

Copertura Assicurativa per l'attività della Lega Nazionale Dilettanti pubblicata sul C.U. del 27 giugno 2000 n. 118 e sul sito www.lnd.it

Il Consiglio Direttivo della L.N.D., nella riunione del 9 giugno 2000, ha approvato le nuove coperture assicurative per le attività di competenza, le quali saranno in vigore nel periodo dal 1° luglio 2000 al 30 giugno 2002.

In proposito si rende noto che la compagnia assicuratrice che, tramite gara, si è aggiudicata la competenza di tale copertura risulta la LEVANTE NORDITALIA ASSICURAZIONI, che a far data dal 1° luglio 2000 sostituirà la Reale Mutua Assicurazioni.

La polizza obbligatoria a favore dei tesserati L.N.D. con vincolo pluriennale, prevede le undici garanzie di seguito elencate:

- 1) **Caso Morte** L. 150.000.000 capitale assicurato.
comprendente anche le eventualità connesse ad eventi atmosferici e gli infortuni in itinere (per partecipare a gare e/o allenamenti); il massimale è ridotto a L. 100.000.000 se la causa del decesso è imputabile a malattia.
- 2) **Caso Invalidità Permanente** L. 150.000.000 capitale assicurato. E' stata pretesa una elevazione del massimale a L. 150.000.000, per concedere una considerazione maggiore alle invalidità più rilevanti. L'elevazione della franchigia da 3% a 5% è stata così stabilita per un contenimento del costo.
- 3) **Rimborso Spese Ospedaliere** fino a L. 15.000.000
Con rimborso delle spese per ricoveri in strutture pubbliche o private ma anche in centri specializzati, con ampia possibilità di scelta considerando la consistenza del massimale.
- 4) **Rimborso Spese per Grandi Interventi** fino a L. 30.000.000
E' una ulteriore disponibilità che integra il punto precedente, riferita ad interventi di particolare gravità.
- 5) **Rimborso Spese per cure pre e post intervento chirurgico** fino a L. 3.000.000.
E' una garanzia ad "hoc" richiesta per sostenere i costi di ricerche diagnostiche, di terapie di riabilitazione o fisioterapiche, rimborsabili su presentazione di regolare fattura rilasciata da centri abilitati a norma di legge.
- 6) **Diaria da Ricovero** - indennizzo da L. 100.000 a L. 200.000 ritenuto che può necessitare all'atleta infortunato un ulteriore supporto economico da destinare a spese sostenute durante la degenza, si è richiesto di risarcire, su presentazione di cartella clinica, la somma di L. 100.000 dal 3° giorno di ricovero sino al 14° e la somma di L. 200.000 dal 15° giorno di ricovero.
La presente garanzia non è cumulabile con la "Rimborso spese ospedaliere".
- 7) **Rimborso Spese per cure dentarie e/o protesi** fino a L. 10.000.000
Garanzia del tutto innovativa e fonte di numerose pretese di risarcimento in precedenti esperienze assicurative; è stata richiesta solo per eventi occorsi durante gare ufficiali e solo se refertate dall'arbitro della gara.
- 8) **R.c.t. e R.c.o. delle Società Calcistiche.**
Massimale L. 10.000.000.000 unico per R.c.t.
Massimale L. 1.000.000.000 unico per R.c.o.
Sono molteplici i casi in cui potrebbe configurarsi una insorgenza di responsabilità, ad esempio:
- danni agli impianti sportivi da parte dei sostenitori ospitati;
- danni subiti dal pubblico o dai tesserati in caso di inadeguatezza delle strutture sportive o della gestione della stessa.
- 9) **R.c. Personale del calciatore** massimale L. 50.000.000.
Considerato l'ormai abituale orientamento dei giudici di attribuire responsabilità (anche penali) al calciatore che causa lesioni gravi all'avversario nel corso della gara, si è ritenuto opportuno richiedere questa garanzia per una tutela patrimoniale dell'eventuale danneggiante (o di persona che ne risponda).
- 10) **Tutela Legale delle Società Calcistiche** - massimale L. 30.000.000
Le garanzie di polizza sono state studiate per tutelare gli interessi delle Società calcistiche in una vasta gamma di situazioni di controversie /vertenze quali ad esempio:
azioni di risarcimento, difesa penale, tutela in tema di controversie contrattuali ecc.
- 11) **Tutela sanitaria**
- centrale operativa medica operante 24 ore su 24 contattabile tramite un numero verde;
- trasferimento urgente in autoambulanza
(durante lo svolgimento di una gara ufficiale. La Società Servizi Sanitari tiene a proprio carico tutte le spese relative);
- Linea diretta con Istituti di cura
(la Società Servizi Sanitari mette a disposizione la propria centrale operativa per favorire lo scambio di informazioni fra i familiari ed i medici del centro di cura);
- Trasferimento sanitario
(in caso di infortunio che abbia reso necessario il trasporto ad un primo centro di pronto soccorso, la Società di servizi invia una autoambulanza per trasferire l'assicurato presso la struttura sanitaria più attrezzata o più idonea in relazione alla patologia riscontrata);
- Invio di un medico
(se l'infortunato si trova presso la propria abitazione e qualora il medico abituale non fosse reperibile, la Società di Servizi contatta un medico convenzionato di propria fiducia e lo invia presso la stessa abitazione).

