



FEDERAZIONE ITALIANA GIUOCO CALCIO - LEGA NAZIONALE DILETTANTI

COMITATO REGIONALE CALABRIA

VIA CONTESSA CLEMENZA n. 1 – 88100 CATANZARO

TEL.. 0961 752841/2 - FAX. 0961 752795

Indirizzo Internet: www.crcalabria.it

e-mail: segreteria@crcalabria.it



STAGIONE SPORTIVA 2010/2011

COMUNICATO UFFICIALE N° 4 DEL 5 LUGLIO 2010

1. COMUNICAZIONI DELLA L.N.D.

COMUNICATO UFFICIALE N. 7 Stagione Sportiva 2010/2011

TUTELA ASSICURATIVA TESSERATI E DIRIGENTI L.N.D. IN VIGORE NEL PERIODO DAL 1°LUGLIO 2010 AL 30 GIUGNO 2013

Il Consiglio Direttivo della L.N.D. ha approvato le nuove coperture assicurative obbligatorie dei tesserati e dei dirigenti delle Società della Lega Nazionale Dilettanti - per le attività di competenza – garantite dalla INA ASSITALIA, le quali saranno in vigore nel periodo dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2013.

Le polizze obbligatorie a favore dei soggetti assicurati (**convenzione infortuni con relativa tabella lesioni, responsabilità civile terzi e dipendenti, assistenza e tutela legale**) prevedono le garanzie indicate negli allegati al presente Comunicato che ne costituiscono parte integrante.

Si allega, altresì, lo schema relativo alle procedure da seguire in caso di sinistro, oltre al modulo di denuncia dei sinistri.

Si precisa che il premio pro-capite per ciascuna stagione sportiva riferita al sopra indicato periodo di validità e' pari a **Euro 31,00 per gli assicurati non rientranti nella categoria dei Dirigenti delle Società della L.N.D.**

Per quanto attiene, invece, il premio relativo alla copertura assicurativa del settore Dirigenti delle Società della L.N.D., gli importi sono specificati nella misura di seguito indicata: **ogni singola Società partecipante al Campionato Nazionale Dilettanti ed ai Campionati di Serie A, A2 e B delle Divisioni Calcio Femminile e Calcio a Cinque, dovrà corrispondere un premio forfetario annuale pari a Euro 180,00; ogni singola Società partecipante ai Campionati di Eccellenza, Promozione e 1^ Categoria, dovrà corrispondere un premio forfetario annuale pari a Euro 130,00; ogni singola Società partecipante a tutti gli altri Campionati della L.N.D., ad eccezione dell'attività Amatoriale e Ricreativa, dovrà corrispondere un premio forfetario annuale pari a Euro 90,00.**

Si ricorda, inoltre, che e' sempre attivo il **servizio di consulenza** per le problematiche concernenti la copertura assicurativa dei tesserati e dei dirigenti con le Società della Lega Nazionale Dilettanti. Tale servizio è disponibile **nei giorni dal lunedì al venerdì, non festivi, dalle ore 9.00 alle ore 12.30 e dalle ore 15.00 alle ore 19.00, contattando il numero telefonico 335.8280450**

PUBBLICATO IN ROMA IL 1° LUGLIO 2010

IL SEGRETARIO GENERALE
Massimo Ciaccolini

IL PRESIDENTE
Carlo Tavecchio

IL SEGRETARIO
Emanuele Daniele

IL PRESIDENTE
Saverio Mirarchi

PUBBLICATO ED AFFISSO ALL'ALBO DEL COMITATO REGIONALE CALABRIA IL 5 LUGLIO 2010

Convenzione L.N.D. – INA ASSITALIA 2010-2011
Modulo Denuncia Lesione – Tesserati L.N.D.

N. SINISTRO

N. DOSSIER.....

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO/A: _____ IL _____

INDIRIZZO/VIA: _____ N. _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____

CODICE FISCALE: _____ TELEFONO: _____

DATI ANAGRAFICI DEI DUE GENITORI (OBBLIGATORIA IN CASO DI MINORE)

_____ CODICE FISCALE _____

_____ CODICE FISCALE _____

N° Tessera L.N.D. dell'infornato _____ e-mail _____

Tipo tessera L.N.D. dell'infornato: CALCIATORI e TECNICI DIRIGENTI

Coordinate bancarie per la liquidazione: IBAN _____

ESTREMI LESIONE

DATA _____ ORA _____ GARA ALLENAMENTO TRASFERIMENTO

LUOGO _____ PROVINCIA _____ TESTIMONI PRESENTI AL FATTO _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO:

INFORTUNI PRECEDENTI? (SI/NO): _____ IN DATA: _____

QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO

DATA _____ FIRMA _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA

Calciatori oltre i 14 anni (non appartenenti al Settore Giovanile), Calciatori e Tecnici

SOCIETA' _____ MATRICOLA NUMERO _____

INDIRIZZO/VIA: _____ N. _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____

TEL. FAX _____ EMAIL _____

DATA _____ TIMBRO _____ FIRMA _____

Prima di spedire il presente modulo per raccomandata R.R. a :

CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI L.N.D. – INA ASSITALIA S.p.A.

c/o INTER Partner Assistenza Servizi S.p.A.

Via Bernardino Alimena 111 00173 Roma

CONTATTARE IL NUMERO VERDE **800.903.407** PER FARSI COMUNICARE IL NUMERO DI SINISTRO ED IL N. DOSSIER CHE DOVRANNO ESSERE RIPORTATI NEL PRESENTE MODULO, CHE POTRA' ESSERE ANTICIPATO, COMPILATO, AL N° DI FAX **06 4817974**



Informativa ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società e l'Agenzia Generale Roma P4 Corso Trieste 32 00198 ROMA, in qualità di autonomi titolari di trattamento, intendono acquisire o già detengono dati personali che li riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari (1), al fine di fornire i servizi assicurativi (2) in suo favore previsti.

I dati forniti da lei o da altri soggetti(3), sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopra citati e sono trattati solo con le modalità e le procedure -effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici- necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativi, in Italia e all'estero; per taluni servizi inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica organizzativa e operativa (4).

I suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati e trattarli, in qualità di Responsabili o incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i suoi dati - alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (5) - non potremmo fornirle i nostri servizi in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi, la loro origine, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento(6).

Lei potrà esercitare tali diritti e richiedere ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o incaricati preposti ai trattamenti sopraindicati rivolgendosi a:

1. INA ASSITALIA S.P.A. Servizio Privacy di gruppo, Via Leonida Bissolati n.23, 00187 Roma, tel. 06/4722.4865 fax 041.2593999
Responsabile designato per il riscontro all'interessato.
In caso di esercizio di tali diritti di cui all'art.7 del decreto legislativo 196/2003 il sito www.inaassitalia.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche di privacy della nostra Società fra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili ed il testo di informativa aggiornato;
2. Alla Agenzia Generale sopraindicata;

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

Luogo e Data

Nome e Cognome dell'interessato

Firma

Note

- (1) l'art. 4 comma 1 lett.d del decreto legislativo 196/2003 definisce dati sensibili ad esempio i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art. 4 comma 1 lett. E) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei carichi pendenti e la qualità di imputato o indagato.
- (2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta premi, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno attività statistiche (come individuati dalla Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9).
- (3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario, proprietario dei beni assicurati o danneggiato (vedi polizze di responsabilità civile); nonché banche dati consultabili in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa;
- (4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopraindicate o finalità ad esse correlate. Si tratta ,in particolare, di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati, agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, Sim, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di recupero crediti ed altri erogatori convenzionati di servizi; tali dati possono essere inoltre comunicati a società del Gruppo Generali ed altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo ed in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati a società del Gruppo Generali per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative nonché ad organismi associativi (ANIA) e consortili (v.CID) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali, quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, ISVAP, Banca d'Italia - UIF, ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione, concessionarie per la riscossione dei tributi.
- (5) Lo prevede ad esempio la normativa in tema di constatazione amichevole di sinistro.
- (6) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del decreto legislativo 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione della legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o in vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.



NOTA INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali

Il Codice stabilisce che il soggetto interessato (di seguito anche "interessato") debba essere preventivamente informato in merito all'utilizzo dei dati che lo riguardano e che il trattamento di dati personali è ammesso solo con il consenso espresso del soggetto interessato salvo i casi previsti dalla legge. A tal fine Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A., fornisce la seguente informativa:

1. RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

In relazione alla polizza Infortuni, Responsabilità civile verso terzi, a favore dei tesserati della Lega Nazionale Dilettanti stipulata da Ina Assitalia S.p.a. (la "Compagnia" o il "Titolare"), in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile, dei propri assicurati, co-assicurati, contraenti, beneficiari, ecc. (cumulativamente definiti i "Clienti") ha provveduto a nominare la società Inter Partner Assistenza Servizi S.p.a. (il "Responsabile"), che ha accettato, "Responsabile del trattamento" dei dati personali dei Clienti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 29 del D. Lgs. 30 Giugno 2003, n. 196 (il "Codice Privacy"), attribuendo ad esso tutti i poteri necessari per l'adempimento degli obblighi di legge. L'elenco degli incaricati al trattamento dei dati personali è disponibile presso la sede di Inter Partner Assistenza Servizi S.p.a..

2. INFORMAZIONI SULLA SOCIETA'

Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A., di seguito detta IPAS, società specializzata nello svolgimento, in Italia ed all'estero, per conto proprio o di terzi, di attività di assistenza, erogazione di servizi, nonché di gestione e liquidazione di sinistri, per il tramite della propria Centrale Operativa, ha sede legale in Roma, Via Bernardino Alimena, 111 - c. a. p. 00173, tel. 06 42118.1, fax 06 4821286 – capitale sociale € 516.000 interamente versato, Registro Imprese di Roma RM 091-1983-6507, REA RM-520467, Part. I.V.A. 01516581004 – Cod. Fisc. 06246510587.

3. FONTE DEI DATI

I dati personali trattati da IPAS possono essere raccolti direttamente presso gli interessati, nel momento in cui si crea il contatto fra questi e la Centrale Operativa, o tramite altri soggetti con cui questi abbiano stretto rapporti contrattuali.

4. DATI SENSIBILI

Il Codice considera sensibili i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche, politiche, sindacali e lo stato di salute, e li tutela con particolare attenzione. Qualora IPAS venga in possesso di dati sensibili il consenso rilasciato al Titolare riguarda anche il trattamento di tali dati, per le finalità di cui al successivo paragrafo. Viceversa, qualora i dati sensibili siano espressamente richiesti da IPAS, per il tramite del Titolare, il loro trattamento sarà subordinato alla preventiva raccolta, volta per volta, del consenso.

