

Allegato 1
Capitolato Speciale di Polizza

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

Copertura Assicurativa
Infortuni e Assistenza

SOMMARIO

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

SEZIONE 3 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

SEZIONE 5 – CONDIZIONI PARTICOLARI

SEZIONE 6 – NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

SEZIONE 7 – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA

ALLEGATI

Allegato A - Tabella Lesioni

Allegato B - Elenco Grandi Interventi

Allegato C - Procedura Gestione sinistri

Tra la **Federazione Italiana Giuoco Calcio** e la **Compagnia xxxxxxxx** designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole Contraente e Società, viene stipulato il seguente contratto per la garanzia infortuni ed assistenza dei propri tesserati.

Le prestazioni garantite sono disciplinate dal presente contratto.

Qualunque clausola che, se non migliorativa, dovesse risultare in contrasto con le disposizioni precettive del Decreto 3 novembre 2010 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - GU N. 296 del 20 dicembre 2010 si intende automaticamente non operante.

Nel contempo, quanto previsto dal Decreto di cui sopra e eventuali successive integrazioni o modificazioni prevalgono su quanto diversamente disciplinato dal presente contratto.

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI

Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e più precisamente i Tesserati e gli Ausiliari ed in particolare: Categoria A) Tesserati Settore Giovanile e Scolastico – Giovanissimi, Allievi B) Tesserati Settore Giovanile e Scolastico - Pulcini, Esordienti C) Tesserati Settore Giovanile e Scolastico - Piccoli Amici D) Dirigenti Società Sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico E) Allenatori, Massaggiatori e Tecnici
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Assistenza	L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un Sinistro
Ausiliari	Tutte le persone con incarico di sovrintendere, controllare, assistere ed organizzare l'attività per la quale è prestata l'assicurazione, quali allenatori, insegnanti, massaggiatori, medici e tutte le persone componenti lo staff tecnico, dirigenti, accompagnatori, responsabili di attività e servizi e tutti i componenti lo staff dirigenziale ed amministrativo.
Beneficiario	L'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.
Centrale operativa	la struttura della Compagnia, costituita da risorse umane e da attrezzature, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza. E' composta dalla Centrale Telefonica, che riceve le chiamate degli Assicurati e attiva le assistenze, e dalla Rete Esterna che effettua gli interventi sul posto.
Contraente	Federazione Italiana Giuoco Calcio
Day - Hospital	la degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura.
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 all'Assicurato 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 o una inabilità temporanea.
Invalidità Permanente	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Istituto di cura	Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.
Lesione	Ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella in Allegato "A" al Decreto 3 Novembre 2010 Ministero per le Politiche Giovanili e le attività Sportive (G.U. n. 296 del 20/12/2010), 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.
Residenza	il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale in Italia
Ricovero	periodo di degenza in istituto di cura. Viene considerata ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purché certificata da cartella clinica
Rimpatrio Sanitario	il trasferimento dell'Assicurato dall'Estero in Italia.
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.
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, sanitario) ad insindacabile giudizio della centrale operativa.
Trattamento chirurgico:	Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in istituto di cura
Viaggio	Qualunque località al di fuori dell'Italia sia durante i trasferimenti che durante il soggiorno

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Durata del contratto

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del 30.6.2014 e cesserà il 30.6.2017, salvo la possibilità per le Parti di rescindibilità alla scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di almeno 90 giorni.

Alla scadenza triennale, la Contraente ha facoltà di rinnovare il contratto, per una durata annuale o inferiore all'anno, con preavviso di almeno 30 giorni antecedenti la scadenza.

Art. 2 Obblighi della Federazione

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

Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Se la Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il pagamento dell'annualità di premio sarà effettuato in due semestralità anticipate, con scadenza delle rate 30/6 e 31/12 di ogni anno.

Con la prima semestralità di ogni anno, la FIGC verserà anche il premio relativo alla copertura Plus-Integrativa di cui al successivo art. 22 B).

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 00.00 del giorno in cui consegua il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 24 "Titoli che danno diritto all'assicurazione", e scadrà al trentesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzidetto.

Art. 4 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

La presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed indipendentemente da qualsiasi altra copertura assicurativa in corso per l'assicurato, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, se prevista, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese. La Contraente è esonerata dall'obbligo di comunicare se i singoli Assicurati abbiano in corso altre polizze per lo stesso rischio.

Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..

Art. 6 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art. 7 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbi interpretativi sull'operatività delle garanzie contrattuali, prevarrà l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'assicurato.

Art. 8 - Aggravamento del rischio

La Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

Art. 9 - Diminuzione del rischio

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

Art. 10 – Persone non assicurabili

L'assicurazione è prestata senza limiti di età.

Art. 11 – Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio (ad esclusione degli infortuni derivanti da circolazione su strada).

Art. 12 - Obbligo di documentazione dei sinistri

La Società si impegna a fornire alla Contraente e/o al Broker il dettaglio dei sinistri come di seguito indicato e meglio specificato nell'Allegato C:

- a) sinistri denunciati
- b) sinistri riservati, con indicazione dell'importo a riserva
- c) sinistri liquidati, con indicazione dell'importo liquidato, specificando almeno che trattasi di:
 - Lesione
 - Spese mediche
 - Interventi chirurgici
 - Morte
 - Altre garanzie
- d) sinistri respinti, con evidenza delle motivazioni
- e) categoria di assicurati
- f) tipologia di lesione (codificata esattamente come da tabella Allegato A)
- g) provincia di appartenenza della Società Sportiva
- i) n. sinistro Società Assicuratrice.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro denunciato, di data ricezione pratica completa, di data di eventuale chiusura della

pratica per liquidazione od altro motivo.

Le informazioni di cui sopra devono essere fornite dalla Società al Broker e/o Contraente con cadenza trimestrale.

È facoltà del Contraente richiedere, ed obbligo della Società fornire, lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora la Contraente lo richieda.

Art. 13 – Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 14 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente.

Art. 15 - Clausola Broker

Ai sensi e per gli effetti della vigente normativa in materia di intermediazione assicurativa, le Parti contraenti riconoscono a Willis Italia S.p.A. il ruolo di Broker relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, la Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti dalla Contraente sia effettuato tramite il Broker, che provvederà alla loro rendicontazione secondo gli accordi vigenti con la Società Delegataria e/o con ciascuno degli eventuali partecipanti al R.T.I.; resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento così effettuato anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile;
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati e/o prorogati i contratti, secondo gli accordi od i convenuti in essere tra le Direzioni Generali delle Compagnie medesime e il Broker incaricato, o in mancanza, nella misura pari all'80% dell'aliquota provvigionale riconosciuta dalla Compagnia aggiudicataria alla propria rete di vendita diretta. La remunerazione del Broker non potrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per la Contraente.