UFFICIO LIQUIDAZIONE DANNI

Per la gestione dei sinistri, la Lega Nazionale Dilettanti ha richiesto l'organizzazione da parte della Levante Norditalia Assicurazioni di un "call center" che garantisca un servizio liquidazione danni snello e il più possibile veloce, con la eliminazione quasi totale delle varie incombenze burocratiche.

E' stato istituito il NUMERO VERDE 800-903407 che sarà attivo tutti i giorni dalle ore 7.00 alle ore 24.000 riguardo alla gestione sinistri è disponibile il numero urbano: 06-42115575 e il numero di fax: 06.4742262

MODALITA' DI DENUNCIA DEI SINISTRI

La denuncia deve essere inviata all'assicuratore **entro e non oltre il trentesimo giorno dalla data in cui si verifica il sinistro, dall'infortunato – o dai suoi aventi causa – oppure dalla Società con la quale risulta tesserato, tenendo conto della seguente procedura:**

1. Chiamare la Centrale Operativa in funzione dalle ore 07.00 alle 24.00 al Numero Verde 800.903407;
2. Fornire i dati anagrafici, indirizzo, numero di telefono, telefax dove ricevere della documentazione, dati circa l'infortunio (data, orario, manifestazione, ecc.);
3. Ricevere dalla Centrale Operativa il telefax o tramite invio postale del modulo di denuncia che deve essere compilato in ogni sua parte;

4. Inviare alla **Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A. - Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma**, tutta la documentazione dell'infortunio denunciato (certificati medici, fatture, notule, ricevute, ecc.) menzionando sempre il numero di sinistro assegnato al momento della denuncia.
Per la chiusura definitiva del sinistro è fondamentale inviare il certificato di guarigione;
5. All'arrivo della documentazione Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A. verificherà:
 - l'operatività della garanzia;
 - la completezza della documentazione pervenuta;
 - i massimali, gli scoperti e le franchigie.

Si richiama particolare attenzione sui seguenti punti:

- 1) Le denunce devono pervenire entro e non oltre il trentesimo giorno dalla data in cui si è verificato l'infortunio, dall'infortunato - o dai suoi aventi causa - oppure dalla Società con la quale risulta tesserato.
- 2) La denuncia dell'infortunio comporta automaticamente la sospensione delle garanzie assicurative, fino a quando l'infortunato non farà pervenire il certificato di guarigione.
- 3) Per gli infortuni che comportano postumi di invalidità permanente, l'eventuale visita medica legale avverrà non prima di sei mesi dalla data del certificato di guarigione.

Si allegano gli schemi delle quattro polizze stipulate con la Levante Norditalia Assicurazioni e valide per il periodo 1/07/2000 - 30/06/2002:

- 1) **POLIZZA INFORTUNI**
- 2) **POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE TERZI E DIPENDENTI**
- 3) **POLIZZA TUTELA GIUDIZIARIA**
- 4) **POLIZZA TUTELA SANITARIA**

CONVENZIONE INFORTUNI

Premesso che

Tra la Spett/le
(di seguito nominata Assicuratore)

e

la Spett/le Lega Nazionale Dilettanti
(di seguito nominata Contraente)

si stipula con la presente un accordo biennale, non rescindibile per entrambe le parti, con decorrenza dalle ore 00,00 del 1° Luglio 2000 e scadenza alle ore 24,00 30 giugno 2002, senza tacita proroga.

