



GENERALI
INA Assitalia

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

POLIZZA INFORTUNI E ASSISTENZA ASSOCIATI A.I.A.
Generali Italia n. 100.356457

ESTRATTO

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

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

OMISSIS Art. 1 – 19**SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI****Art. 20 – Oggetto e operatività dell'Assicurazione**

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

Inoltre, si intendono considerati infortunio anche:

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

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

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

Art. 22 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

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

Sono altresì escluse:

- o) le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:

- qualora l'ernia risulti operabile, sarà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Inabilità Permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 33 Controversie - Arbitrato irrituale.

Art. 23 - Persone non assicurabili

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

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

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

Art. 24 - Identificazione delle persone assicurate

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

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

Art. 25 – Beneficiari

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

Art. 26 – Rischio volo

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

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

a) per persona:

€ 1.035.000,00 per il caso di Morte;

€ 1.035.000,00 per il caso di Inabilità Permanente.

b) complessivamente per aeromobile:

€ 5.165.000,00 per il caso di Morte;

€ 5.165.000,00 per il caso di Inabilità 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 dalla stessa Contraente.

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

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

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 27 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 28 – Gestione dei sinistri

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

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

Art. 29 - Liquidazione e pagamento

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

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia in Euro.

Art. 30 - Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi per le prestazioni di Morte, Lesioni o Invalidità Permanente non sono cumulabili tra loro. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennità per invalidità permanente, entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra indennità

pagata e quella prevista per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 31 - Esonero denuncia Infermità

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

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

Art. 32 - Responsabilità della Contraente

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

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in esse soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore della Contraente, delle spese di causa da lui sostenute. La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 33 - Controversie - Arbitrato irrituale

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

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

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

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento della Lesione o l'accertamento definitivo dell'invalidità ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

Art. 34 - Criteri di indennizzabilità

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

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

Art. 35 - Morte

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

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno

dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte – se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 36 - Lesioni

Operante per gli Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali Serie D e Dilettanti, Dirigenti A.I.A. (Settore E della polizza)

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

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

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

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

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

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

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

Art. 37 - Precisazioni concernenti la garanzia Lesioni

Operante per Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali Serie D e Dilettanti, Dirigenti A.I.A. (Settore E della polizza)

- 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 dei 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.

Art. 38 - Invalidità Permanente**Operante per Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali Serie A, B e Lega Pro 1° e 2° Divisione (Settore D della polizza)**

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

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

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

Art. 39 - Franchigia assoluta del 5% per il caso Invalidità Permanente**39.1. - Omissis****39.2. - Operante per Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali Serie A, B e Lega Pro 1° e 2° Divisione (Settore D della polizza)**

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

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

Art. 40 - Morte ed Invalidità Permanente per altre cause

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

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

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

Art. 41 - Virus H.I.V.

Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo a seguito di contagio da virus H.I.V. avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna durante lo svolgimento delle attività inerenti il contratto, l'Assicuratore mette a disposizione dell'Assicurato un capitale equivalente a Euro 10.330,00. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni dell'Assicuratore verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'assicurazione, le persone affette da emofilia e tossicomania, nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro. Il diritto a questa indennità è di carattere personale e, quindi non è trasmissibile agli eredi e deve essere esercitato, a pena di nullità, esclusivamente nelle seguenti forme:

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

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

Art. 42 – Morte presunta

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

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

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

Art. 43 – Coma irreversibile

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

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

Art. 44 - 47 OMISSIS

SEZIONE 6 - CONDIZIONI DI POLIZZA RELATIVE AI SINGOLI SETTORI ASSICURATI

Settore A – B – C OMISSIS

SETTORE D - ARBITRI, ASSISTENTI ARBITRALI E OSSERVATORI ARBITRALI SERIE A, B E LEGA PRO 1° E 2°

Art. 64 - Soggetti Assicurati

Gli Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali Serie A, B e Lega Pro 1° e 2° divisione.