Art. 16 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 17 - Foro competente

Foro competente è quello del luogo di residenza e/o domicilio della Contraente o dell'Assicurato.

Art. 18 - Manifestazioni unitarie

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

Art. 19 - Dichiarazioni della Società

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

Art. 20 - Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle Parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 21 - Obblighi della Contraente

La Contraente si obbliga a comunicare tempestivamente agli Assicurati eventuali cessazioni di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario o ad una nuova impresa, modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa, casi di scissione o di fusione con un'altra impresa, qualora siano a lui comunicate dal Broker e/o dalla Società.

Nel caso in cui gli Assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premio sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, la Contraente si impegna a consegnare loro (in forma cartacea o elettronica), prima dell'ingresso in assicurazione, la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dall'articolo 49, comma 2, lettera b) del Regolamento Isvap n. 5/2006.

SEZIONE 3 – DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Art. 22 - Calcolo del premio

A) copertura “Base – franchigia assoluta 5%”

Il premio di polizza lordo annuo anticipato per stagione sportiva, viene calcolato come segue:

Categoria	Assicurati	N. Assicurati	Premio finito procapite Infortuni ed Assistenza	Premio finito per Settore
A	Tesserati Settore Giovanile e Scolastico – Giovanissimi, Allievi	170.000		
B	Tesserati Settore Giovanile e Scolastico - Pulcini, Esordienti	280.000		
C	Tesserati Settore Giovanile e Scolastico - Piccoli Amici	100.000		
D	Dirigenti società sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico	7.500		
E	Allenatori, Massaggiatori , Tecnici	2.000		
TOTALE				

B) copertura “Plus – Tabella completa”

Il premio annuo lordo per persona è pari a € 7,50, a fronte di un minimo garantito di adesioni per anno assicurativo pari a 100.000.

E' consentito a tutti gli assicurati sopra elencati acquistare l'estensione/integrazione “Plus”.

Le modalità di adesione saranno esplicitate agli Assicurati con apposita comunicazione da parte della FIGC.

La FIGC, congiuntamente alla prima semestralità del premio di cui al punto A), verserà un importo di € 750.000,00 al fine di assicurare l'acquisto di almeno 100.000 coperture integrative, come minimo garantito per anno assicurativo.

Con riguardo a tale garanzia, al 31 dicembre successivo al termine dell'annualità assicurativa verrà stilato un bilancio tecnico dei sinistri liquidati e riservati nella polizza integrativa nell'annualità precedente (esempio: annualità 30.06.2014-30.06.2015, la valutazione sarà effettuata al 31.12.2015) e dei premi imponibili versati per tale garanzia (€ 750.000 più premi della polizza “base” relativi agli assicurati aderenti alla polizza integrativa) al netto dei costi sostenuti dalla Società; se la differenza sarà positiva, il 50% di tale differenza sarà riconosciuta alla Federazione.

Attivo: 75% dei premi imponibili versati nell'annualità di riferimento per la polizza integrativa

Passivo: sinistri liquidati e riservati per la polizza integrativa

Se **Attivo-Passivo > 0** il 50% sarà riconosciuto alla FIGC

Art. 23 - Regolazione del premio

Se il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, la Contraente deve fornire per iscritto alla Società il numero definitivo degli Associati e/o iscritti per ogni singola categoria.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 30 giorni successivi dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se la Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali la Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti.

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 24 - Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative - senza distinzione di attività - purché rientrante negli scopi della Contraente, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, è la **Tessera Federale nominativa e numerata**.

L'assicurazione vale, nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi dei Regolamenti Federali, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento.

Art. 25 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare, competizioni e relative prove di veicoli a motore e di natanti a motore in genere;
- 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. 33 - 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 dolosi da lui commessi o tentati;
- i) da guerra e insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- j) 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.);
- k) da contaminazione biologica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- l) sono altresì escluse, 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 Inabilità Permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 49 Controversie - Arbitrato irrituale;
- o) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- p) AIDS, sieropositività H.I.V. (salvo quanto previsto all'Art. 41 lettera "i").

Art. 26 - Criteri di indennizzabilità

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

Art. 27 - Prestazioni

a) 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

Limitatamente ai Tesserati del Settore Giovanile e Scolastico in possesso di regolare Certificato di Idoneità Sportiva e/o Agonistica, sono considerati infortunio l'infarto cardiaco, l'ictus provocato da emorragia cerebrale, la trombosi cerebrale, embolia, rottura di aneurisma, arresto cardiaco-circolatorio (per crisi aritmiche improvvise, gravi bradicardie, sindrome del seno carotideo) cardiopatie traumatiche (da lesioni non penetranti con conseguente rottura atri e ventricoli, aritmie, insufficienza cardiaca acuta da rottura valvolare, versamento pericardio emorragico), il trauma extratoracico con ipotensione polmonare (da shock) e conseguente ARDS (Adult Respiratory Di stress Syndrome), nonché qualsiasi evento riconducibile alle suindicate patologie che causino la morte verificatosi 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'Assicurato 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 € 52.000,00 a persona.

b) Morte presunta

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

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

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

c) Lesioni

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista a secondo del tipo di copertura acquistata al momento del tesseramento.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra

senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti fermo quanto previsto dall'art. 26 Criteri di indennizzabilità.

➤ **Tessera Base - Franchigia assoluta del 5%**

In caso di infortunio, saranno indennizzate le Lesioni previste per la "Tessera Base", di cui all'Allegato A.

➤ **Tessera Plus**

Tutti gli assicurati hanno facoltà, all'atto del tesseramento, di acquistare, tramite il pagamento di un premio aggiuntivo, un'integrazione alla copertura infortuni prevista dalla Tessera Base.

Tale integrazione, in caso di infortunio, dà all'assicurato diritto a ricevere l'indennizzo di tutte le lesioni indicate nell'Allegato A "tessera Plus", nessuna esclusa.

Precisazioni concernenti la garanzia Lesioni

- Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato).
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo 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 anatomo-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. Il termine che precede si intenderà prorogato di ulteriori 18 mesi con presentazione di documentazione medica attestante che l'intervento è stato posticipato per motivi connessi allo sviluppo/crescita dell'infortunato.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa".

In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta

cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.

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

- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrarisaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.

Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

- In caso di lesioni multiple si sommeranno le franchigie, si detraerà la franchigia del 5% e si darà luogo ad indennizzo solo per la parte eccedente tale percentuale con riferimento al capitale assicurato per la garanzia Lesioni art. 40 Somme Assicurate.

Art. 28 – Franchigia

> Tessera Base

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che produca più Lesioni, alla somma complessiva delle percentuali indicate in Tabella A relative alle singole lesioni riportate verrà applicata una franchigia assoluta nella misura del 5%.

