comunicazione o richiesta integrativa di documentazione da parte del centro liquidazione danni verrà inviata via posta all'indirizzo dell'assicurato, al n.° di fax oppure tramite e-mail, qualora questi ultimi risultino dal modulo di denuncia.

Le informazioni sullo stato del sinistro verranno fornite, unicamente dopo il ricevimento del certificato di guarigione, dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 al seguente Numero Verde

800 338168

Oltre ai riferimenti sopra indicati, è comunque disponibile, il seguente indirizzo di mail:

ggl.infortunifgc@progettolavoro.com