Qualora venisse richiesto dalla normativa in tema di Privacy, e qualora fosse richiesto dalla natura dei dati trattati, IPAS, su richiesta del Titolare; provvederà alla notificazione dell'eventuale trattamento al Garante per la protezione dei dati personali.

5. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali raccolti presso l'interessato o presso terzi è svolto per finalità strettamente legate all'attività di erogazione dei servizi, di gestione di sinistri, nonché per l'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti, normative comunitarie o impartiti da Autorità di vigilanza e controllo. Queste attività possono essere svolte anche da soggetti operanti in Italia e all'estero, che collaborano con IPAS e a cui pertanto i dati possono essere comunicati. Il consenso richiesto dal Titolare concerne pertanto anche il trattamento svolto da tali soggetti;

6. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali avviene mediante elaborazioni manuali o strumenti elettronici o comunque automatizzati, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi

7. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma restando l'autonomia dell'interessato si fa presente quanto segue:

- per le finalità di cui al punto 5 il conferimento dei dati è necessario in quanto strettamente funzionale all'esecuzione dei rapporti contrattuali che, senza i dati, non potrebbero, in tutto o in parte, essere eseguiti.

8. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI

Per le finalità di cui al punto 5, e per quanto strettamente necessario in relazione al tipo di servizio, i dati personali dell'interessato possono essere comunicati a:

- Ina Assitalia S.p.a., in quanto Compagnia di Assicurazione dell'interessato;
- Coassicuratori e Riassicuratori di Ina Assitalia S.p.a.;
- soggetti facenti parte del Network di IPAS;
- consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto di IPAS;
- enti associativi (ANIA - Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) e organismi consortili propri del settore assicurativo;
- Pubbliche Amministrazioni od enti nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria per Legge, regolamento o normativa comunitaria;
- società di revisione e di certificazione (indicata negli atti di bilancio);

- società che forniscono servizi informatici e telematici o che svolgono specifiche operazioni quali la protocollazione o l'invio della corrispondenza, la liquidazione dei sinistri, l'archiviazione ottica dei dati e dei sinistri, etc..

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

9. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti, per le finalità di cui all'art. 5, sia verso Paesi dell'Unione Europea sia verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, alle medesime categorie di soggetti indicati al punto 8.

10. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Il Codice conferisce agli interessati l'esercizio di specifici diritti. In particolare, l'interessato può chiedere ed ottenere dal Titolare:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- di conoscere l'origine dei dati, le finalità e modalità del trattamento, nonché la logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- l'indicazione degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili nominati e dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati;
- l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in via anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;

Io sottoscritto, _____, preso atto dell'informativa di cui sopra, liberamente dichiara di prestare il consenso al trattamento dei dati sensibili, nei limiti e con le finalità di cui all'informativa.

Data, _____

Firma _____

Procedure da seguire in caso di sinistro

La denuncia di sinistro, trasmessa dall'infortunato o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa), dovrà pervenire, in forma scritta, tramite lettera raccomandata A/R a:

CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI L.N.D. – INA ASSITALIA S.p.A.
c/o INTER Partner Assistenza Servizi S.p.A.
Via Bernardino Alimena 111 00173 Roma

o via fax al numero **06 4817974** utilizzando il modulo denuncia sinistri **entro 30 giorni dalla data di infortunio a pena di decadenza del diritto di indennizzo.**

Alla denuncia di sinistro dovranno essere allegati il certificato di primo soccorso o pronto soccorso (obbligatorio).

La denuncia, firmata dall'assicurato o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa deve essere controfirmata dal maggiore esponente della Società sportiva di appartenenza.

Il modulo di denuncia deve essere richiesto dall'infortunato alla Società sportiva di appartenenza o scaricato dal sito www.inaassitalia.it/iaportal/sezione.do?idItem=1035&idSezione=1034 o da sito www.lnd.it

L'assicurato potrà segnalare preventivamente il sinistro compilando l'apposito form presente sul sito della L.N.D. www.lnd.it o sul sito www.inaassitalia.it/iaportal/sezione.do?idItem=1035&idSezione=1034 della INA ASSITALIA seguendo le relative istruzioni.

Qualora si scelga tale opzione, terminato tale iter per la segnalazione del sinistro, l'assicurato riceverà un email con il modulo di denuncia sinistro precompilato e le istruzioni su come terminare l'iter della denuncia.

La Società sportiva e/o il Dirigente sportivo non hanno la responsabilità per la ritardata o la mancata presentazione della denuncia.

Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato entro 15 giorni dal fatto.

1° Fase operativa: "Invio del modulo di denuncia di sinistro compilato, della documentazione relativa all'infortunio ed alle spese mediche sostenute"

L'invio del modulo di denuncia del sinistro **deve avvenire entro 30 giorni dalla data di accadimento dell'evento pena la decadenza del diritto di indennizzo;**

Dopo la denuncia, ed entro 90 giorni dalla richiesta inviata all'Ufficio Gestione Sinistri LND l'infortunato dovrà **necessariamente** trasmettere la seguente documentazione:

- ✓ Certificato medico di pronto soccorso e/o primo soccorso;
- ✓ Eventuale ulteriore documentazione medica in suo possesso;
- ✓ Informativa privacy INA ASSITALIA S.p.a e INTER PARTNER Assistenza S.p.a debitamente firmate.

Qualora non fosse possibile rispettare i tempi di invio delle denuncia scritta e della successiva documentazione medica, l'infortunato dovrà comunicare – **prima delle scadenze di 30 giorni e due anni – l'impossibilità di adempiere agli obblighi previsti, al fine di interrompere i termini rispettivamente di decadenza e di prescrizione del diritto di indennizzo.**

Anche in questo caso la comunicazione dovrà avvenire a mezzo raccomandata A/R da inviare al seguente indirizzo:

CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI L.N.D. – INA ASSITALIA S.p.A.
c/o INTER Partner Assistenza Servizi S.p.A.
Via Bernardino Alimena 111 00173 Roma o in alternativa via fax al **06 4817974**

Avvenuto l'infortunio, l'assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire all'assicuratore ed ai suoi incaricati tutte le notizie che fossero necessarie alla documentazione della pratica.

L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono consentire le visite dei medici ed a qualsiasi indagine che questi ritenga necessaria.

Al completamento delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare all'assicuratore il certificato di guarigione.

A guarigione avvenuta, l'infortunato dovrà **obbligatoriamente** inviare (pena la mancata liquidazione del danno) all'Ufficio Gestione Sinistri LND la seguente documentazione:

- ✓ Denuncia di sinistro, previa puntuale compilazione dell'apposito modulo (ove non precedentemente inviato);
- ✓ Certificato di Pronto Soccorso o primo soccorso (ove non precedentemente inviato);
- ✓ Copia della tessera d'iscrizione (per la stagione calcistica interessata);
- ✓ Copia del verbale di gara (solo in presenza di lesioni dentarie);
- ✓ Copia della Cartella clinica (solo in caso di ricovero);
- ✓ Certificazione medica;
- ✓ Copia dei referti, degli esami strumentali effettuati (RX, RNM, TAC, etc);
- ✓ Ricevute in originale, delle spese di cura e mediche sostenute;
- ✓ Certificato medico di guarigione clinica (indispensabile);

Si precisa che in assenza di ricezione di tale documentazione non si potrà procedere alla liquidazione del sinistro

Per tutte le comunicazioni l'infortunato è tenuto a citare il NUMERO SINISTRO, riportato nel Modulo denuncia sinistro. La validità dell'Assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio fino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata all'assicuratore con certificato definitivo. In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa fino alla data di prescrizione del sinistro. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, l'Assicuratore, non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

2° Fase operativa: "Criteri di liquidazione"

Arrivo del certificato di guarigione e della documentazione di cui al punto 5 presso il centro liquidazione sinistri. In caso di documentazione incompleta, l'Ufficio Liquidazione Sinistri invia a mezzo fax presso la sede della Società sportiva o per posta al domicilio dell'infortunato, una lettera di richiesta documentazione (mancante o da inoltrare in originale) necessaria per l'istruzione della pratica. Se i documenti sono completi ed il **diritto all'indennizzo non risulta decaduto, prescritto, o escluso dalle garanzie prestate**, il sinistro viene liquidato con bonifico bancario.

I settore CALCIATORI TECNICI (dirigenti esclusivamente durante lo svolgimento delle attività di assistenti all'arbitro durante le gare ufficiali):

- a) La morte dell'iscritto, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore degli eredi legittimi o testamentari;
- b) L'indennizzo delle lesioni, entro 30 giorni, dalla chiusura del sinistro, nella misura prevista dalla Tabella Lesioni. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a favore dell'infortunato;
- c) Il rimborso delle spese mediche presentate in originale, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. Il rimborso viene effettuato a favore dell'infortunato;
- d) L'indennità giornaliera in caso di ricovero (in assenza di spese mediche), entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore dell'infortunato;
- e) L'indennità forfetaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile, in presenza di certificato originale che certifichi l'applicazione e la rimozione dello stesso, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore dell'infortunato.

II Settore DIRIGENTI esclusa l'attività di assistenti all'arbitro durante gare ufficiali

- a) La morte dell'iscritto, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore degli eredi legittimi o testamentari;
- b) L'invalidità permanente, entro 30 giorni dalla chiusura del sinistro, nella misura prevista dalla polizza. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a favore dell'infortunato. Resta inteso che per la valutazione e liquidazione dell'indennizzo, l'infortunato dovrà, in presenza di postumi, entro sei mesi (periodo di stabilizzazione) dalla data del certificato di guarigione richiedere di essere sottoposto a visita medico legale. In questo caso l'ufficio liquidazione provvederà a nominare il medico legale per competenza territoriale dando contestuale comunicazione al domicilio dell'infortunato. Sarà poi cura dell'infortunato e del medico legale concordare la data di visita.

Nel caso in cui la valutazione medico-legale superi i 5 punti di franchigia l'importo calcolato viene liquidato per differenza.

Non si liquida

L'ufficio liquidazione sinistri invia lettera di reiezione, per posta al domicilio dell'infortunato e tale lettera viene inviata per conoscenza presso la sede della società sportiva di appartenenza :

- a) Quando le lesioni o le spese mediche o l'indennità giornaliera in caso di ricovero o l'indennità forfetaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzazione e inamovibile o solo, per i dirigenti l'invalidità permanente, non rientrano tra le garanzie di polizza o sono assorbite dalla franchigia.