Pertanto, qualora il complesso delle lesioni riportate non eccedesse la franchigia anzidetta non si darà luogo ad alcun indennizzo. Viceversa qualora il complesso delle lesioni riportate risultasse superiore al 5% si darà luogo ad indennizzo solo per la parte eccedente tale percentuale moltiplicata per il capitale assicurato per la garanzia Lesioni art. 40 Somme Assicurate.

> Tessera Plus

Saranno rimborsate tutte le Lesioni previste nell'Allegato A "Tessera Plus".

In caso di infortunio che produca lesioni multiple, qualora il complesso delle lesioni riportate risultasse superiore al 60%, si darà luogo alla liquidazione dell'intero capitale assicurato per la garanzia Lesioni art. 40 Somme Assicurate.

Art. 29 – 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.

Art. 30 - Persone non assicurabili

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

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla

persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Art. 31 - Identificazione delle persone assicurate

La Contraente è esonerata 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. 32 – 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. 33 – 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 complessivamente per aeromobile il capitale di:

- € 5.200.000,00 per il caso di Morte;
- € 5.200.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;
- € 5.200.000,00 per il caso Inabilità Temporanea.

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.

Art. 34 - Limitazione della garanzia per sinistri catastrofici

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 6.000.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

SEZIONE 5 - CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 35 - Soggetti Assicurati

Sono assicurate le seguenti Categorie:

- A - Tesserati Settore Giovanile e Scolastico – Giovanissimi e Allievi
- B - Tesserati Settore Giovanile e Scolastico - Pulcini, Esordienti
- C - Tesserati Settore Giovanile e Scolastico - Piccoli Amici
- D - Dirigenti Società Sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico
- E - Allenatori, Massaggiatori, Tecnici

Inoltre, su specifica richiesta della Contraente potranno essere assicurati anche soggetti non Tesserati con la FIGC (come ad esempio, Atleti di altre discipline, Accompagnatori/Componenti delle Delegazioni sportive) in occasione di specifiche manifestazioni/stage, previa comunicazione di un elenco nominativo. Per tali soggetti, indipendentemente dai giorni di copertura e dalla Categoria di appartenenza, sarà corrisposto un premio pro capite come previsto per la Categoria A (se atleti) o Categoria E (se accompagnatori, allenatori ecc.) e saranno applicate le condizioni normative della Tessera Base.

Art. 36 - Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli Infortuni che producano:

- una o più lesioni previste nella Tabella Lesioni come da in Allegato "A" al Decreto 3 Novembre 2010 Ministero per le Politiche Giovanili e le attività Sportive (G.U. n. 296 del 20/12/2010), purché determinata da infortunio;
- la morte.

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva organizzata sotto l'egida della Federazione Italiana Giuoco Calcio, ivi compresi gli allenamenti, le manifestazioni, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale. A titolo esemplificativo la copertura vale anche 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.

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

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente e delle Società affiliate, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio della Contraente e/o delle Società affiliate e/o degli Organi competenti.

Relativamente ai Dirigenti, l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività di Dirigente, secondo le regole del proprio mandato, non sempre ricavabili da verbali, registrazioni e/o relazioni.

Le garanzie di polizza sono operanti anche quando gli Assicurati in qualità di trasportati di mezzi pubblici o privati o quali conducenti di mezzi ad uso privato subiscano l'infortunio durante:

- a) il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro (se lavoratore dipendente) sino al luogo di gara in sede e/o allenamento, e/o viceversa, con il percorso più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi

estranei all'attività sportiva e comunque entro 2 (due) ore dall'inizio o termine della gara od entro 1 (una) ora dall'inizio o termine allenamento, salvo comprovati e documentati impedimenti;

b) durante le trasferte per gare e/o ritiri fuori sede, il tempo necessario per raggiungere il campo di gara o di ritiro. Per l'identificazione delle persone danneggiate faranno fede i referti della Contraente ed, in subordine, le convocazioni societarie. In tal caso la denuncia di sinistro dovrà riportare la firma del Dirigente accompagnatore indicato nel predetto referto o convocazione. In questo caso la garanzia esplicherà il proprio effetto anche per il tragitto da casa o luogo di lavoro (se trattasi di lavoratore dipendente) sino al punto di raduno e viceversa entro i limiti previsti dal precedente punto a);

c) i trasferimenti su mezzi adibiti a pronto soccorso o privati, durante il trasporto al più vicino luogo di ricovero.

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

Tale assicurazione opera a condizione che l'infortunio sia occorso in una località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto della copertura in data ed orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione dell'attività stessa.

Gli allenamenti ufficiali controllati devono intendersi come effettuati sotto il controllo di un tecnico e/o allenatore tesserato, o di un dirigente della Società anch'esso tesserato, che eventualmente sarà chiamato, insieme al Presidente, a controfirmare la denuncia, assumendosi la responsabilità della veridicità dei dati.

Art. 37 – Estensione di garanzia

Oltre a quanto sopra esplicitato, sono considerati infortunio anche:

- gli avvelenamenti od intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento involontario di sostanze nocive in genere;
- l'asfissia non derivante da malattia;
- le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali in genere, con l'esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari;
- 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;
- gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- le lesioni, escluse le ernie non traumatiche, determinate da sforzi;
- gli infortuni derivanti da atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe ed uragani.

Art. 38 - 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. 39 - Infortuni determinati da calamità naturali

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

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

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

Art. 40 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato di cui all'Art. 35 Soggetti Assicurati, per le seguenti somme:

- MORTE	€ 125.000,00
- LESIONI - come da Tabella Lesione (a seconda dell'Opzione scelta "Base o Plus")	€ 80.000,00
- RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE	€ 7.000,00
- RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE in caso di "Grandi Interventi"	€ 16.000,00
- SPESE DI CURA pre e post Intervento Chirurgico	€ 16.000,00
- RIMBORSO SPESE SPECIALISTICHE	€ 750,00
- INDENNITA' GIORNALIERA in caso di Ricovero	€ 100,00
- RIMBORSO PER CURE DENTARIE e/o PROTESI DENTARIE	€ 6.000,00
- INDENNITA' FORFETTARIA per applicazione di apparecchi gessato	€ 300,00
- PERDITA ANNO SCOLASTICO +20% indennizzo o	€ 3.000,00
- DANNO ESTETICO	€ 2.000,00
- MORSI DI ANIMALI COMPRESI ARACNOIDI ED INSETTI	€ 360,00
- AVVELENAMENTI	€ 620,00
- ASSIDERAMENTO CONGELAMENTO - COLPI DI SOLE O DI CALORE	€ 520,00
- INDENNITA' AGGIUNTIVA per morte assicurato genitore	€ 12.000,00

Art. 41 - Estensioni Speciali

a) Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di infortunio indennizzato a termini 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'indennità corrisposta verrà incrementata del 20% o qualora più vantaggiosa all'Assicurato sarà liquidata l'indennità di € 3.000,00.

b) Danno estetico

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzato a termini di polizza, la Società rimborserà all'assicurato, fino ad un massimo di Euro 2.000,00 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.