Art. 65 - Oggetto dei rischio

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

Art. 66 - Rischio in itinere

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

Art. 67 - Somme Assicurate

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

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

Art. 68 - Rimborso spese mediche da infortunio

- 1) I rimborsi saranno forniti dalla Società entro il limite massimo di Euro 20.659,00 per ogni Assicurato e per annualità assicurativa, complessivamente per tutte le prestazioni di cura indicate al punto 2) che segue.
- 2) I rimborsi riguardano quattro sezioni di prestazioni, cure, protesi e circostanze speciali, così articolati:

A - Prestazioni di ricovero con intervento chirurgico

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

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

Il rimborso relativo a tutte le prestazioni su elencate, sarà fornito entro il limite massimo annuo del 35% della

somma annua assicurata, e cioè di Euro 7.230,00.

B - Prestazioni di ricovero senza intervento chirurgico

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

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

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

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

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

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

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

D - Prestazioni speciali

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

- **Protesi** — Spese per protesi ortopediche sostitutive di parti anatomiche fino alla concorrenza dell'importo massimo di Euro 2.583,00 per persona e per anno assicurativo.
- **Lenti** — Spese per la fornitura di lenti (comprese quelle a contatto) sempreché prescritte dal medico specialista in seguito a modifica dei visus dovuta ad infortunio, fino alla concorrenza dell'importo massimo per persona e per anno assicurativo di Euro 259,00.
- **Apparecchi acustici** — Spese per l'acquisto di apparecchi acustici, purché sia stata certificata dal medico una modificazione del grado uditivo, dovuta ad infortunio sportivo, sino alla concorrenza di Euro 517,00 per persona e per anno assicurativo.
- **Cure dentarie** — Le cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio fino alla concorrenza di Euro 2.583,00, con un massimo per dente di Euro 517,00 con una franchigia fissa di Euro 104,00, sempreché l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista, e avvenuto nel corso di una partita ufficiale e ne sia stata fatta menzione nel referto arbitrale.
- **Per rottura dei denti** si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni dei tessuti parodontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- **Spese funerarie** — In caso di decesso dell'Assicurato conseguente ad uno degli eventi coperti di assicurazione, il rimborso delle spese funerarie, compreso il trasporto e trasferimento salma, verrà effettuato entro il limite massimo di Euro 1.033,00.
- **Tendiniti Arti Inferiori** — In caso di Tendiniti riconducibili ad attività sportiva, che interessino gli arti inferiori, e che necessitino di intervento chirurgico, la Società rimborserà le spese di cura, equiparando l'affezione agli altri interventi chirurgici previsti in convenzione.

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

Art. 69 - Soggetti Assicurati

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

Art. 70 - Oggetto del rischio

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

Art. 71 - Rischio in itinere

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

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

Art. 72 - Somme Assicurate

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

1. MORTE	€ 155.000,00
2. LESIONI - come da Tabella Lesioni * - Allegato A, con il massimo di	€ 100.000,00
3. RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE	€ 6.198,00
4. SPESE PRE/POST INTERVENTO CHIRURGICO + FISIOTERAPICHE	€ 1.550,00
5. RIMBORSO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	€ 517,00
6. INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO fino al 14° giorno	€ 52,00
INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO dal 15° giorno	€ 104,00
7. RIMBORSO SPESE PER CURE DENTARIE E/O PROTESI DENTARIE	€ 5.165,00
8. INDENNITA' FORFETTARIA per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e/o inamovibile	€ 155,00, in caso di intervento elevabile a € 259,00
9. DANNO ESTETICO	€ 1.500,00

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

Art. 73 - Rimborso spese di cura ospedaliera

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

- 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 Euro 155,00 per

sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 75 - Rimborso prestazioni specialistiche

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

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

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

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

Art. 76 - Indennità giornaliera in caso di ricovero

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

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

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

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

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

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

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

Sono riconosciuti eventuali danni a protesi dentarie.

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

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

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

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

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

Art. 79 - Prestazioni Speciali

A) Danno estetico

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

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

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

B) Indennità Aggiuntiva

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

C) Tendiniti Arti Inferiori

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

D) Perdita anno scolastico

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