La polizza non prevede il rimborso delle spese di patrocinio. In tutti i casi la restituzione della documentazione avviene solo se richiesti per iscritto dall'assicurato.

3° Fase operativa "informazioni sulla liquidazione dei sinistri

Chiamando **Numero Verde 800.903.407** l'infortunato ha accesso diretto all'Ufficio Gestione sinistri per:

| | | |
|--|---|------------------------------------|
| I Informazione sul contratto assicurativo e Modalità di denuncia | 24 h su 24 h | Tutti i giorni |
| II Ricezione e gestione della documentazione Riguardante il sinistro | Orari Ufficio | Tutti i giorni esclusi i i festivi |
| III Informazioni sullo stato del sinistro (in lavorazione respinto, in attesa documentazioni ecc..) | Dalle ore 9 alle ore 13 Dalle ore 15 alle ore 19 | Tutti i martedì e giovedì |
| | Dalle ore 9 alle ore 13 | Tutti i venerdì esclusi i festivi |
| IV Informazione sulla definizione del sinistro (pagato totale, pagato parziale, fuori garanzia di Polizza) | Dalle ore 9 alle ore 13 Dalle ore 15 alle ore 19 | Tutti i martedì e giovedì |
| | Dalle ore 9 alle ore 13 | Tutti i venerdì esclusi i festivi |

Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'infortunato (o chi ne fa le veci o i suoi aventi causa) Collegandosi all'indirizzo www.inaassitalia.it/iaportal/sezione.do?idItem=1035&idSezione=1034 sono disponibili nell'area riservata alla Lega Nazionale Dilettanti , della compagnia.

In particolare è possibile consultare:

- Le garanzie attive per tutti i tesserati;
- Le garanzie integrative e facoltative e modalità di adesione;
- Come fare per denunciare un sinistro;
- La posizione del sinistro.

Tutte le sezioni sono di libera consultazione tranne che per la sezione "Posizione sinistro". In tale sezione per poter accedere alla consultazione bisogna indicare i seguenti codici identificativi (in possesso solo dell'interessato):

- N° sinistro;
- Data di accadimento del sinistro.

Promemoria per il Tesserato L.N.D. Norme da seguire in caso di infortunio

La denuncia del sinistro deve essere effettuata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci o eventuali aventi causa, telefonicamente o via posta, entro 30 giorni dalla data dell'infortunio. In caso di sinistro mortale, la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato entro 15 giorni dal fatto. Trascorsi tali termine, l'assicurato o i suoi aventi causa, decadono da qualsiasi diritto all'indennizzo.

La Società Sportiva/Dirigente non ha responsabilità per la ritardata o la mancata presentazione della denuncia.

Contattare entro 30 giorni dal giorno dell'infortunio il **Numero Verde 800.903.407** per ottenere il numero di sinistro e il numero di dossier che dovranno essere riportati nel Modello di Denuncia Sinistro.

Spedire a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, il Modello di Denuncia Sinistro, debitamente compilato e sottoscritto, riportante anche la sottoscrizione del Presidente della Società Sportiva, con allegata la documentazione medica relativa all'infortunio:

**CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI L.N.D. – INA ASSITALIA S.p.A.
c/o INTER Partner Assistenza Servizi S.p.A.
Via Bernardino Alimena 111 00173 Roma**

Le eventuali successive comunicazioni da parte del centro liquidazione sinistri, verranno inviate **al numero di fax indicato 06 4817974 , ove presenti, nel Modulo di Denuncia Sinistro.**

L'invio della documentazione dell'infortunio potrà avvenire, in unica soluzione, a guarigione clinica ultimata, attestata da idoneo certificato medico di guarigione, entro 1 anno dalla data della denuncia. Qualora lo si desideri, si potrà anticipare il solo Modulo di Denuncia Sinistro debitamente compilato al n° di fax 06 4817974.

Nel caso in cui il sinistro non si concluda entro due anni dalla data di avvenimento dell'infortunio, resta a carico dell'assicurato /beneficiario l'onere di inviare una comunicazione al Centro Liquidazione Sinistri, entro lo stesso termine, al fine di interrompere la prescrizione ai sensi del codice civile.

La liquidazione del sinistro potrà avvenire solo a ricevimento del certificato di guarigione unitamente ai documenti sotto indicati (se previsti nella copertura assicurativa per il settore di appartenenza tessera calciatore o tecnico/tessera dirigente):

1. Modulo di Denuncia Sinistro debitamente compilato e firmato (in originale);
2. Certificato di pronto soccorso (qualora presente in originale);
3. fatture, notule, ricevute di spese mediche (in originale);
4. copia conforme della cartella clinica (ove presente in originale);
5. Certificato Medico di Guarigione (in originale);
6. Referti degli esami diagnostici (radiografie, ecografie, analisi, risonanza magnetica ecc.)
7. fotocopia della tessera L.N.D.

Per le cure dentarie ed odontoiatriche è necessario il referto arbitrale attestante l'infortunio o, in mancanza di questo, una dichiarazione del Comitato Regionale L.N.D. di appartenenze in cui sia fatta menzione dell'infortunio.

N.B. L'infortunato/assicurato con Tessera L.N.D., o chi ne fa le veci o l'avente causa, solo gli unica ad avere diritto all'eventuale liquidazione del sinistro e sono gli unici ad avere l'onere di ottemperare all'obbligo di denuncia del sinistro. Le informazioni sullo stato del sinistro verranno fornite dal Call-Center solo dopo il ricevimento del certificato di guarigione.

IN CASO DI INFORTUNIO DURANTE I TRASFERIMENTI – in itinere è necessario specificare l'ora di accadimento del sinistro, il luogo di partenza, il luogo e l'ora dove venire svolta l'attività sportiva.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

1. Modulo di denuncia sinistro debitamente compilato e firmato (in originale);
2. fotocopia della tessera L.N.D.
3. Certificato di Morte (in originale)
4. Stato di famiglia
5. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori;
6. Certificato di idoneità alla pratica sportiva in caso di decesso dovuto agli eventi gravi previsti dalla polizza infortuni,
7. Verbale delle Autorità Intervenute;
8. Cartella Clinica e copia referto autoptico o certificato o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso;
9. Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto;
10. Copia del rapporto di gara se l'infortunio è avvenuto durante una competizione.

ATTENZIONE: la polizza non prevede il rimborso delle spese di patrocinio.

SINTESI CONDIZIONI ASSICURATIVE
PER L'ASSICURAZIONE LESIONI/MORTE, INVALIDITA'
PERMANENTE, RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI,
VERSO PRESTATORI DI LAVORO, ASSISTENZA E TUTELA
LEGALE A FAVORE, DEGLI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI,
DELLE SOCIETA' AFFILIATE E DEI TESSERATI DELLA
LEGA NAZIONALE DIELTTANTI

SOMMARIO

| | |
|--|-----------|
| SOMMARIO | 2 |
| TITOLI CHE DANNO DIRITTO ALL'ASSICURAZIONE | 4 |
| PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI | 4 |
| DEFINIZIONI | 7 |
| NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI | 10 |
| ESTENSIONE TERRITORIALE | 10 |
| INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO | 10 |
| GARANZIA INFORTUNI | 10 |
| PERSONE ASSICURATE..... | 10 |
| GARANZIE PRESTATE | 11 |
| SOMME ASSICURATE..... | 12 |
| PERDITA ANNO SCOLASTICO PER I TESSERATI STUDENTI | 12 |
| CONTAGIO DA H.I.V..... | 12 |
| RAPPRESENTATIVA NAZIONALE | 12 |
| CASO LESIONI | 12 |
| RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE..... | 12 |
| RIMBORSO SPESE PER "GRANDI INTERVENTI" | 13 |
| SPESE DI CURA PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO..... | 14 |
| RIMBORSO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE..... | 14 |
| INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO | 15 |
| RIMBORSO SPESE PER CURE DENTARIE E/O PROTESI DENTARIE..... | 15 |
| INDENNITA' FORFETTARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO | 15 |
| DANNO ESTETICO..... | 15 |
| INDENNITA' AGGIUNTIVE..... | 16 |
| RISCHI COMPRESI | 16 |
| RISCHIO VOLO | 16 |
| RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE | 17 |
| CRITERI DI INDENNIZZABILITA'..... | 17 |
| MORTE | 17 |
| INVALIDITA' PERMANENTE..... | 18 |
| FRANCHIGIA ASSOLUTA DEL 5% PER IL CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE | 18 |
| PRECISAZIONI LIMITATAMENTE ALLA GARANZIA LESIONI | 19 |
| PERSONE NON ASSICURABILI..... | 19 |
| INFORTUNI DERIVANTI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI..... | 19 |
| RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE | 19 |
| RISCHI ESCLUSI | 19 |
| CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI | 20 |
| CUMULO DI INDENNIZZI..... | 21 |
| GARANZIE RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI RESPONSABILITA' CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA | 22 |
| SOGGETTI ASSICURATI..... | 22 |
| OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE | 22 |
| RISCHI COMPRESI..... | 23 |
| DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE | 25 |
| ESCLUSIONI | 25 |

| | |
|---|-----------|
| PRECISAZIONI ED ESTENSIONI VARIE DI GARANZIA..... | 25 |
| GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI..... | 26 |
| RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA..... | 26 |
| MASSIMALI DI GARANZIA..... | 26 |
| FRANCHIGIA..... | 26 |
| GARANZIE ASSISTENZA..... | 27 |
| PERSONE ASSICURATE..... | 27 |
| OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE..... | 27 |
| EFFICACIA E DURATA DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA..... | 27 |
| MASSIMA ESPOSIZIONE..... | 27 |
| CENTRALE OPERATIVA..... | 27 |
| VALIDITÀ TERRITORIALE DELLE GARANZIE PRESTATE..... | 27 |
| ASSISTENZA NOTTURNA IN CASO DI RICOVERO..... | 27 |
| RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE DOPO LE CURE..... | 28 |
| CONSULENZA MEDICA TELEFONICA..... | 28 |
| REPERIMENTO ED INVIO DI UN MEDICO NEI CASI DI URGENZA..... | 28 |
| TRASFERIMENTO SANITARIO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO..... | 28 |
| COLLEGAMENTO CONTINUO CON IL CENTRO OSPEDALIERO..... | 29 |
| INTERPRETE..... | 29 |
| TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI..... | 29 |
| RIMPATRIO SANITARIO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO..... | 29 |
| OBBLIGO DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO..... | 29 |
| TRASMISSIONE DEI DATI..... | 30 |
| GARANZIE TUTELA LEGALE..... | 30 |
| PERSONE ASSICURATE..... | 30 |
| OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE..... | 30 |
| VALIDITÀ TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE..... | 30 |
| LIMITI DI INDENNIZZO..... | 30 |
| ESCLUSIONI..... | 30 |
| GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – LIBERA SCELTA DEL LEGALE E DEL PERITO..... | 31 |
| RECUPERO DI SOMME..... | 31 |
| PENALE DOLOSO..... | 31 |
| PRESENZA DI GARANZIA DI RESPONSABILITÀ CIVILE..... | 31 |