Verranno rimborsate tutte le spese sostenute per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva.

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

c) 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 di € 360,00.

d) 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 di € 620,00.

e) 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 di € 520,00.

f) Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

Nel caso di morte di un Assicurato genitore, il capitale spettante ai figli minorenni conviventi è aumentato del 50%. Ai figli minorenni sono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente o superiore al 50%.

Qualora a seguito di infortunio indennizzato ai sensi di polizza, avvenuto durante l'esercizio dell'attività sportiva, derivi un'Invalidità Permanente non inferiore al 65%, l'Assicurazione liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore necessaria per la costituzione di una rendita immediata di importo pari a € 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.

g) Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile

Qualora, a seguito di infortunio indennizzato a termini di polizza, che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, e per il quale venga applicato un apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile, l'Assicuratore riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario di € 300,00.

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 e solo se la Lesione rientra tra quelle indennizzate dalla tabella lesioni (le lesioni sono diverse a seconda dell'opzione scelta: Base o Plus/integrativa).

h) Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 25 lettera i) "Rischi esclusi", l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in

quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

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

i) 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 16.000,00. 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 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. Resta inteso che l'esposizione massima della Società per uno o più sinistri che dovessero interessare la presente garanzia sarà pari ad Euro 200.000,00. Nell'eventualità che il sinistro dovesse colpire più di n. 20 assicurati gli indennizzi spettanti saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 42 - GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE

In caso di Infortunio che comporti l'indennizzo di una delle Lesioni previste nell'Allegato A, a seconda dell'Opzione scelta (Base o Plus), saranno coperte anche le eventuali spese mediche come di seguito indicato:

➤ **Rimborso spese di cura ospedaliera**

In caso di infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, a **seconda dell'Opzione scelta (Base o Plus)**, che comporti un ricovero con o senza intervento, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della somma prevista 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 degenze.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata con uno scoperto del 20%, con un minimo di € 200,00 per sinistro, in caso di Day Hospital tale minimo è elevato ad € 250,00.

➤ **Rimborso spese per "Grandi Interventi"**

Verranno rimborsate, fino alla concorrenza della somma pattuita per persona e per anno assicurativo, le spese ospedaliere in caso di "grandi interventi" a seguito di infortunio che produca una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, a seconda dell'Opzione scelta (Base o Plus).

Per Grandi interventi si intendono quelli previsti nell'Allegato C "Grandi Interventi".

➤ **Spese di cura pre-post intervento chirurgico**

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, a seconda dell'Opzione scelta (Base o Plus), viene messa a disposizione dell'Assicurato un'ulteriore somma per spese mediche sostenute entro i 90 giorni prima e/o dopo l'intervento chirurgico.

Nell'ambito di tale somma vengono stabiliti ulteriori limiti di indennizzo per sinistro:

- € 500,00 per sinistro, per le spese relative a trattamenti fisioterapici;
- € 300,00 per le spese di visite mediche.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 100,00 per sinistro.

➤ **Rimborso prestazioni specialistiche**

In caso di infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, a seconda dell'Opzione scelta (Base o Plus), la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, le seguenti prestazioni specialistiche, indipendentemente dal rimborso delle spese di cura in caso di ricovero e a quelle pre e post intervento chirurgico già contemplate in polizza:

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

Il rimborso delle prestazioni di cui sopra è prestato nel limite per persona previsto al punto "Somme Assicurate", per sinistro e per anno assicurativo, previa deduzione di una franchigia fissa ed assoluta di € 75,00 per sinistro.

➤ **Indennità Giornaliera in caso di ricovero**

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, a seconda dell'Opzione scelta (Base o Plus), è prevista la corresponsione della diaria giornaliera prevista al punto "Somme Assicurate" per un massimo indennizzabile per anno assicurativo di 90

giorni.

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.

➤ **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 che produca una lesione indennizzata come previsto nell'Allegato A, a seconda dell'Opzione scelta (Base o Plus), anche se non effettuate in regime di ricovero, con il limite previsto per anno assicurativo e con una franchigia fissa di € 100,00 per sinistro e fino ad un massimo di € 500,00 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 residuo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.

SEZIONE 6 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 43 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata, entro 60 (sessanta) giorni, alla Società dall'Assicurato (o dai suoi aventi causa) tramite posta, fax, email come previsto nell'apposito modulo di denuncia infortunio.

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 hanno determinato.

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 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. 44 – Gestione dei sinistri

La Società dovrà istituire in Italia un ufficio liquidazione infortuni e rimborso spese mediche dedicato alla FIGC con apposito numero verde (ove non diversamente concordato con la Contraente, come meglio precisato successivamente nell'Allegato C), che alla fine del presente contratto dovrà essere ceduto, qualora venga richiesto, alla FIGC o alla Società che subentrerà al contratto.

La Società, o una sua Società Controllata, dovrà provvedere direttamente all'attività di valutazione, stima e liquidazione degli infortuni e tale servizio non potrà essere appaltato a Terzi.

Eventuali, modifiche o integrazioni alla procedura di seguito esplicitata dovranno essere preventivamente concordate con la Contraente.

La struttura dedicata si impegna a fornire le informazioni di cui al precedente art. 12 e quanto previsto nell'Allegato C.

Art. 45 - 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 entro 30 giorni dalla definizione del sinistro.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia in Euro.

Art. 46 - Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi per le prestazioni di Morte o Lesioni 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 l'indennità pagata e quella prevista per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 47 - 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. 26 - Criteri di indennizzabilità.

Art. 48 - 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. 27 a) Morte (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. 49 – Controversie sulla natura degli infortuni

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

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

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

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

qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.

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

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

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

SEZIONE 7 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA

Persone Assicurate

Sono assicurate le seguenti Categorie:

- Settore A Tesserati Settore Giovanile e Scolastico – Giovanissimi e Allievi
- Settore B Tesserati Settore Giovanile e Scolastico - Pulcini, Esordienti
- Settore C Tesserati Settore Giovanile e Scolastico - Piccoli Amici
- Settore D Dirigenti Società Sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico
- Settore E Allenatori, Massaggiatori, Tecnici

Oggetto dell'Assicurazione

La Società fornisce le prestazioni di assistenza di cui ai successivi articoli, entro i limiti di polizza, qualora l'Assicurato si venga a trovare in difficoltà a seguito di un infortunio durante la partecipazione ad attività sportive in qualità di tesserato della FIGC.