- Premesso che l'accordo viene stipulato dalla Lega Nazionale Dilettanti (L. N. D.);

DEFINIZIONI E PRECISAZIONI

	Nel testo che segue, si intendono:	
per	ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione;
per	POLIZZA:	i documenti che provano l'assicurazione;
per	PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente All'assicuratore; per l'operatività della polizza;
per	RISCHIO:	la possibilità che si verifichi il sinistro;
per	SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
per	INDENNIZZO:	la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
per	FRANCHIGIA:	parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;
per	ASSICURATO:	il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione, e più precisamente la Lega Nazionale Dilettanti, vi comprese le strutture periferiche, e tutte le Società partecipanti ai Campionati della L.N.D., affiliate alla stessa;
per	SOCIETA'	si intende la Società o l'Associazione Sportiva presso cui l'Assicurato è tesserato.

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.

CATEGORIA 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 ad una Stagione Sportiva).

per	ASSICURATORE:	il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto;
per	CONTRAENTE:	la Lega Nazionale Dilettanti.

Inoltre, alle seguenti denominazioni, è attribuito convenzionalmente il significato qui di seguito riportato:

per	INFORTUNIO	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente.
Per	INVALIDITA' PERMANENTE	diminuzione o perdita definitiva della generica capacità a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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

MORTE	L.	150.000.000
	(E.)	77.468,54)
INVALIDITA' PERMANENTE	L.	150.000.000
	(E..)	77.468,54)
RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE	L.	15.000.000
	(E.)	7.746,86)
SPESE DI CURA PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO		
SPESE FISIOTERAPICHE	L.	3.000.000
	(E.)	1.549,38)
INDENNITA' GIORNALIERA		
IN CASO DI RICOVERO	L.	100.000
	(E.)	51,65)

dal 15° giorno
(E 103,30) **L. 200.000**

**RIMBORSO PER CURE DENTARIE
E/O PROTESI DENTARIE** **L. 10.000.000**
(E. 5.164,57)

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- 1) partecipazione a gare di campionato, di torneo od amichevoli, purché dirette da arbitri incaricati dalla Federazione competente;
- 2) 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 articolo, 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. Tale estensione di garanzia non vale per la partecipazione all'Attività Ricreativa ed Amatoriale (Assicurati CTG. B).
- 3) i trasferimenti su mezzi adibiti a pronto soccorso o privati, durante il trasporto al più vicino luogo di ricovero.

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;
- effettuati nell'impianto sportivo normalmente utilizzato dalla Società Sportiva per le partite ufficiali, o in altri impianti desumibili da documentazioni varie (calendario degli allenamenti preventivamente depositato presso gli Enti Periferici Federali, dichiarazione del proprietario o gestore dell'impianto, dichiarazione ufficiale da parte del Comitato Provinciale e/o Regionale L.N.D. controfirmata dal Presidente dello stesso, calendario dell'utilizzo degli impianti depositato presso un ente della Pubblica Amministrazione o autorizzazione all'utilizzo degli stessi, conservata dall'Ente predetto, o altra documentazione equipollente).

RINUNCIA ALLA RIVALSA

L'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari, al diritto di rivalsa, di cui all'articolo 1916 del Codice Civile, verso i Terzi eventualmente responsabili dell'infortunio, ad esclusione degli infortuni derivanti da circolazione su strada, e dell'HIV.

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 male 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. Si precisa comunque che qualora più Assicurati con l'Assicurazione, anche con altre polizze, siano colpiti da infortunio causato dalle predette calamità naturali, l'esborso massimo dell'Assicurazione non potrà superare la somma di L. 8.000.000.000.(E. 4.131.655,19) per anno assicurativo.

ESTENSIONI DI GARANZIA

- **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 che causino la morte o un'invalidità permanente non inferiore al 60% della totale, 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 risarcimento di L. 1.500.000.000 (E. 774.685,34) per anno assicurativo, e L. 100.000.000 (E. 51.645,69) a persona.

- Indennità aggiuntiva

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, avvenuto durante l'esercizio dell'attività sportiva, derivi un'invalidità permanente non inferiore al 70%, l'Assicurazione liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore necessaria per la costituzione di una rendita immediata di importo pari a L. 12.000.000 (E. 6.197,48) 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.