Titoli che danno diritto all'assicurazione

I titoli che costituiscono diritto alle garanzie assicurative - senza distinzione di attività - purchè rientrante negli scopi della Contraente, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, sono:

- la Tessera nominativa e numerata;
- per le Società sportive l'affiliazione alla Lega Nazionale Dilettanti;

La tessera verrà rilasciata a cura della Lega Nazionale Dilettanti anche a mezzo dei suoi organi periferici (Comitati Regionali, Provinciali, territoriali, Società affiliate) da questa specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Procedure di liquidazione dei sinistri

1. La denuncia di sinistro, trasmessa dall'infortunato 8° da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa), dovrà pervenire all'Ufficio gestione sinistri della L.N.D. in forma scritta, tramite lettera raccomandata A/R o via fax al numero 06 4817974 utilizzando il modulo denuncia sinistri **entro 30 giorni dalla data di infortunio a pena di decadenza del diritto di indennizzo.**

Alla denuncia di sinistro dovranno essere allegati il certificato di primo soccorso o pronto soccorso (obbligatorio).

La denuncia, firmata dall'assicurato o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa deve essere controfirmata dal maggiore esponente della Società sportiva di appartenenza.

Il modulo di denuncia deve essere richiesto dall'infortunato alla Società sportiva di appartenenza o scaricato dal sito www.inaassitalia.it/iaportal/sezione.do?idItem=1035&idSezione=1034 o da sito www.lnd.it

L'assicurato potrà segnalare preventivamente il sinistro compilando l'apposito form presente sul sito della L.N.D. (www.lnd.it) o sul sito www.inaassitalia.it/iaportal/sezione.do?idItem=1035&idSezione=1034 seguendo le relative istruzioni.

Qualora si scelga tale opzione, terminato tale iter per la segnalazione del sinistro, l'assicurato riceverà un email con il modulo di denuncia sinistro precompilato e le istruzioni su come terminare l'iter della denuncia.

La Società sportiva/ il Dirigente sportivo non ha la responsabilità per la ritardata o la mancata presentazione della denuncia.

2. Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato entro 15 giorni dal fatto.
3. 1° Fase operativa: "Invio del modulo di denuncia di sinistro compilato, della documentazione relativa all'infortunio ed alle spese mediche sostenute"

L'invio del modulo di denuncia del sinistro **deve avvenire entro 30 giorni dalla data di accadimento dell'evento pena la decadenza del diritto di indennizzo;**

Dopo la denuncia, ed entro 90 giorni dalla richiesta inviata all'Ufficio Gestione Sinistri LND l'infortunato dovrà **necessariamente** trasmettere la seguente documentazione:

- ✓ Certificato medico di pronto soccorso e/o primo soccorso;
- ✓ Eventuale ulteriore documentazione medica in suo possesso;

Qualora non fosse possibile rispettare i tempi di invio delle denuncia scritta e della successiva documentazione medica, l'infortunato dovrà comunicare – **prima delle scadenze di 30 giorni e due anni**

– l'impossibilità di adempiere agli obblighi previsti, al fine di interrompere i termini rispettivamente di decadenza e di prescrizione del diritto di indennizzo.

Anche in questo caso la comunicazione dovrà avvenire a mezzo raccomandata A/R da inviare al seguente indirizzo

CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI L.N.D. – INA ASSITALIA S.p.A.

c/o INTER Partner Assistenza Servizi S.p.A.

Via Bernardino Alimena 111 00173 Roma

o in alternativa via fax al **06 4817974**

4. Avvenuto l'infortunio, l'assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire all'assicuratore ed ai suoi incaricati tutte le notizie che fossero necessarie alla documentazione della pratica.

L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono consentire le visite dei medici ed a qualsiasi indagine che questi ritenga necessaria.

Al completamento delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare all'assicuratore il certificato di guarigione.

5. A guarigione avvenuta, l'infortunato dovrà **obbligatoriamente** inviare (pena la mancata liquidazione del danno) all'Ufficio Gestione Sinistri LND la seguente documentazione:

- ✓ Denuncia di sinistro, previa puntuale compilazione dell'apposito modulo (ove non precedentemente inviato);
- ✓ Certificato di Pronto Soccorso o primo soccorso (ove non precedentemente inviato);
- ✓ Copia della tessera d'iscrizione (per la stagione calcistica interessata);
- ✓ Copia del verbale di gara (solo in presenza di lesioni dentarie);
- ✓ Copia della Cartella clinica (solo in caso di ricovero);
- ✓ Certificazione medica;
- ✓ Copia dei referti, degli esami strumentali effettuati (RX, RNM, TAC, etc);
- ✓ Ricevute in originale, delle spese di cura e mediche sostenute;
- ✓ Certificato medico di guarigione clinica (indispensabile);

Si precisa che in assenza di ricezione di tale documentazione non si potrà procedere alla liquidazione del sinistro

6. Per tutte le comunicazioni l'infortunato è tenuto a citare il NUMERO SINISTRO, riportato nel Modulo denuncia sinistro.

7. La validità dell'Assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio fino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata all'assicuratore con certificato definitivo.

In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa fino alla data di prescrizione del sinistro. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, l'Assicuratore, non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

8. 2° Fase operativa: "Criteri di liquidazione"

Arrivo del certificato di guarigione e della documentazione di cui al punto 5 presso il centro liquidazione sinistri.

In caso di documentazione incompleta, l'Ufficio Liquidazione Sinistri invia a mezzo fax presso la sede della Società sportiva o per posta al domicilio dell'infortunato, una lettera di richiesta documentazione (mancante o da inoltrare in originale) necessaria per l'istruzione della pratica.

Se i documenti sono completi ed il **diritto all'indennizzo non risulta decaduto, prescritto, o escluso dalle garanzie prestate**, il sinistro viene liquidato (tramite emissione di assegno (copertura garantita per traenza) o con bonifico bancario, se tale opzione è richiesta nel Modulo di denuncia sinistro).

I settore CALCIATORI TECNICI (dirigenti esclusivamente durante lo svolgimento delle attività di assistenti all'arbitro durante le gare ufficiali):

- a) La morte dell'iscritto, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore degli eredi legittimi o testamentari;
- b) L'indennizzo delle lesioni, entro 30 giorni, dalla chiusura del sinistro, nella misura prevista dalla Tabella Lesioni. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a favore dell'infortunato. Per importi superiori ad € 7.746,85 l'infortunato dovrà firmare la quietanza che dovrà restituire all'assicuratore;
- c) Il rimborso delle spese mediche presentate in originale, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. Il rimborso viene effettuato a favore dell'infortunato;
- d) L'indennità giornaliera in caso di ricovero (in assenza di spese mediche), entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore dell'infortunato;
- e) L'indennità forfetaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile, in presenza di certificato originale che certifichi l'applicazione e la rimozione dello stesso, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore dell'infortunato.

Il Settore DIRIGENTI esclusa l'attività di assistenti all'arbitro durante gare ufficiali

- a) La morte dell'iscritto, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata a favore degli eredi legittimi o testamentari;
- b) L'invalidità permanente, entro 30 giorni dalla chiusura del sinistro, nella misura prevista dalla polizza. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a favore dell'infortunato. Resta inteso che per la valutazione e liquidazione dell'indennizzo, l'infortunato dovrà, in presenza di postumi, entro sei mesi (periodo di stabilizzazione) dalla data del certificato di guarigione richiedere di essere sottoposto a visita medico legale. In questo caso l'ufficio liquidazione provvederà a nominare il medico legale per competenza territoriale dando contestuale comunicazione al domicilio dell'infortunato. Sarà poi cura dell'infortunato e del medico legale concordare la data di visita.

Nel caso in cui la valutazione medico-legale superi i 5 punti di franchigia l'importo calcolato viene liquidato per differenza.

Non si liquida

L'ufficio liquidazione sinistri invia lettera di reiezione, via fax presso la sede della società sportiva di appartenenza o per posta al domicilio dell'infortunato:

- a) Quando le lesioni o le spese mediche o l'indennità giornaliera in caso di ricovero o l'indennità forfetaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzazione e inamovibile o solo, per i dirigenti l'invalidità permanente, non rientrano tra le garanzie di polizza o sono assorbite dalla franchigia.

La polizza non prevede il rimborso delle spese di patrocinio. In tutti i casi la restituzione della documentazione avviene solo se richiesti dall'assicurato.

9. 3° Fase operativa "informazioni sulla liquidazione dei sinistri

Chiamando il numero verde **800.903.407** l'infortunato ha accesso diretto all'Ufficio Gestione sinistri per:

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| I Informazione sul contratto assicurativo e Modalità di denuncia | 24 h su 24 h | Tutti i giorni |
| II Ricezione e gestione della documentazione Riguardante il sinistro | Orari Ufficio | Tutti i giorni esclusi i festivi |
| III Informazioni sullo stato del sinistro (in lavorazione respinto, in attesa documentazioni ecc..) | Dalle ore 9 alle ore 13 Dalle ore 15 alle ore 19 | Tutti i martedì e giovedì |
| | Dalle ore 9 alle ore 13 | Tutti i venerdì esclusi i festivi |
| IV Informazione sulla definizione del sinistro (pagato totale, pagato parziale, fuori garanzia di Polizza) | Dalle ore 9 alle ore 13 Dalle ore 15 alle ore 19 | Tutti i martedì e giovedì |
| | Dalle ore 9 alle ore 13 | Tutti i venerdì esclusi i festivi |

Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'infortunato (o chi ne fa le veci o i suoi aventi causa) Collegandosi all'indirizzo www.inaassitalia.it/iaportal/sezione.do?idItem=1035&idSezione=1034

10. sono disponibili nell'area riservata alla Lega Nazionale Dilettanti , le pagine web della INA ASSITALIA In particolare è possibile consultare:

- Le garanzie attive per tutti i tesserati;
- Le garanzie integrative e facoltative e modalità di adesione;
- Come fare per denunciare un sinistro;
- La posizione del sinistro.