Efficacia e durata delle prestazioni di Assistenza

Per ogni singolo viaggio all'Estero, durante il periodo di validità della polizza, le prestazioni di assistenza decorrono dalle ore 00:00 del giorno di partenza e cessano alle ore 24:00 del giorno del rientro in Italia. Fermo restando che la durata massima della copertura/permanenza è di 30 giorni consecutivi.

Massima Esposizione

In caso di sinistro catastrofale che coinvolga una pluralità di assicurati le spese di intervento della Società non potranno essere superiori a € 400.000,00.

Centrale Operativa

La centrale operativa è a disposizione dell'Assicurato per fornire pronta assistenza mediante Linea Verde dedicata, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Codice Cliente: xxxxxxxxxxxx

Numero verde xxxxxxxxxxxx

Dall'estero +39 xxxxxxxxxxxx

Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare assistenza immediatamente, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 8 ore lavorative.

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 socio-assistenziale presso la struttura dove è ricoverato. La ricerca e selezione saranno effettuate in base alla tipologia del problema dell'Assicurato secondo il parere dell'equipe medica della Centrale Operativa in accordo

con il medico curante. Per ciascun anno di validità della polizza le prestazioni di cui al presente punto 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.

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 punto 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.

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.

Reperimento ed invio di un medico nei casi di 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.

Trasferimento Sanitario in un centro Ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio sia affetto da una patologia ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera dove è stato ricoverato, per caratteristiche obiettivamente accertate dai medici della Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Centrale Operativa provvederà ad:

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

- 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.

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.

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.

Trasmissione Messaggi urgenti

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

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.

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 xxxxxxxxxxxx.

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, inviare un fax al numero: xxxxxxxxxxxx.

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste. Inoltre dovrà qualificarsi come Assicurato "FIGC" e comunicare:

- 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.

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

LESIONI	Indennizzo Tessera Base (Franchigia 5% assoluta)	Indennizzo Tessera Plus	Percentual e %
LESIONI APPARATO SCHELETRICO			
CRANIO			
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	€ 1.600,00	€ 1.600,00	7,0%
FRATTURA SFENOIDE		€ 775,00	5,0%
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA		€ 465,00	3,0%
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)		€ 620,00	4,0%
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	€ 1.600,00	€ 1.600,00	7,0%
FRATTURA ETMOIDE		€ 465,00	3,0%
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)		€ 310,00	2,0%
FRATTURA OSSA NASALI		€ 388,00	2,5%
FRATTURA MANDIBOLARE (per lato)		€ 620,00	4,0%
LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA		€ 800,00	5,0%
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	€ 2.400,00	€ 2.400,00	8,0%
COLONNA VERTEBRALE			
TRATTO CERVICALE			
FRATTURA CORPO III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 800,00	€ 4.649,00	6,0%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)		€ 775,00	2,0%
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA	€ 2.400,00	€ 6.198,00	8,0%
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I- VERTEBRA	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
TRATTO DORSALE			
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)		€ 625,00	4,0%
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	€ 2.400,00	€ 3.874,00	8,0%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSALI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)		€ 316,00	2,0%
TRATTO LOMBARE			
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	€ 2.400,00	€ 3.874,00	8,0%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSALI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)		€ 316,00	2,0%
OSSO SACRO			
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI		€ 625,00	4,0%
COCCIGE			
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE		€ 620,00	4,0%

BACINO			
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE		€ 465,00	3,0%
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	€ 800,00	€ 2.325,00	6,0%
TORACE			
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)		€ 636,00	4,0%
FRATTURA STERNO		€ 310,00	2,0%
FRATTURA DI UNA COSTA (COMPOSTA)		€ 78,00	0,5%
LESIONI	Indennizzo Tessera Base (Franchigia 5% assoluta)	Indennizzo Tessera Plus	Percentuale %
FRATTURA DI UNA COSTA (SCOMPOSTA)		€ 233,00	1,5%
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)		€ 465,00	3,0%
PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA	€ 800,00	€ 960,00	6,0%
PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
ARTO SUPERIORE (DESTRO O SINISTRO)			
BRACCIO			
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE		€ 470,00	3,0%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	€ 800,00	€ 930,00	6,0%
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	€ 800,00	€ 930,00	6,0%
AVAMBRACCIO			
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE		€ 305,00	2,0%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)		€ 620,00	4,0%
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)		€ 620,00	4,0%
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE		€ 305,00	2,0%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)		€ 620,00	4,0%
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)		€ 620,00	4,0%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA		€ 640,00	4,0%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA		€ 800,00	5,0%
POLSO E MANO			
FRATTURA SCAFOIDE		€ 775,00	5,0%
FRATTURA SEMILUNARE		€ 465,00	3,0%
FRATTURA PIRAMIDALE		€ 310,00	2,0%
FRATTURA PISIFORME		€ 155,00	1,0%
FRATTURA TRAPEZIO		€ 310,00	2,0%
FRATTURA TRAPEZOIDE		€ 310,00	2,0%
FRATTURA CAPITATO		€ 310,00	2,0%
FRATTURA UNCINATO		€ 310,00	2,0%
FRATTURA I° METACARPALE	€ 800,00	€ 930,00	6,0%
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE		€ 465,00	3,0%

SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)		€ 640,00	4,0%
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA			
POLLICE		€ 620,00	4,0%
INDICE		€ 465,00	3,0%
MEDIO		€ 465,00	3,0%
ANULARE		€ 310,00	2,0%
MIGNOLO		€ 465,00	3,0%
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA			
POLLICE		€ 465,00	3,0%
INDICE		€ 388,00	2,5%
MEDIO		€ 310,00	2,0%
ANULARE		€ 155,00	1,0%
MIGNOLO		€ 310,00	2,0%
FRATTURA TERZA FALANGE DITA			
INDICE		€ 310,00	2,0%
LESIONI	Indennizzo Tessera Base (Franchigia 5% assoluta)	Indennizzo Tessera Plus	Percentuale %
MEDIO		€ 155,00	1,0%
ANULARE		€ 155,00	1,0%
MIGNOLO		€ 310,00	2,0%
ARTO INFERIORE (DESTRO O SINISTRO)			
FRATTURA FEMORE			
DIAFISARIA	€ 800,00	€ 930,00	6,0%
EPIFISI PROSSIMALE (delimitata dal collo chirurgico)	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
EPIFISI DISTALE (delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
FRATTURA ROTULA		€ 620,00	4,0%
FRATTURA TIBIA			
DIAFISARIA		€ 465,00	3,0%
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)		€ 780,00	5,0%
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)		€ 786,00	5,0%
FRATTURA PERONE			
DIAFISARIA		€ 310,00	2,0%
ESTREMITA' SUPERIORE (capitello o faccetta articolare tibiale)		€ 465,00	3,0%
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)		€ 620,00	4,0%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA		€ 800,00	5,0%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	€ 800,00	€ 960,00	6,0%
PIEDE			
TARSO			
FRATTURA ASTRAGALO	€ 800,00	€ 2.066,00	6,0%
FRATTURA CALCAGNO	€ 1.600,00	€ 3.874,00	7,0%
FRATTURA SCAFOIDE		€ 465,00	3,0%
FRATTURA CUSOIDE		€ 620,00	4,0%