- 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 L. 2.000.000. (E. 1.032,91)

h i v

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza l'Assicurato 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 forfettaria pari a L. 30.000.000.(E. 15.493,71)

RISCHI DI VOLO

Relativamente ai trasferimenti collegiali di cui al precedente articolo, premesso che sono sempre esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla guida di aeromobili (ivi compresi deltaplani, ultraleggeri e simili), l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri, da chiunque eserciti, tranne che da aziende di lavoro aereo – in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri – e da Aeroclubs.

Il rischio-volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'Aeromobile e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa mediante scale od altre attrezzature aeroportuali fanno parte del rischio volo.

L'Assicurazione concessa nei limiti di cui sopra, vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, purché non conseguenti a guerra (anche dichiarata) od insurrezioni.

L'Assicurazione vale per i casi e le somme uguali a quelli assicurati con la presente polizza e per i rischi da essa previsti, entro i limiti sottoindicati.

La somma delle garanzie previste dalla presente e da eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni (individuali e cumulative) non potrà superare i capitali di:

- L. 2 miliardi (E.1.032.913,80)per il caso morte e L. 2 miliardi per il caso di invalidità permanente per persona,

e di

- L. 10 miliardi (E. 5.164.568,99) per il caso morte e L. 10 miliardi per il caso di invalidità permanente complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni "cumulative" stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

LIMITAZIONI DELLA GARANZIA - ESCLUSIONI

LIMITI DI ETA' – PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 75 anni (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio).

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.

LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero. L'accertamento degli eventuali postumi di invalidità permanente e la liquidazione dei sinistri verranno effettuati soltanto in Italia,

ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione le ernie non traumatiche, nonché gli infortuni derivanti da:

- guida e uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei;
- stato di ubriachezza alla guida di veicoli;
- uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci;

- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra od insurrezioni in genere. L'assicurazione vale comunque per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non) per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

CASI ASSICURATI

INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa viene accertata – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, con prescrizione al termine del secondo anno.

Valutazione del grado di invalidità

Gli infortuni indennizzabili ai sensi della presente polizza verranno liquidati valutando il grado di invalidità permanente in base ai valori ed ai criteri seguenti:

Perdita totale anatomica o funzionale:

		Destro	Sinistro
- di un arto superiore	70%	60%	
- della mano o dell'avambraccio	60%	50%	
- del pollice		18%	16%
- dell'indice		14%	12%
- del medio		8%	6%
- dell'anulare		8%	6%
- del mignolo		12%	10%
- di una falange del pollice	9%		8%
- di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito		
- di un arto inferiore sopra il ginocchio		60%	
- di un arto inferiore sotto l'altezza del ginocchio	50%		
- di un piede			40%
- di ambedue i piedi		100%	
- di un alluce			5%
- di ogni altro dito del piede		3%	
- di una falange dell'alluce		2,5%	
- di una falange di altro dito del piede		1%	
- della vista di un occhio		25%	
- della vista di ambedue gli occhi		100%	
- dell'udito di un orecchio		10%	
- dell'udito di ambedue gli orecchi		40%	
- di un rene			20%
- della milza			10%
<u>inoltre, per</u>			
- stenosi nasale bilaterale			15%
- esiti di frattura amielica somatica da:			
schiacciamento di vertebre cervicali		10%	
schiacciamento di vertebre dorsali		7%	
schiacciamento della 12a dorsale	12%		
schiacciamento delle cinque lombari		12%	
- esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente	5%		
- afonia – perdita totale della voce - (la perdita parziale della voce non è indennizzabile)		30%	

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

In caso di mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro, e viceversa.

Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici, fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più arti od organi, comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere, al massimo, il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle sopraccitate tabelle, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Liquidazione dell'indennizzo

MORTE

L. 150.000.000
(E. 77.468,54)

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, l'Assicuratore liquida la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari designati, o in mancanza, agli eredi legittimi.

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 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi legittimi, la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore; i beneficiari non sono invece tenuti ad alcun rimborso per quanto pagato a titolo di invalidità permanente.

Qualora, a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, l'Assicuratore liquida ai beneficiari il capitale garantito per il caso di morte.

La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che l'Assicuratore ha pagato l'indennizzo risulti che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione – entro 30 giorni dalla richiesta – della somma pagata. A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente residua.

INVALIDITA' PERMANENTE

L. 150.000.000
(E. 77.468,54)

L'indennizzo per invalidità permanente è calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale di invalidità accertata, diminuita della franchigia di 5 punti percentuali.