Tutte le sezioni sono di libera consultazione tranne che per la sezione "Posizione sinistro". In tale sezione per poter accedere alla consultazione bisogna indicare i seguenti codici identificativi (in possesso solo dell'interessato):

- N° sinistro;
- Data di accadimento del sinistro.

DEFINIZIONI

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e più precisamente la Lega Nazionale Dilettanti, comprese le strutture periferiche, le Società partecipanti al Campionato LND affiliate alla stessa, i Tesserati e gli Ausiliari ed in particolare:

Categoria

A) Tutti i calciatori, Allenatori, Tecnici e Massaggiatori tesserati per le Società affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, con esclusione dei calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa, Amatoriale e dei tesserati del Settore Giovanile e Scolastico:

B) Tutti i calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore a una Stagione Sportiva);

| | |
|------------------------------|---|
| | C) I Dirigenti delle Società Sportive Affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti esclusivamente durante lo svolgimento dell'Attività di Assistenti all'Arbitro durante Gare Ufficiali; |
| | D) I Dirigenti delle Società Sportive Affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti durante lo svolgimento dell'Attività di Dirigente delle Società o degli Organismi di Lega, esclusa l'attività di Assistenti all'Arbitro durante Gare Ufficiali; |
| Assicuratore | il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto.. |
| 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. |
| Associati | Tutti i Tesserati delle suindicate Società, esclusivamente mentre esplicano la loro attività per conto delle stesse. |
| 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 | la Lega Nazionale Dilettanti |
| Cose | sia gli oggetti materiali, sia gli animali |
| Day- Hospital | la degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura. |
| Familiare | la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato e con lui stabilmente convivente nell'abitazione così come risultante dallo stato di famiglia. |
| Franchigia | l'importo previsto dalle norme contrattuali che, in caso di sinistro, viene detratto dalla somma liquidabile a termini di polizza, per restare a carico dell'Assicurato. |
| Frattura | Una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio |
| Inabilità temporanea | Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni. |
| Indennizzo | La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro. |
| Infortunio | Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea. |
| 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 allegata, purchè determinata da infortunio. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Polizza | I Documenti che provano l'Assicurazione |
| Post- ricovero | Periodo di convalescenza successivo al ricovero |
| 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, purchè 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 la garanzia assicurativa. |
| Società: | si intende la Società o l'Associazione sportiva presso cui l'Assicurato è tesserato |
| 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 |

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

Limite di età

L'assicurazione vale per le persone senza limiti di età.

Interpretazione del Contratto

In caso di eventuali dubbi di interpretazione sui contenuti delle clausole contrattuali, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

Altre Assicurazioni

L'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare all'Assicuratore eventuali altre polizze da esso stipulate per il medesimo rischio.

Foro competente

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra Assicuratore e Assicurato il foro competente sarà quello di residenza e/o domicilio dell'Assicurato.

GARANZIA INFORTUNI

SETTORE A) "CALCIATORI TECNICI e DIRIGENTI

Persone assicurate

CATEGORIA A), B), C).

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione prestata con la presente polizza, comprende gli infortuni che colpiscono gli Assicurati sul campo, o entro i limiti dell'impianto sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa, in occasione di:

- partecipazione a gara di campionato, di torneo od amichevoli, purché dirette da arbitri incaricati dalla Federazione competente;
- allenamenti, purché questi siano preventivamente autorizzati o controllati dalla organizzazione sportiva competente e siano svolti per preparazione fisico-atletica.

L'assicurazione comprende gli infortuni che colpiscono gli Assicurati durante:

1. i trasferimenti collegiali effettuati su ordinari mezzi pubblici di trasporto, dalla residenza al luogo della manifestazione o dell'allenamento cui gli Assicurati stessi devono partecipare; o dal luogo dell'allenamento a quello della manifestazione e ritorno, sempreché il viaggio venga effettuato in comitiva regolarmente organizzata ed assistita dagli appositi accompagnatori. Ai fini delle norme del presente punto, si considerano "mezzi pubblici di trasporto" anche gli automezzi di noleggio da rimessa, appositamente noleggiati con autista dell'impresa, per spostamenti collettivi di complessi di atleti o squadre; compreso il mezzo di proprietà della squadra.
2. i trasferimenti effettuati con mezzi privati limitatamente ai trasferimenti compiuti per partecipare alle gare ed allenamenti ufficiali controllati; partecipazione che dovrà risultare da documentazione ufficiale.

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

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.

Garanzie prestate

Morte, Perdita Anno Scolastico, Indennità Forfetaria HIV, Lesioni, Rimborso spese di cura ospedaliere, Rimborso Spese di Cura Grandi Interventi, Spese di cura pre-post intervento chirurgico, Rimborso spese specialistiche, Indennità giornaliera in caso di ricovero, Rimborso per cure dentarie e/o protesi dentarie, Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e/o inamovibile, Danno estetico, Indennità Aggiuntiva.

Somme Assicurate

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

| | |
|--|-------------|
| 1. Morte: | € 80.000,00 |
| 2. Perdita Anno Scolastico | € 3.000,00 |
| 3. Indennità Forfetaria HIV: | € 16.000,00 |
| 4. Lesioni come da Tabella allegato A): | € 80.000,00 |
| 5. Rimborso Spese di Cura Ospedaliere | € 7.000,00 |
| 6. Rimborso Spese di Cura Ospedaliere in caso di "grandi interventi" | € 16.000,00 |
| 7. Spese di Cura pre-post Intervento Chirurgico | € 2.000,00 |
| 8. Rimborso Spese Specialistiche | € 750,00 |
| 9. Indennità Giornaliera In Caso Di Ricovero | € 100,00 |
| 10. Rimborso Per Cure Dentarie e/o Protesi Dentarie | € 6.000,00 |
| 11. Indennità Forfettaria Per Applicazione Di Apparecchio gessato | € 300,00 |
| 12. Danno Estetico | € 1.500,00 |
| 13. Indennità Aggiuntiva | € 12.000,00 |

SETTORE B) "DIRIGENTI"

Persone assicurate

CATEGORIA D)

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività di Dirigente, comprese missioni e trasferimenti, delle società sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, secondo le regole del proprio mandato non sempre ricavabili da verbali, registrazioni e/o relazioni, che abbiano per conseguenza la morte oppure una invalidità permanente.

Somme assicurate

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

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1. MORTE: | € 10.000,00 |
| 2. INVALIDITA' PERMANENTE | € 10.000,00 |

ESTENSIONI DI GARANZIA

Perdita anno scolastico per i tesserati studenti.

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

Contagio da H.I.V.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e per causa di una trasfusione ematica avvenuta nel corso delle cure necessarie per l'infortunio stesso, l'Assicurato contragga il virus H I V, l'Assicuratore liquida un'ulteriore indennità forfetaria pari a €uro 16.000,00.

Rappresentativa nazionale

In occasione delle convocazioni per la Rappresentativa Nazionale e regionali, per gli infortuni avvenuti sul terreno di gioco, i massimali s'intendono triplicati.

Caso Lesioni

L'assicuratore corrisponde gli indennizzi nella misura prevista alla Tabella Lesioni allegata.

In caso di evento che produca più lesioni comprese nella Tabella, l'Assicuratore non corrisponderà complessivamente indennizzi superiori al capitale assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale

Rimborso spese di cura ospedaliera

In caso di infortunio che comporti un ricovero, 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”

Il Rimborso delle spese ospedaliere in caso di “grandi interventi” a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza verranno riscalate fino alla concorrenza della somma pattuita per persona e per anno assicurativo.

Per Grandi interventi si intendono:

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 Ortopedia

Artrodesi grandi segmenti

Artrodesi vertebrale per via anteriore

Artroprotesi totale del ginocchio

Artroprotesi di spalla

Artroprotesi di anca parziale e totale

Disarticolazione interscapolo – toracica

Emipelvectomia
Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilofistesi
Osteosintesi vertebrale

Chirurgia Urologia

Nefrectomia polare
Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovesicica 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 Faringoiarigenctomia totale

Spese di cura pre-post intervento chirurgico

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, viene messa a disposizione dell'Assicurato un'ulteriore somma 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, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, le seguenti prestazioni specialistiche:

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

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

Il rimborso delle prestazioni di cui sopra è prestato nel limite 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 indennizzabile a termini di polizza, 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, 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 deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.

Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato

In caso di applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, l'Assicuratore riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario per sinistro.

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 a Istituto di Cura all'infortunato, dove si certifica l'applicazione e rimozione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile.

La presente Indennità Forfettaria non è operante a favore della CTG. B) di persone assicurate:

Calciatori partecipanti all'attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore ad una Stagione Sportiva).

Danno estetico

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza, la Società rimborserà all'assicurato, fino ad un massimo stabilito, 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. In caso di assicurati che non abbiano compiuto il quattordicesimo anno verranno rimborsate tutte le spese sostenute per 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 preesistenti all'evento, nonché le spese relative a protesi, interventi e cure in genere odontoiatriche. Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Indennità Aggiuntive

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 indennizzabile 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 €uro 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.

Rischi compresi

Si intendono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non derivante da malattia;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento involontari di sostanze nocive;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali in genere, con l'esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari;
- 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.

Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei - turistici o di trasferimento - effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che: da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri; da aeroclubs.

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

Per persona:

- € 1.035.000,00 per il caso di Morte;
- € 1.035.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

Complessivamente per aeromobile:

- € 5.165.000,00 per il caso di Morte;
- € 5.165.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal 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 al successivo – Morte, della polizza, (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione dell'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, rimangano in esse soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del 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.

NORME COMUNI A TUTTI I SETTORI

Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di Invalidità Permanente, della presente polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In ogni caso, l'assicurazione è operante a condizione che l'infortunato sia in regola con le visite mediche annuali previste dalle vigenti disposizioni regolamentari.

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.

Invalidità Permanente

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

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

Morte ed Invalidità Permanente per altre cause

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

Franchigia assoluta del 5% per il caso di Invalidità Permanente

Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 5%.

Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 25% della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

Precisazioni limitatamente alla garanzia Lesioni

- 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.

Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS (o sindromi correlate) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. L'eventuale incasso di premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dall'Assicuratore a richiesta del Contraente.