Capitolato Bando Gara Assicurazione Infortuni e Assistenza

FRATTURA CUNEIFORME		€ 155,00	1,0%
METATARSI			
FRATTURA I° METATARSALE		€ 620,00	4,0%
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE		€ 310,00	2,0%
FALANGI			
FRATTURA ALLUCE (I° O II° falange)		€ 388,00	2,5%
FRATTURA I° O II° O III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE		€ 155,00	1,0%
LESIONI DENTARIE			
ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)		€ 112,00	0,7%
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)		€ 32,00	0,2%
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)		€ 80,00	0,5%
ROTTURA CANINI (per ogni dente)		€ 160,00	1,0%
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)		€ 80,00	0,5%
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)		€ 120,00	0,8%
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)		€ 240,00	1,5%
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)		€ 160,00	1,0%
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE		€ 40,00	0,3%
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE		€ 80,00	0,5%
LESIONI PARTICOLARI			
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	€ 2.400,00	€ 12.912,00	8,0%
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	€ 8.000,00	€ 12.000,00	15,0%
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
LESIONI	Indennizzo Tessera Base (Franchigia 5% assoluta)	Indennizzo Tessera Plus	Percentual e %
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) O GASTRECTOMIA TOTALE	€ 28.000,00	€ 45.000,00	40,0%
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) – non cumulabile	€ 12.000,00	€ 18.000,00	20,0%
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) – non cumulabile	€ 28.000,00	€ 40.000,00	40,0%
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' DEL RETTO –non cumulabile-	€ 8.000,00	€ 12.000,00	15,0%
COLECTOMIA TOTALE –non cumulabile-	€ 28.000,00	€ 32.000,00	40,0%
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE –non cumulabile-	€ 44.000,00	€ 55.000,00	60,0%
COLECISTECTOMIA –non cumulabile		€ 791,00	5,0%
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA		€ 631,00	4,0%
SAFENECTOMIA BILATERALE –non cumulabile-	€ 800,00	€ 951,00	6,0%
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
PORTATORE ASINTOMATICO ANTICORPO POSITIVO (HIV +)		€ 620,00	4,0%
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE –non cumulabile-	€ 36.000,00	€ 45.000,00	50,0%
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)		€ 476,00	3,0%

Capitolato Bando Gara Assicurazione Infortuni e Assistenza

ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	€ -	€ 785,00	5,0%
LOBECTOMIA POLMONARE	€ 8.000,00	€ 12.000,00	15,0%
PNEUMONECTOMIA	€ 20.000,00	€ 24.000,00	30,0%
PROTESI SU AORTA TORACICA	€ 12.000,00	€ 16.000,00	20,0%
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	€ 8.000,00	€ 12.000,00	15,0%
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	€ 24.000,00	€ 35.000,00	35,0%
CECITA' MONOLATERALE (perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	€ 16.000,00	€ 26.000,00	25,0%
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	€ 76.000,00	€ 100.000,00	100,0%
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	€ 5.600,00	€ 9.600,00	12,0%
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	€ 36.000,00	€ 40.000,00	50,0%
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	€ 20.000,00	€ 24.000,00	30,0%
CORDECTOMIA	€ 8.000,00	€ 12.000,00	15,0%
EMILARINGECTOMIA	€ 16.000,00	€ 20.000,00	25,0%
LARINGECTOMIA	€ 36.000,00	€ 45.000,00	50,0%
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	€ 52.000,00	€ 60.000,00	70,0%
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	€ 2.400,00	€ 2.400,00	8,0%
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	€ 8.000,00	€ 12.000,00	15,0%
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima – trattata/e chirurgicamente)	€ 2.400,00	€ 2.400,00	8,0%
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)		€ 641,00	4,0%
PROTESI D'ANCA – non cumulabile-	€ 12.000,00	€ 16.000,00	20,0%
PROTESI DI GINOCCHIO –non cumulabile-	€ 16.000,00	€ 20.000,00	25,0%
PATELLECTOMIA TOTALE	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
PATELLECTOMIA PARZIALE		€ 2.066,00	4,0%
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO		€ 775,00	5,0%
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	€ 16.000,00	€ 20.000,00	25,0%
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	€ 20.000,00	€ 24.000,00	30,0%
ISTERECTOMIA – non cumulabile-	€ 12.000,00	€ 16.000,00	20,0%
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	€ 20.000,00	€ 24.000,00	30,0%
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE		€ 800,00	5,0%
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (Documentate fotograficamente)	€ 20.000,00	€ 24.000,00	30,0%
PTOSI PALPEBRALE		€ 800,00	5,0%
LESIONI	Indennizzo Tessera Base (Franchigia 5% assoluta)	Indennizzo Tessera Plus	Percentual e %
EVIRAZIONE COMPLETA	€ 32.000,00	€ 40.000,00	45,0%
PERDITA DEL PENE	€ 24.000,00	€ 28.000,00	35,0%
IMPOSSIBILITA' ALL'EREZIONE	€ 16.000,00	€ 20.000,00	25,0%
CASTRAZIONE	€ 16.000,00	€ 20.000,00	25,0%
LESIONI MUSCOLO-TENDINEE			
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) –non cumulabile-	€ 3.200,00	€ 3.200,00	9,0%
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)		€ 775,00	5,0%
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	€ 1.600,00	€ 1.600,00	7,0%