Pertanto l'Assicuratore non paga alcun indennizzo se l'invalidità (X) è pari od inferiore al 5%, e liquida un indennizzo proporzionale al residuo grado di invalidità (X - 5%) se il grado di invalidità è maggiore.

Se comunque l'invalidità accertata è maggiore del 25%, l'indennizzo è liquidato senza l'applicazione di alcuna franchigia.

La liquidazione dell'indennità in caso di invalidità permanente pari o superiore al 70% verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

Qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia e siano trascorsi almeno 90 giorni dalla guarigione clinica, se la presunta percentuale di invalidità stimata dall'Assicuratore in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%, l'Assicurato può richiedere un anticipo sul pagamento dell'indennizzo pari al 50% di quello che spetterebbe in base al presumibile indennizzo definitivo.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi od aventi causa. Tuttavia se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennizzo per invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, l'Assicuratore paga agli eredi e/o beneficiari l'importo liquidato od offerto.

RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE

L. 15.000.000

(E. 7.746,86)

In caso di infortunio che comporti un ricovero, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza di L. 15.000.000 (E. 7.746,86) per anno assicurativo e dietro presentazione di relativa documentazione, le spese mediche o spese chirurgiche sostenute durante il periodo di ricovero ed in particolare quelle relative a:

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

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata con uno scoperto del 20%, con un minimo di L. 300.000 (E. 154,94) per sinistro; In caso di Day-Hospital, tale minimo è elevato a L. 500.000 (E. 258,23).

Rimborso delle spese ospedaliere in caso di "grandi interventi" a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza fino a concorrenza di L. 30.000.000 (E. 15.493,71) per persona e per anno assicurativo. Per "grandi interventi" si intendono quelli previsti nell'allegato elenco.

**SPESE DI CURA PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO,
SPESE FISIOTERAPICHE**

L. 3.000.000
(E. 1.549,38)

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 L. 3.000.000 (E. 1.549,38), per spese sostenute entro i 90 giorni prima e/o dopo l'intervento chirurgico, con l'applicazione di una franchigia fissa di L. 200.000 (E. 103,30) per evento.

Nell'ambito di tale somma vengono riconosciute le spese relative a cicli di trattamenti fisioterapici con un massimo di L. 500.000 (E. 258,23) per sinistro e con franchigia fissa di L. 200.000 (E. 103,30).

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

**INDENNITA' GIORNALIERA
IN CASO DI RICOVERO**

L. 100.000
(E. 51,65)

Dal 15° giorno

L. 200.000
(E. 103,30)

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio indennizzabile a termini di polizza, corresponsione di una diaria giornaliera di L. 100.000 (E. 51,65) dal 3° giorno al 14° giorno;

di L. 200.000 (E. 103,30) dal 15° giorno e sino al 90° giorno, massimo indennizzabile per anno assicurativo.

I primi due giorni di

ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.

La presente garanzia non è cumulabile con il rimborso spese da ricovero.

**RIMBORSO SPESE PER CURE DENTARIE
E/O PROTESI DENTARIE**

L. 10.000.000
(E. 5.164,57)

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 L. 10.000.000 (E. 5.164,57) per anno assicurativo e con una franchigia fissa di L. 200.000 (E. 103,30) per sinistro e fino ad un massimo di L. 800.000 (E. 413,17) 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.

RAPPRESENTATIVA NAZIONALE

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

SINISTRI: DENUNCIA E LIQUIDAZIONE

DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata all'Assicuratore dall'infortunato (o dai suoi aventi causa) tramite lettera raccomandata, fax o servendosi dell'apposito Numero Verde, che fa capo all'Ufficio Gestione L.N.D., la struttura centralizzata che gestisce i sinistri in oggetto.

La denuncia deve essere inviata all'Assicuratore entro 30 giorni dall'infortunio, e deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.

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

Trascorsi i predetti termini

per la presentazione, la denuncia non sarà presa in considerazione qualunque sia la causa del ritardo ed a chiunque fosse imputabile tale ritardo.

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 all'Assicuratore 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 dell'Assicuratore ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire all'Assicuratore un dettagliato certificato medico sulle lesioni; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso. L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescritte dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

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

La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata all'Assicuratore con certificato definitivo.

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.