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.

Rinuncia al diritto di surrogazione

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 ad esclusione degli infortuni derivanti da circolazione su strada.

Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- 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;
- dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto al punto Rischio Volo, della presente polizza;
- 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;
- dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati o dalla partecipazione a risse o tumulti o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o sportivo;
- di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta, non dichiarata;
- da guerra, insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- 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.);
- direttamente o indirettamente da contaminazione biologica e/o chimica e a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.

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, verrà 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, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui indicato al punto Controversie, della presente polizza.

Controversie sulla natura e conseguenze delle lesioni

In caso di disaccordo sul nesso casuale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità, a richiesta delle Parti si procederà mediante arbitrato di un Collegio Medico, di cui i due primi componenti saranno designati dalle Parti stesse ed il terzo scelto d'accordo dai primi due componenti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Medico. Tale Collegio Medico risiede presso l'ispettorato Sinistri della Società geograficamente competente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento della Lesione o l'accertamento definitivo dell'Invalidità ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi per le prestazioni di Morte, Lesioni e/o Invalidità Permanente non sono cumulabili tra loro.

Esonero denuncia infermità pregresse

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute. E' tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo il disposto inerente i Criteri di indennizzabilità. E' parimenti confermato il punto "Limiti di età - Persone non assicurabili"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile, il relativo premio sarà restituito dall'Assicuratore a richiesta del Contraente.

GARANZIE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA

Soggetti Assicurati

La Lega Nazionale Dilettanti, le Società, le Categorie A), B), C) e D).

Oggetto dell'Assicurazione

A) Responsabilità Civile verso terzi (R.C.T.)

L'Assicurazione si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni corporali e materiali, involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di un fatto accidentale, verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'assicurazione.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso delle persone delle quali debba rispondere.

L'Assicurazione è inoltre operante per la responsabilità civile personale dei Presidenti delle Società Sportive e degli Allenatori.

B) Responsabilità verso prestatori di lavoro (R.C.O.)

L'assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile:

- ai sensi degli Art. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124, e successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'Assicurazione;
- per erogazioni di somme eccedenti l'indennità liquidata dall'INAIL, che l'Assicurato sia condannato a pagare in sede di giudizio ai dipendenti infortunati, di cui al precedente punto a), o agli aventi causa;
- ai sensi del Codice Civile per danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124, cagionati ai dipendenti, di cui al precedente punto a), per morte e lesioni personali dalle quali sia derivata un'invalidità permanente.

L'assicurazione R.C.O. è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge. L'assicurazione conserva tuttavia la propria validità, anche se l'Assicurato non è in regola con gli obblighi di cui sopra in quanto ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL.

Esonero denuncia posizioni INAIL

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare le posizioni assicurative accese presso l'INAIL, fermo l'obbligo - in sede di regolazione del premio - di comunicare il numero degli assicurati tesserati.

D) Assicurazione Responsabilità Civile Personale del Calciatore (R.C.P.C.)

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne il calciatore delle somme che egli sia tenuto a pagare ad altri calciatori a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per morte e lesioni derivanti da fasi di gioco. La garanzia è operante sempreché:

- Il sinistro si sia verificato durante lo svolgimento di una fase di gioco e solo in occasione di gare ufficiali e/o amichevoli fra squadre appartenenti alla Federazione Italiana Giuoco Calcio (per gare ufficiali si intendono quelle di campionato, torneo, amichevole purché preventivamente autorizzata dal competente Comitato della F.I.G.C.);
- Il sinistro abbia come conseguenza morte o lesioni personali gravi o gravissime, così come definiti dall'art. 583 C.P. ; risultanti in una invalidità permanente pari o superiore al 3%;
- La responsabilità del calciatore sia accertata con sentenza passata in giudicato.

Rischi Compresi

La seguente elencazione dei rischi coperti dalla presente polizza si intende formulata a titolo puramente esemplificativo e non limitativo.

A) Si intende assicurata la responsabilità derivante all'Assicurato, anche in semplice qualità di committente quando l'esecuzione delle sotto riportate attività sia affidata a terzi, per:

- I rischi derivanti dalla proprietà, uso, esercizio e conduzione degli impianti, le installazioni, le attrezzature e tutto il materiale necessario per lo svolgimento delle attività assicurate, comprese apparecchiature per la produzione e/o riproduzione audio-televisiva in genere;
- Proprietà, custodia installazione e manutenzione di insegne, cartelli, striscioni;
- Tutti i rischi finalizzati a soddisfare le esigenze gestionali interne dell'Assicurato quali, a titolo puramente esemplificativo e non limitativo, servizio di pulizia e vigilanza, attività dopolavoristiche e ricreative e gestionali del CRAL aziendale, operazioni di rifornimento e consegna, esercizio di mense e spacci aziendali, compresa la proprietà e/o gestione di distributori automatici di bevande e simili, organizzazione e partecipazione a manifestazioni sportive e non (convegni, esposizioni, meeting, congressi etc.), compreso l'allestimento e lo smontaggio di stand, meeting point.
Servizi d'ordine, di mascheraggio, di biglietteria, di vigilanza, di pronto intervento e pronto soccorso, in occasione di manifestazioni ed incontri sportivi, compresi i danni derivanti dalla omessa o tardiva richiesta della Forza Pubblica alle Autorità competenti, sempreché lo svolgimento della manifestazione fosse comunque segnalato alle Autorità competenti e dalle stesse autorizzato;
- Esecuzione di lavoro ed attività complementari e/o accessori necessari e previsti per lo svolgimento delle attività assicurate;

B) L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato dalla somministrazione di alimentari, e si estende anche alla R.C. derivante all'Assicurato ai sensi di legge, per danni provocati a terzi dai prodotti dopo la somministrazione e vendita. Per questa specifica estensione di garanzia, valgono anche le seguenti norme:

- L'assicurazione è operante solo per i danni provocati da prodotti non fabbricati dall'Assicurato e comunque non contrassegnati da marchio proprio dell'Assicurato stesso;
- la garanzia vale sempreché la somministrazione o vendita ed il danno siano avvenuti durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- Il massimale per sinistro rappresenta anche la massima esposizione dell'Assicuratore per anno assicurativo.

Sono pertanto esclusi dalla garanzia:

- Le spese di rimpiazzo del prodotto o di sue parti e le spese di riparazione o gli importi pari al controvalore del prodotto;
- Le spese e gli oneri per il ritiro dal mercato dei prodotti risultanti difettosi o presunti tali;
- I danni derivanti dalla mancata rispondenza dei prodotti all'uso ed alle necessità cui sono destinati, ma sono tuttavia compresi i danni materiali o corporali che derivino dagli effetti pregiudizievoli dei prodotti stessi.

In caso di controversia sugli scopi e finalità per i quali siano state assunte tali sostanze, si farà riferimento al verdetto degli Organismi di Giustizia Sportiva competenti (Commissioni Giudicanti di primo grado, Commissioni d'Appello Federale ed eventualmente Corti Federali in ultimo grado). In ogni caso ed indipendentemente dalle finalità con cui sono state somministrate tali sostanze, è comunque garantita la responsabilità personale derivante al Presidente e/o altro legale rappresentante della Società Sportiva quando sia riconosciuta, in sede giudiziaria, la loro assoluta estraneità e non conoscenza del fatto illecito.

C) L'assicurazione comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per danni subiti da:

- Veicoli in consegna e/o custodia all'Assicurato;
- Cose trovate sui veicoli sopraindicati.

La garanzia di cui al presente punto C) viene prestata con l'applicazione di una franchigia assoluta di €. 350,00 per ogni veicolo danneggiato e/o per le cose trovate sullo stesso; si conferma che restano comunque esclusi i danni da furto, nonché i danni subiti da veicoli comunque in uso all'Assicurato.

Nel caso di danni ad autoveicoli di proprietà di arbitri e giudici di linea, la garanzia è operante purché gli stessi si siano attenuti alle disposizioni in vigore, in materia di consegna del mezzo ai dirigenti della Società Sportiva. La presente garanzia è prestata con una franchigia fissa di €. 350,00 e con limite per sinistro e per anno assicurativo di €. 51.646,00.

D) Si intende compresa in garanzia, a parziale deroga di quanto previsto al punto "Esclusioni" dalle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione, la responsabilità civile derivante all'Assicurato per:

- danni a cose altrui derivanti da incendio di cose di proprietà dell'Assicurato, o dallo stesso detenute (fino ad un limite massimo di €. 517,00);
- danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, sportive, agricole o di servizi (fino ad un limite massimo di €. 51.646,00 - per sinistro), quando conseguenti a sinistro indennizzabile ai sensi di polizza.

E) L'Assicurazione comprende i rischi derivanti dalla conduzione, manutenzione, riparazione e, quando ne sia proprietario l'Assicurato, della proprietà dei fabbricati e impianti, in cui si svolge l'attività dell'Assicurato, compresi impianti sportivi (tribune, stadi, palazzetti, etc.).

La garanzia è inoltre prestata per la Responsabilità Civile conseguente alla esecuzione e/o committenza di lavori di ordinaria manutenzione, nonché alla committenza di lavori di straordinaria manutenzione, innovazioni, ampliamenti, sopraelevazioni e demolizioni.

F) L'Assicurazione comprende la responsabilità civile degli Assicurati per azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/6/1984 n° 222.

G) L'Assicurazione comprende la responsabilità civile degli Assicurati nel caso di morte o lesioni personali cagionate a terzi in occasione di rapine, atti di teppismo e vandalismo.

H) L'Assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato dall'organizzazione di Tornei, esibizioni, incontri e manifestazioni, sportive e non, in genere.

La garanzia comprende i rischi relativi ad attività di montaggio, smontaggio e preparazione delle attrezzature necessario per le manifestazioni assicurate.

La garanzia non è operante per manifestazioni che prevedano l'uso di veicoli a motore, di animali, di aeromobili, ed imbarcazioni a motore; per i rischi derivanti da fuochi d'artificio e gare di tiro, per la responsabilità civile personale dei gestori di attrazioni, attività e giochi che partecipino alla manifestazione a titolo commerciale.

Delimitazione dell'Assicurazione

Ai fini dell'Assicurazione R.C.T., sono considerati terzi rispetto all'assicurato tutte le persone fisiche e/o giuridiche con la sola esclusione dei legali rappresentanti del Contraente.