Capitolato Bando Gara Assicurazione Infortuni e Assistenza

ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) valore massimo per ogni dito-		€ 460,00	3,0%
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) non cumulabile-	€ 800,00	€ 925,00	6,0%
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (documentata radiologicamente)		€ 620,00	4,0%
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	€ 1.600,00	€ 1.600,00	7,0%
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)		€ 1.550,00	5,0%
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)		€ 470,00	3,0%
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)		€ 636,00	4,0%
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	€ 800,00	€ 930,00	6,0%
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente) non cumulabile-		€ 780,00	5,0%
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente) - valore massimo per ogni dito		€ 388,00	2,5%
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)		€ 620,00	4,0%
LUSSAZIONE D'ANCA (documentato radiologicamente)	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (documentato radiologicamente)		€ 310,00	2,0%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (documentata radiologicamente)		€ 155,00	1,0%
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)		€ 775,00	5,0%
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattata chirurgicamente) non cumulabile tra loro-	€ 2.400,00	€ 2.400,00	8,0%
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI – (trattata chirurgicamente) non cumulabili tra loro		€ 398,00	2,5%
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)		€ 388,00	2,5%
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattata chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	€ 800,00	€ 930,00	6,0%
LUSSAZIONE ULNO CARPICA		€ 480,00	3,0%
LUSSAZIONE ROTULEA		€ 480,00	3,0%
LUSSAZIONE TIBIO TARSICA	€ 800,00	€ 960,00	6,0%
LUSSAZIONE VERTEBRALE		€ 800,00	5,0%
AMPUTAZIONI			
ARTO SUPERIORE			
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	€ 60.000,00	€ 70.000,00	80,0%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	€ 52.000,00	€ 60.000,00	70,0%
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	€ 48.000,00	€ 52.000,00	65,0%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	€ 37.600,00	€ 41.600,00	52,0%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 42.400,00	€ 46.400,00	58,0%
LESIONI	Indennizzo Tessera Base (Franchigia 5% assoluta)	Indennizzo Tessera Plus	Percentuale %
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	€ 40.800,00	€ 44.800,00	56,0%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 36.000,00	€ 40.000,00	50,0%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 31.200,00	€ 35.200,00	44,0%

Capitolato Bando Gara Assicurazione Infortuni e Assistenza

AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	€ 32.000,00	€ 36.000,00	45,0%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	€ 29.600,00	€ 33.600,00	42,0%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	€ 33.600,00	€ 37.600,00	47,0%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	€ 26.400,00	€ 30.400,00	38,0%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 30.400,00	€ 34.400,00	43,0%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	€ 28.000,00	€ 32.000,00	40,0%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	€ 21.600,00	€ 25.600,00	32,0%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 25.600,00	€ 29.600,00	37,0%
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 20.000,00	€ 24.000,00	30,0%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	€ 24.000,00	€ 28.000,00	35,0%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	€ 24.000,00	€ 28.000,00	35,0%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	€ 18.400,00	€ 22.400,00	28,0%
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	€ 22.400,00	€ 26.400,00	33,0%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	€ 15.200,00	€ 19.200,00	24,0%
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	€ 13.600,00	€ 17.600,00	22,0%
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	€ 17.600,00	€ 21.600,00	27,0%
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	€ 10.400,00	€ 14.400,00	18,0%
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	€ 14.400,00	€ 18.400,00	23,0%
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	€ 12.000,00	€ 16.000,00	20,0%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	€ 12.000,00	€ 16.000,00	20,0%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	€ 7.200,00	€ 11.200,00	14,0%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	€ 1.600,00	€ 1.600,00	7,0%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	€ 5.600,00	€ 9.600,00	12,0%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	€ 6.400,00	€ 10.400,00	13,0%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE		€ 775,00	5,0%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO		€ 543,00	3,5%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE		€ 388,00	2,5%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO		€ 698,00	4,5%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	€ 2.400,00	€ 2.400,00	8,0%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	€ 800,00	€ 930,00	6,0%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	€ 3.200,00	€ 3.200,00	9,0%
ARTO INFERIORE			
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	€ 52.000,00	€ 60.000,00	70,0%
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	€ 48.000,00	€ 55.000,00	65,0%
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	€ 48.000,00	€ 52.000,00	65,0%
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	€ 36.000,00	€ 40.000,00	50,0%
PERDITA DI UN PIEDE	€ 32.000,00	€ 36.000,00	45,0%

PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	€ 17.600,00	€ 21.600,00	27,0%
LESIONI	Indennizzo Tessera Base (Franchigia 5% assoluta)	Indennizzo Tessera Plus	Percentual e%
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	€ 76.000,00	€ 90.000,00	100,0%
PERDITA DELL'ALLUCE	€ 800,00	€ 930,00	6,0%
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE		€ 465,00	3,0%
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE		€ 155,00	1,0%
LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (permanentemente - stabilizzati)			
ARTO SUPERIORE			
LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	€ 44.000,00	€ 50.000,00	60,0%
SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE ERB C5-D1	€ 32.000,00	€ 36.000,00	45,0%
SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE KLUMPKE	€ 32.000,00	€ 36.000,00	45,0%
PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE	€ 10.400,00	€ 14.400,00	18,0%
PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE	€ 24.000,00	€ 28.000,00	35,0%
PARALISI BASSA NERVO RADIALE	€ 16.000,00	€ 20.000,00	25,0%
PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO	€ 28.000,00	€ 32.000,00	40,0%
PARALISI COMPLETA NERVO ULNA	€ 16.000,00	€ 20.000,00	25,0%
PARALISI BASSA NERVO ULNARE	€ 12.000,00	€ 16.000,00	20,0%
ARTO INFERIORE			
PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARE D12-L4	€ 24.000,00	€ 28.000,00	35,0%
PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE	€ 20.000,00	€ 24.000,00	30,0%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	€ 32.000,00	€ 36.000,00	45,0%
PARALISI BASSA NERVO SCIATICO	€ 26.400,00	€ 30.400,00	38,0%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	€ 12.000,00	€ 16.000,00	20,0%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	€ 13.600,00	€ 17.600,00	22,0%
LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE			
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SPORADICHE	€ 8.000,00	€ 12.000,00	15,0%
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SETTIMANALI	€ 20.000,00	€ 24.000,00	30,0%
PARAPARESI CON DEFICIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITA' DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	€ 28.000,00	€ 32.000,00	40,0%
MONOPARESI DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITA' AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	€ 28.000,00	€ 32.000,00	40,0%
MONOPARESI DI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	€ 24.000,00	€ 28.000,00	35,0%
USTIONI			
CAPO			
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO		€ 480,00	3,0%
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 16-25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 7.200,00	€ 11.200,00	14,0%
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 10.400,00	€ 14.400,00	18,0%
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUIOIO CAPELLUTO		€ 800,00	5,0%

Capitolato Bando Gara Assicurazione Infortuni e Assistenza

USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 30% DELLA SUPERFICIE DEL CUIO CAPELLUTO	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
ARTI SUPERIORI ED INFERIORI			
USTIONI 2° O 3° GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE		€ 800,00	5,0%
USTIONI 2° O 3° GRADO DI 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 4.000,00	€ 8.000,00	10,0%
USTIONI 2° O 3° GRADO DI 31-50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 8.000,00	€ 12.000,00	15,0%
USTIONI 2° O 3° GRADO DI SUPERIORE AL 50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 12.000,00	€ 16.000,00	20,0%

Elenco Grandi Interventi

Collo

Resezioni e plastiche tracheali

Esofago

Interventi per lesioni traumatiche

Torace

Lobectomie, biliolectomie, pneumonectomie

Stomaco-duodeno intestino tenue

Resezione intestinale per via laparoscopica

Colon-retto

Colectomia totale con ileorectoanastomosi 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

Cardio Chirurgia

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

Emipelvectomy

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

PROCEDURA GESTIONE SINISTRI INFORTUNI E RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società dovrà istituire, in Italia, un ufficio liquidazione infortuni e rimborso spese mediche dedicato alla FIGC con apposito numero verde, che alla fine del presente contratto dovrà essere ceduto, qualora venga richiesto, alla FIGC o alla Società che subentrerà al contratto.