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

LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Ricevuta la necessaria documentazione, valutato il danno, verificata l'operatività delle garanzie prestate e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento entro 30 giorni dalla firma dell'atto di liquidazione. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è esente da menomazioni psicofisiche preesistenti, di qualsiasi origine e tipologia, 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 menomato, nella valutazione del grado di invalidità permanente, le percentuali risultanti sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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 permanente, 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 definitivo dell'invalidità permanente 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 ed invalidità permanente non sono cumulabili tra loro.

NORME REGOLANTI L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, come previsto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento del rischio. La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare, come previsto dall'art.1898 del Codice Civile, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve, entro 30 giorni, comunicare per iscritto all'Assicuratore l'eventuale stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio. L'Assicuratore, entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art.1910 del Codice Civile.

Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto all'indennizzo. Il Contraente è comunque esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altre assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio, con altro o con lo stesso Assicuratore.

ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITA' 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 dell'articolo 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.

MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Ogni comunicazione del Contraente all'Assicuratore deve essere fatta con lettera raccomandata. Eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

DURATA E TERMINE DELL'ASSICURAZIONE

La presente polizza è stipulata per la durata di anni 2, a decorrere dalle ore 00,00 del 1° Luglio 2000 alle ore 24,00 del 30 Giugno 2002. Il presente contratto si intende cessato alla sua naturale scadenza, senza obbligo di disdetta.

ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge, in conseguenza del contratto, sono a carico del Contraente.

IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la materiale identificazione degli Assicurati si farà riferimento agli elenchi ed alla documentazione ufficiale riportanti i nominativi dei tesserati e/o iscritti redatti dal Contraente o dalle Società, Associazioni e Unioni Sportive ad esso affiliate.

VARIAZIONI NELLA FIGURA DEL CONTRAENTE

Nel caso di fusione del Contraente, il contratto continua con l'Associazione che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Associazione stessa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento del Contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Il Contraente è tenuto a dare avviso scritto dei fatti sopraindicati entro i successivi 15 giorni dal loro verificarsi all'Assicuratore, il quale, nei giorni successivi al ricevimento dell'avviso, ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

FORO COMPETENTE

Il Foro competente per i soggetti assicurati è quello competente per il Comune di residenza dell'Assicurato.

RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SCHEMA POLIZZA 2

RESPONSABILITA' CIVILE TERZI E DIPENDENTI

DEFINIZIONE E PRECISAZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per	ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione;
per	POLIZZA:	i documenti che provano l'assicurazione;
per	PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore, per l'operatività della polizza;
per	RISCHIO:	la probabilità che si verifichi il sinistro;
per	SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
per	RISARCIMENTO:	la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
per	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.
per	ASSICURATO:	il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione, e più precisamente la Lega Nazionale Dilettanti, vi comprese le strutture periferiche, e tutte le Società partecipanti ai Campionati L.N.D., affiliate alla stessa;
per	ASSOCIATI:	tutti i tesserati delle suindicate Società, esclusivamente mentre esplicano la loro attività per conto delle stesse;
per	COSE:	sia gli oggetti materiali, sia gli animali;
per	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.
Per	ASSICURATORE:	il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il Relativo contratto;
per	CONTRAENTE:	la Lega Nazionale Dilettanti.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A) Assicurazione 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 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:

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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.

C) 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:

- 1) 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 Lega Nazionale Dilettanti (per gare ufficiali si intendono quelle di campionato, torneo, amichevole purché preventivamente autorizzata dal competente Comitato della F.I.G.C.).
- 2) 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 10%.
- 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 all'Assicurato dalla somministrazione di alimentari e farmaceutici, 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:

- 1) 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;
- 2) la garanzia vale sempreché la somministrazione o vendita ed il danno siano avvenuti durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- 3) il massimale per sinistro rappresenta anche la massima esposizione dell'Assicuratore per anno assicurativo;

Per maggiore chiarezza si conferma che restano esclusi dalla garanzia:

- 1) le spese di rimpiazzo del prodotto o di sue parti e le spese di riparazione o gli importi pari al controvalore del prodotto;
- 2) le spese e gli oneri per il ritiro dal mercato dei prodotti risultanti difettosi o presunti tali;
- 3) 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 a 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 trovantis sui veicoli sopraindicati.