Esclusioni

L'Assicurazione non copre i danni:

- da furto;
- da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a questa equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- a cose che l'Assicurato abbia in consegna e custodia o detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi;
- di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzioni, impoverimento o deviazione di sorgenti e di corsi d'acqua; alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- di qualsiasi natura derivanti da amianto e da campi elettromagnetici.

Precisazioni ed estensioni varie di garanzia

L'Assicurazione vale per la responsabilità civile dell'Assicurato e degli Associati per danni cagionati a terzi.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare agli Assicurati da fatto doloso di tutte le persone delle quali debbano rispondere a norma di legge. Gli Associati sono considerati terzi con esclusione dei danni che possono cagionarsi fra loro.

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante alle Società per fatto:

- di soggetti, non in rapporto di dipendenza con la Società assicurata, né ricomprendibili nella definizione di Ausiliari, di cui l'Assicurato stesso si avvalga nella realizzazione dell'attività oggetto della garanzia;
- dei medici sociali, esclusivamente quando esercitano la loro professione per conto delle Società stesse.

La garanzia comprende anche i rischi derivanti dall'esercizio delle attrezzature e degli impianti (compreso stadio e relative tribune) e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva.

La garanzia non è operante nel caso in cui siano ammesse a prendere parte alla disciplina sportiva persone non associate.

Sono esclusi i danni alle persone, cagionati alle Società Sportive dai propri sostenitori, ai manti erbosi, comunque subiti da oggetti (comprese autovetture) di spettatori in genere, di dirigenti di Società Sportive o di calciatori.

Gestione delle Vertenze di danno - Spese Legali

La difesa contro le pretese ed azioni dei danneggiati spetta esclusivamente all'Assicuratore, il quale agisce in qualsiasi sede o modo in nome dell'Assicurato, che è tenuto a prestare la sua collaborazione. Le spese sostenute per resistere all'azione dei danneggiati sono a carico dell'Assicuratore nei limiti stabiliti dall'art. 1917 del Codice Civile.

Le spese di difesa nel processo penale sono anch'esse a carico dell'Assicuratore; peraltro ove l'interesse di questo cessi durante lo svolgimento di tale processo, le anzidette spese rimangono a carico dell'Assicuratore fino ad esaurimento del giudizio nel grado in cui questo si trova. L'Assicuratore non riconosce spese da essa non autorizzate.

Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Assicuratore rinuncia al diritto di rivalsa e surrogazione in favore dei dipendenti dell'Assicurato, della L.N.D. e sue Associate.

Massimali di Garanzia

La garanzia è prestata fino alla concorrenza massima complessiva per capitali, interessi e spese di:

Responsabilità Civile verso Terzi

€ 5.164.569,00 per ogni sinistro, ma con limiti;

€ 5.164.569,00 per ogni persona deceduta che abbia subito lesioni personali;

€ 5.164.569,00 per danneggiamenti a cose, anche se appartenenti a più persone.

Responsabilità Civile verso Prestatori d'opera

€ 5.164.569,00 per ogni sinistro ma con il limite di

€ 516.457,00 per ogni persona deceduta che abbia subito lesioni personali.

Responsabilità Civile Personale del Calciatore

€ 50.000,00 per ogni sinistro.

Franchigia

Per danni a cose, la garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 350,00 per sinistro.

GARANZIE ASSISTENZA

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA

Persone Assicurate

Categorie A), B), C) e D)

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 di un infortunio durante la partecipazione ad attività sportive in qualità di tesserato della LND.

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.

Numero verde **800.450.130**

Dall'estero **+39 02 58286788**

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

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Validità territoriale delle Garanzie prestate

Le garanzie di cui ai successivi articoli 87 e 88 hanno validità sul territorio Italiano, mentre le altre hanno validità all'esterno del territorio italiano

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 **800.450.130**.

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, inviare un fax al numero: **06 84833198**.

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste. Inoltre dovrà qualificarsi come Assicurato "LND" 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 LND, data partenza, data rientro) l'elenco di tutti gli Assicurati che parteciperanno alla trasferta/viaggio all'estero.

GARANZIE TUTELA LEGALE**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE****Persone assicurate**

Sono soggetti dell'assicurazione tutti i calciatori, allenatori, tecnici, massaggiatori e Presidenti o legali rappresentanti delle Società affiliate alla L.N.D..

Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicuratore si obbliga ad assumere in proprio, alle Condizioni della presente Polizza e nei limiti di indennizzo assicurati, le spese legali e peritali che l'Assicurato debba sostenere nella tutela dei propri diritti ed interessi per assistere, in procedimenti civili o penali, sia in sede giudiziale che stragiudiziale in controversie relative a fatti ed atti connessi allo svolgimento dell'attività assicurata sul campo da gioco od entro il limite dell'impianto sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa, anche se conseguenti a comportamenti caratterizzati da colpa grave.

Validità Temporale dell'Assicurazione

L'assicurazione è prestata per i fatti che si verificano, per la prima volta, durante il periodo di validità della presente polizza, per i quali l'azione di tutela si inizia nel medesimo periodo.

Limiti di Indennizzo

La garanzia è prestata sino alla concorrenza di €. 20.000,00 per Assicurato e per sinistro, senza limite per anno assicurativo.

Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le controversie aventi ad oggetto:

- Violazioni civili o penali relativi a rapporti con imprese di assicurazione ed Istituti od Enti di assistenza e previdenza;
- Fatti originati dalla circolazione di veicoli a motore;
- Violazioni civili o penali derivanti da fatto doloso dell'Assicurato;
- Vertenza in materia amministrativa;
- Pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;

- Per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale.

Gestione delle Vertenze di danno – Libera scelta del Legale e del Perito

L'Assicurato è tenuto a denunciare all'Assicuratore eventuali sinistri non appena abbia avuto la possibilità e, comunque entro 30 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza. In ogni caso deve, pena la decadenza del diritto alla garanzia assicurativa, fare pervenire all'Assicuratore la notizia di ogni atto a Lui notificato entro 30 (trenta) giorni dalla data della notifica stessa. Contemporaneamente con la denuncia, l'Assicurato ha diritto di indicare un unico Legale, residente nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, segnalandone il nominativo all'Assicuratore, che assumerà a proprio carico le spese relative. In caso di omissione di tale indicazione, l'Assicuratore si intende delegato a provvedere direttamente alla nomina di un Legale al quale l'Assicurato deve conferire il proprio mandato. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio Legale nel caso di conflitto

di interessi con l'Assicuratore.

Pena la decadenza dal diritto al rimborso, l'Assicurato non può dare corso ad azioni, né raggiungere accordi, né addivenire, direttamente con la Controparte, ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, senza preventiva autorizzazione dell'Assicuratore, pena il rimborso delle spese, competenze ed onorari sostenuti dall'Assicurato stesso. L'Assicuratore non è responsabile dell'operato di Legali e di Periti.

Recupero di Somme

Tutte le somme comunque liquidate in caso di soccombenza della Controparte a titolo di capitale ed interessi, spettano integralmente all'Assicurato. Gli onorari, le competenze e le spese recuperate dall'Assicurato in sede giudiziale o concordate in via transattiva spettano invece all'Assicuratore che le ha sostenute o anticipate.

Penale Doloso

L'assicurazione è estesa alla difesa in procedimenti penali per i delitti dolosi conclusi con proscioglimento o assoluzione, con decisione passata in giudicato; restano esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi causa.

Esclusivamente per i procedimenti di cui alla presente estensione, l'Assicuratore provvede al rimborso delle spese sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato.

Presenza di Garanzia di Responsabilità Civile

Qualora l'Assicurato abbia in corso una polizza contro la Responsabilità Civile, si da atto che la presente assicurazione viene prestata per l'eccedenza rispetto a quanto indennizzato dalla predetta polizza a titolo spese di resistenza (art. 1917 Cod. Civ.) e fino a concorrenza dei massimali pattuiti.

TABELLA LESIONI

Indennizzi

LESIONI APPARATO SCHELETRICO

CRANIO

| | |
|---|------------|
| FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA | € 952,00 |
| FRATTURA SFENOIDE | € 680,00 |
| FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA | € 408,00 |
| FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare) | € 544,00 |
| FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°) | € 952,00 |
| FRATTURA ETMOIDE | € 408,00 |
| FRATTURA OSSO LACRIMALE O IOIDEO O VOMERE (non cumulabile) | € 272,00 |
| FRATTURA OSSA NASALI | € 340,00 |
| FRATTURA MANDIBOLARE(PER LATO) | € 544,00 |
| LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA | € 680,00 |
| TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE | € 1.088,00 |

COLONNA VERTEBRALE

TRATTO CERVICALE

| | |
|---|------------|
| FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA) | € 816,00 |
| FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA) | € 272,00 |
| FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA | € 1.088,00 |
| FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I- VERTEBRA | € 1.360,00 |

TRATTO DORSALE

| | |
|--|------------|
| FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA) | € 544,00 |
| FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA | € 1.088,00 |
| FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA) | € 272,00 |

Tratto lombare

| | |
|--|------------|
| FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA) | € 1.088,00 |
| FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA) | € 272,00 |

OSSO SACRO

| | |
|---|----------|
| FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI | € 544,00 |
|---|----------|

COCCIGI

| | |
|--|----------|
| FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE | € 544,00 |
|--|----------|

BACINO

| | |
|--|----------|
| FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE | € 408,00 |
| FRATTURA ACETABOLARE(PER LATO) | € 816,00 |