Eventuali, modifiche o integrazioni alla procedura di seguito esplicitata dovranno essere preventivamente concordate con la Contraente.

La Società, o una sua Società Controllata, dovrà provvedere direttamente all'attività di valutazione, stima e liquidazione degli infortuni e tale servizio non potrà essere esternalizzato a Terzi.

La Società si obbliga a fornire supporto ed assistenza agli Assicurati su tutte le informazioni, di seguito indicate a titolo esemplificativo e non esaustivo, inerenti:

- le condizioni di assicurazione;
- lo stato dei sinistri;
- gli importi e i tempi di rimborso, nonché ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

L'assistenza agli Assicurati verrà fornita dalla Società attraverso un call center contattabile mediante numero telefonico gratuito (numero verde), che garantisca assistenza telefonica quotidiana dal Lunedì al Venerdì, per un tempo non inferiore a otto ore per ogni giorno lavorativo (dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00).

Fermo restando le condizioni del presente contratto e senza oneri aggiuntivi per la Società, la Contraente si riserva la facoltà di affidare le attività di call center ad un soggetto terzo, dalla stessa individuato.

Nello specifico, le attività in carico alla Società/Call Center dovranno intendersi:

- Ricezione della denuncia di sinistro;
- Verifica della documentazione presentata in relazione alla copertura sanitaria;
- Trasmissione all'ufficio liquidazione della Società delle pratiche complete
- Notifica all'assicurato delle informazioni relative alla liquidazione (in via telematica o cartacea)

La Gestione dei sinistri seguirà il seguente iter:

1. Denuncia del sinistro - Gestione della richiesta di indennizzo;
2. Apertura del sinistro, rubricazione;
3. Gestione dei seguiti, Liquidazione della pratica e relativa accettazione/revisione.

Tale procedura, che regola i rapporti tra Assicurato e Società/Call Center, è propedeutica all'esatta e puntuale gestione dei sinistri.

1. Denuncia del sinistro - Gestione della richiesta di indennizzo

Società/Call Center	Riceve la denuncia di sinistro a mezzo fax, posta o via telematica Riceve la documentazione in originale relativa a seguito di una pratica già aperta.	
Società/Call Center	Garantisce una assistenza telefonica quotidiana per l'intera giornata lavorativa	Dal Lunedì al Venerdì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00

2. Apertura del sinistro, rubricazione

Attore	Processo	Tempistica
Società/Call Center	Riceve le denunce di sinistro, inserendo nel proprio sistema gestionale la posizione e assegnando il numero di sinistro. Provvede all'inoltro delle domande all'ufficio Liquidazione della Compagnia solo quando la pratica è completa. Trasmette alla Società Assicuratrice le informazioni necessarie per procedere alla liquidazione del sinistro. Trasmette alla Società Assicuratrice, in formato cartaceo, le pratiche complete per consentirne la liquidazione. Trasmette all'Assicurato, su carta intestata della Compagnia e tramite posta, comunicazione di avvenuta apertura del sinistro riportando: - numero attribuito al sinistro - riferimenti della Società Assicuratrice per eventuali contatti	Entro 10 giorni lavorativi Entro 5 giorni lavorativi

3. Gestione dei seguiti, Liquidazione della pratica e relativa accettazione/revisione

Società Assicuratrice	Comunica all'Assicurato l'esito del sinistro. Provvede al pagamento della prestazione economica direttamente all'Assicurato (in presenza di minore ai genitori o a chi ne fa le veci) a mezzo bonifico o assegno.	Entro 30 gg dal ricevimento della documentazione completa

Società Assicuratrice	Trasmette al Broker un file in formato Microsoft Excel® contenente un elenco dettagliato almeno come di seguito indicato: a) sinistri denunciati, b) sinistri riservati, con indicazione dell'importo a riserva, c) sinistri liquidati, con indicazione dell'importo liquidato, specificando almeno che trattasi di: – Lesione – Spese mediche – Interventi chirurgici – Morte – Altre garanzie d) sinistri respinti, con evidenza delle motivazioni, e) categoria di assicurati, f) tipologia di lesione (codificata esattamente come da tabella Allegato A), g) provincia di appartenenza della Società Sportiva, h) data di apertura del sinistro, i) n. sinistro Società Assicuratrice l) data di accadimento del sinistro denunciato, m) data ricezione pratica completa, n) data chiusura del sinistro per liquidazione o altro motivo.	Con cadenza trimestrale
-----------------------	--	-------------------------

Penali

La Società, entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della denuncia di sinistro completa di tutta la documentazione, provvederà al pagamento della prestazione economica direttamente all'Assicurato (in presenza di minore ai genitori o a chi ne fa le veci) a mezzo di assegno di traenza non trasferibile o con accredito in conto corrente.

In caso di mancato rispetto di detto termini, il Contraente, potrà applicare delle penali come di seguito indicato:

- In caso di Lesione, dalla scadenza del 31° e fino al 60° giorno € 50,00 per ogni rimborso ritardato. Detta penale potrà essere elevata a € 100,00 a decorrere dal 61° giorno di ritardo;
- In caso Morte, dalla scadenza del 31° e fino al 60° giorno € 5.000,00 per ogni rimborso ritardato. Detta penale potrà essere elevata a € 10.000,00 a decorrere dal 61° giorno di ritardo.

Le somme dovute dalla Società a titolo di penali verranno detratte annualmente dal premio di regolazione a favore del Contraente, il quale ne farà l'uso più opportuno nell'interesse dei propri iscritti.

Obblighi della Società nella gestione dei sinistri

Al termine di ogni trimestre entro i 15 giorni solari successivi, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Broker l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto nei termini previsti dal presente contratto.

É facoltà del Contraente richiedere, ed obbligo della Società fornire, lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora la Contraente lo richieda.

La reportistica dovrà essere fornita in formato elettronico Microsoft Excel®.