La garanzia di cui al presente punto C) viene prestata con l'applicazione di una franchigia assoluta di L. 1.000.000 (E. 516,45) per ogni veicolo danneggiato e/o per le cose trovantis 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 autovetture 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 L. 1.500.000, (E. 774,68) e con limite per sinistro e per anno assicurativo di L. 100.000.000. (E. 51.645,69)

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

- 1) danni a cose altrui derivanti da incendio di cose di proprietà dell'Assicurato, o dallo stesso detenute (fino ad un limite massimo di L. 1.000.000 – E. 516,45);
- 2) danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali , sportive , agricole o di servizi (fino ad un limite massimo di L. 100.000.000 (E. 51.645,69) - 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) Quando per i rischi di circolazione di veicoli a motore su strade o aree private non equiparate a quelle di uso pubblico esista una contemporanea e valida assicurazione di R.C.A. (Responsabilità Civile Autoveicoli), la garanzia di cui alla presente polizza viene prestata (fermi i massimali nella stessa indicati) in secondo rischio (e cioè in eccedenza) rispetto a tale copertura R.C.A.
- G) L'Assicurazione comprende la responsabilità civile degli Assicurati per azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art.14 della Legge 127/6/7/1984 n° 222.
- H) 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.
- I) 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 necessarie 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 tutte le persone fisiche e/o giuridiche con la sola esclusione dei legali rappresentanti del Contraente.

ESCLUSIONI

L'Assicurazione non copre i danni:

- a) da furto;
- b) 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;
- c) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- d) a cose che l'Assicurato abbia in consegna e custodia o detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- e) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi;
- f) 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.

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. L'Assicurazione vale per le Perdite Pecuniarie cagionate alle Società Sportive assicurate a seguito di danni alle strutture sportive causate da sostenitori delle stesse Società, sempreché tali danni siano stati rilevati e riconosciuti con delibere del Giudice Sportivo competente.

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.

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione ha validità nel mondo intero.

La garanzia di R.C.O. si intende anch'essa operante all'estero, a condizione che analoga estensione sia concessa dall'INAIL.

DURATA E TERMINI DELL'ASSICURAZIONE

La presente polizza è stipulata per la durata di anni 2, a decorrere dalle ore 00,00 del 1° Luglio 2000 alle ore 24,00 del 30 Giugno 2002.

Il presente contratto si intende cessato alla sua naturale scadenza, senza obbligo di disdetta.

DENUNCIA DEI SINISTRI ED OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

La denuncia di sinistro dev'essere fatta per iscritto alla Direzione dell'Assicuratore o all'Agenzia cui è assegnata la polizza, entro 15 giorni dal giorno in cui l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza.

La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome e domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

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:

RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

L. 10.000.000.000 (E. 5.164.568,99) per ogni sinistro, ma con limiti
L. 10.000.000.000 per ogni persona deceduta o che abbia subito lesioni personali
L. 10.000.000.000 per danneggiamenti a cose, anche se appartenenti a più persone

RESPONSABILITA' CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA

L. 10.000.000.000 per ogni sinistro ma con il limite di:
L. 1.000.000.000 per persona deceduta o che abbia subito lesioni personali

RESPONSABILITA' CIVILE PERSONALE DEL CALCIATORE

L. 50.000.000 (E. 25.822,84) per ogni sinistro.

FRANCHIGIA

Per danni a cose, la garanzia è prestata con una franchigia fissa di L. 1.500.000 (E.774,68) per sinistro.

ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge in conseguenza del contratto, sono a carico dell'Assicuratore.

FORO COMPETENTE

Il Foro competente, per i soggetti assicurati, è quello competente per il Comune di residenza dell'Assicurato.

RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SCHEMA POLIZZA 3

TUTELA GIUDIZIARIA

DEFINIZIONI E PRECISAZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

per	ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione;
per	POLIZZA:	i documenti che provano l'assicurazione;
per	PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore, per l'operatività della polizza;
per	RISCHIO:	la possibilità che si verifichi il sinistro;
per	SINISTRO:	l'insorgere della controversia per la quale è prestata l'assicurazione;
per	INDENNIZZO:	la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
per	FRANCHIGIA:	parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;
per	ASSICURATO:	il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione, e più precisamente tutti i calciatori, allenatori, tecnici e massaggiatori tesserati per le Società affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, nonché i Presidenti ed i legali rappresentanti della Società;
per	ASSICURATORE:	il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il Relativo contratto;
per	CONTRAENTE:	la Lega Nazionale Dilettanti.

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.