TORACE

| | |
|----------------------------------|----------|
| FRATTURA CLAVICOLA(PER LATO) | € 544,00 |
| FRATTURA STERNO | € 272,00 |
| FRATTURA DI UNA COSTA(COMPOSTA) | € 68,00 |
| FRATTURA DI UNA COSTA(SCOMPOSTA) | € 204,00 |
| FRATTURA SCAPOLA(PER LATO) | € 408,00 |

| | |
|--|------------|
| PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA | € 816,00 |
| PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA | € 1.360,00 |
| ARTO SUPERIORE (DX o Sn) | |
| BRACCIO | |
| FRATTURA DIAFISARIA OMERALE | € 408,00 |
| FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO) | € 816,00 |
| FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO) | € 816,00 |
| AVAMBRACCIO | |
| FRATTURA DIAFISARIA RADIALE | € 272,00 |
| FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO(FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE) | € 544,00 |
| FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO(FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE) | € 544,00 |
| FRATTURA DIAFISARIA ULNARE | € 272,00 |
| FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE) | € 544,00 |
| FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO) | € 544,00 |
| FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA | € 544,00 |
| FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA | € 680,00 |
| POLSO E MANO | |
| FRATTURA SCAFOIDE | € 680,00 |
| FRATTURA SEMILUNARE | € 408,00 |
| FRATTURA PIRAMIDALE | € 272,00 |
| FRATTURA PISIFORME | € 136,00 |
| FRATTURA TRAPEZIO | € 272,00 |
| FRATTURA TRAPEZOIDE | € 272,00 |
| FRATTURA CAPITATO | € 272,00 |
| FRATTURA UNCINATO | € 272,00 |
| FRATTURA I° METACARPALE | € 816,00 |
| FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE | € 408,00 |
| SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente) | € 544,00 |
| FRATTURA PRIMA FALANGE DITA | |
| POLLICE | € 544,00 |
| INDICE | € 408,00 |
| MEDIO | € 408,00 |
| ANULARE | € 272,00 |
| MIGNOLO | € 408,00 |
| FRATTURA SECONDA FALANGE DITA | |
| POLLICE | € 408,00 |
| INDICE | € 340,00 |
| MEDIO | € 272,00 |
| ANULARE | € 100,00 |
| MIGNOLO | € 272,00 |
| FRATTURA TERZA FALANGE DITA | |
| INDICE | € 272,00 |
| MEDIO | € 100,00 |

| | |
|--|------------|
| ANULARE | € 100,00 |
| MIGNOLO | € 272,00 |
| ARTO INFERIORE(DX o Sx) | |
| FRATTURA FEMORE | |
| DIAFISARIA | € 816,00 |
| EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico) | € 1.360,00 |
| EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare) | € 1.360,00 |
| FRATTURA ROTULA | € 544,00 |
| FRATTURA TIBIA | |
| DIAFISARIA | € 408,00 |
| ESTREMITA'SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare) | € 680,00 |
| ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore) | € 680,00 |
| FRATTURA PERONE | |
| DIAFISARIA | € 272,00 |
| ESTREMITA' SUPERIORE(capitello o faccetta articolare tibiale) | € 408,00 |
| ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare) | € 544,00 |
| FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA | € 680,00 |
| FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA | € 816,00 |
| PIEDE | |
| TARSO | |
| FRATTURA ASTRAGALO | € 816,00 |
| FRATTURA CALCAGNO | € 952,00 |
| FRATTURA SCAFOIDE | € 408,00 |
| FRATTURA CUSOIDE | € 544,00 |
| FRATTURA CUNEIFORME | € 136,00 |
| METATARSI | |
| FRATTURA I° METATARSALE | € 544,00 |
| FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE | € 272,00 |
| FALANGI | |
| FRATTURA ALLUCE (I° o II° Falange) | € 340,00 |
| FRATTURA I° o II° o III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE | € 136,00 |
| LESIONI DENTARIE | |
| ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente) | € 95,20 |
| ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente) | € 27,20 |
| ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente) | € 68,00 |
| ROTTURA CANINI (per ogni dente) | € 136,00 |
| ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente) | € 68,00 |
| ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente) | € 102,00 |
| ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente) | € 204,00 |
| ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente) | € 136,00 |
| ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE | € 34,00 |
| ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE | € 68,00 |

LESIONI PARTICOLARI

| | |
|--|--------------|
| ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia) | € 1.088,00 |
| ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA | € 1.360,00 |
| ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA | € 10.800,00 |
| ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima) | € 1.360,00 |
| GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE | € 45.000,00 |
| RESEZIONE DEL TENUO (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) -non cumulabile- | € 18.000,00 |
| RESEZIONE DEL TENUO (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) --non cumulabile- | € 40.000,00 |
| RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA'DEL RETTO -non cumulabile- | € 10.800,00 |
| COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile- | € 32.000,00 |
| AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile- | € 55.000,00 |
| COLECISTECTOMIA -non cumulabile- | € 680,00 |
| SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA | € 544,00 |
| SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile) | € 816,00 |
| EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali) | € 1.360,00 |
| PORTATORE A SINTOMATICO A NTICORPO POSMVO (HIV +) | € 544,00 |
| PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE -non cumulabile- | € 40.000,00 |
| ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente) | € 408,00 |
| ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente) | € 680,00 |
| LOBECTOMIA POLMONARE | € 10.800,00 |
| PNEUMONECTOMIA | € 24.000,00 |
| PROTESI SU AORTA TORACICA | € 14.400,00 |
| PROTESI SU AORTA ADDOMINALE | € 10.800,00 |
| PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE | € 35.000,00 |
| CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus) | € 26.000,00 |
| PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI | € 100.000,00 |
| SORDITA' COMPLETA UNILATERALE | € 8.640,00 |
| SORDITA' COMPLETA BILATERALE | € 40.000,00 |
| PERDITA NASO (oltre i due terzi) | € 24.000,00 |
| CORDECTOMIA | € 10.800,00 |
| EMILARINGECTOMIA | € 20.000,00 |
| LARINGECTOMIA | € 45.000,00 |
| PERDITA LINGUA (oltre i due terzi) | € 60.000,00 |
| PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE | € 1.088,00 |
| PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI | € 10.800,00 |
| ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima-trattata/e chirurgicamente-) | € 1.088,00 |
| ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente) | € 544,00 |
| PROTESI D'ANCA (non cumulabile) | € 14.400,00 |
| PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile) | € 20.000,00 |
| PATELLECTOMIA TOTALE | € 1.360,00 |
| PATELLECTOMIA PARZIALE | € 544,00 |
| PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO | € 680,00 |
| PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI | € 20.000,00 |
| PERDITA ANATOMICA DEL PENE | € 24.000,00 |
| ISTERECTOMIA (non cumulabile) | € 14.400,00 |

| | |
|--|-------------|
| ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE | € 24.000,00 |
| OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE | € 680,00 |
| USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (Documentate fotograficamente) | € 24.000,00 |
| PTOSI PALPEBRALE | € 680,00 |
| EVIRAZIONE COMPLETA | € 40.000,00 |
| PERDITA DEL PENE | € 28.000,00 |
| IMPOSSIBILITÀ ALL'EREZIONE | € 20.000,00 |
| CASTRAZIONE | € 20.000,00 |

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

| | |
|--|------------|
| ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile- | € 1.224,00 |
| ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente) | € 680,00 |
| ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente) | € 952,00 |
| ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) -valore massimo per ogni dito- | € 408,00 |
| ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) -non cumulabile- | € 816,00 |
| LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente) | € 544,00 |
| LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente) | € 952,00 |
| LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente) | € 680,00 |
| LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente) | € 408,00 |
| LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente) | € 544,00 |
| LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente) | € 816,00 |
| LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente)-non cumulabile- | € 680,00 |
| LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)-valore massimo per ogni dito- | € 340,00 |
| LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente) | € 544,00 |
| LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente) | € 1.360,00 |
| LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente) | € 272,00 |
| LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente) | € 136,00 |
| LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente) | € 680,00 |
| LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente)-non cumulabili tra loro- | € 952,00 |
| LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro- | € 340,00 |
| LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente) | € 340,00 |
| LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro- | € 816,00 |
| LUSSAZIONE ULNO CARPICA | € 408,00 |
| LUSSAZIONE ROTULA | € 408,00 |
| LUSSAZIONE TIBIO TARSICA | € 816,00 |
| LUSSAZIONE VERTEBRALE | € 680,00 |

AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE

| | |
|--|-------------|
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE | € 70.000,00 |
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO | € 60.000,00 |
| AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO | € 52.000,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE | € 41.600,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO | € 46.400,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO | € 44.800,00 |

| | |
|--|-------------|
| AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO | € 40.000,00 |
| AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO | € 35.200,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO | € 36.000,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE | € 33.600,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO | € 37.600,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE | € 30.400,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO | € 34.400,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO | € 32.000,00 |
| AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE | € 25.600,00 |
| AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO | € 29.600,00 |
| AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO | € 24.000,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE | € 28.000,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO | € 28.000,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE | € 22.400,00 |
| AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO | € 26.400,00 |
| AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO | € 17.280,00 |
| AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE | € 15.840,00 |
| AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO | € 21.600,00 |
| AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE | € 12.960,00 |
| AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO | € 16.560,00 |
| AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO | € 14.400,00 |
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE | € 14.400,00 |
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE | € 10.080,00 |
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO | € 1.360,00 |
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE | € 952,00 |
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO | € 8.640,00 |
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE | € 9.360,00 |
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE | € 680,00 |
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO | € 476,00 |
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE | € 340,00 |
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO | € 612,00 |
| AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE | € 1.360,00 |
| AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO | € 1.088,00 |
| AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE | € 816,00 |
| AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO | € 1.224,00 |
| ARTO INFERIORE | |
| AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra dellametà della coscia) | € 60.000,00 |
| AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra dei ginocchio) | € 55.000,00 |
| AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto dei ginocchio) | € 52.000,00 |
| AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE | € 36.000,00 |
| PERDITA DI UN PIEDE | € 32.400,00 |
| PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE | € 21.600,00 |
| PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI | € 90.000,00 |
| PERDITA DELL'ALLUCE | € 816,00 |

| | |
|---|-------------|
| PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE | € 408,00 |
| PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE | € 136,00 |
| LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (Permanenti - Stabilizzati) | |
| ARTO SUPERIORE | |
| LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE | € 50.000,00 |
| SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE ERB C5-D1 | € 36.000,00 |
| SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE KLUMPKE | € 36.000,00 |
| PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE | € 12.960,00 |
| PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE | € 25.200,00 |
| PARALISI BASSA NERVO RADIALE | € 20.000,00 |
| PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO | € 32.000,00 |
| PARALISI COMPLETA NERVO ULNA | € 20.000,00 |
| PARALISI BASSA NERVO ULNARE | € 14.400,00 |
| ARTO INFERIORE | |
| PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARE D12-L4 | € 28.000,00 |
| PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE | € 24.000,00 |
| PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO | € 36.000,00 |
| PARALISI BASSA NERVO SCIATICO | € 30.400,00 |
| PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO | € 14.400,00 |
| PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO | € 15.840,00 |
| LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE | |
| EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SPORADICHE | € 10.800,00 |
| EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SETTIMANALI | € 24.000,00 |
| PARAPARESIA CON DEFICIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITÀ DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO | € 32.000,00 |
| MONOPARESIA DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITÀ AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO | € 32.000,00 |
| MONOPARESIA DI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO | € 28.000,00 |