SOGGETTI DELL'ASSICURAZIONE

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

VALIDITA' TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata per i sinistri che si verificano, per la prima volta, durante il periodo di validità della presente polizza, indipendentemente dall'origine dei fatti o degli atti che li abbiano determinati e per i quali l'azione di tutela si inizia nel medesimo periodo

LIMITE DI INDENNIZZO

La garanzia è prestata sino alla concorrenza di L. 30.000.000 (E. 15.493,71) 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 15 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 Società non è responsabile dell'operato di Legali e di Periti.

ARBITRATO IRRITUALE

Le parti si obbligano a devolvere ad un Collegio Arbitrale qualsiasi controversia che dovesse insorgere circa l'interpretazione, la validità o l'esecuzione del presente contratto. Il Collegio sarà costituito da tre Arbitri di cui le Parti designeranno i primi due singolarmente, ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo, il terzo componente il Collegio Arbitrale sarà nominato dal Presidente del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati del luogo ove si svolgerà l'arbitrato.

Tale luogo è quello del Comune di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti risponde delle spese del proprio Arbitro e della metà di quelle del terzo Arbitro.

La decisione del Collegio è inappellabile ed obbligatoria per le Parti, anche se uno degli Arbitri si rifiuta di firmare il relativo verbale.

RECUPERO DI SOMME

Tutte le somme comunque liquidate in caso di soccombenza dalla 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 RESPONSABILITA' CIVILE

Qualora l'Assicurato abbia in corso una polizza contro la Responsabilità Civile, si dà 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.

DURATA E TERMINE DELL'ASSICURAZIONE

La presente polizza è stipulata per la durata di anni 2, a decorrere dalle ore 00,00 del 1° Luglio 2000 alle ore 24,00 del 30 Giugno 2002.

Il presente contratto si intende cessato alla sua naturale scadenza, senza obbligo di disdetta.

ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge in conseguenza del contratto, sono a carico dell'Assicuratore.

RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SCHEMA POLIZZA 4

TUTELA SANITARIA

DEFINIZIONI E PRECISAZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione;

per	POLIZZA:	i documenti che provano l'assicurazione;
per	PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore, per l'operatività della polizza;
per	RISCHIO:	la possibilità che si verifichi il sinistro;
per	SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
per	RISARCIMENTO:	il servizio sanitario dovuto dall'Assicuratore in caso di sinistro;
per	FRANCHIGIA:	parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'assicurato;
per	ASSICURATO:	il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione, e più precisamente tutti i calciatori, allenatori, tecnici, e massaggiatori tesserati per le Società Sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, nonché i Presidenti ed i legali rappresentanti delle Società Sportive stesse; nonché tutti gli spettatori presenti a manifestazioni ufficiali;
per	ASSICURATORE:	il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il Relativo contratto;
per	CONTRAENTE:	la Lega Nazionale Dilettanti.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Copertura di assicurazione assistenza riservata agli atleti regolarmente tesserati dalle Società Sportive affiliate ai Comitati Regionali F.I.G.C. – Lega Dilettanti, a tutti gli altri tesserati (Dirigenti accompagnatori, medici, massaggiatori), nonché agli spettatori.

Estensione territoriale: Italia (inclusi Repubblica di San Marino e Stato di Città del Vaticano)

Validità copertura: Svolgimento di gare ufficiali del Campionato Dilettanti, allenamenti e partite amichevoli, da un'ora prima dell'inizio del gioco, sino ad un'ora dopo il termine delle manifestazioni. Per gli spettatori, la garanzia è valida solo per gare ufficiali.

PRESTAZIONI

1) CENTRALE OPERATIVA.

La Società mette a disposizione la sua Centrale Operativa 24 ore su 24, per 365 giorni l'anno.

2) TRASPORTO IN AMBULANZA.

La Società, in caso di infortunio o malattia (infarto cardiaco, ictus, trombosi cerebrale, embolia, rottura aneurisma) degli atleti avvenuto sul campo di gioco o di improvvisa malattia degli spettatori presenti, provvede al ricovero nel più vicino Centro Ospedaliero, ricercando ed inviando un'ambulanza direttamente al campo di gioco e tenendone a proprio carico le spese. Per i soli spettatori, la Società si riserva il diritto di verificare a posteriori l'effettivo diritto alla prestazione e riaddebitare alla Contraente i costi sostenuti, nel caso in cui si riscontrasse il mancato diritto al trasporto in ambulanza.

3) INVIO DI UN MEDICO.

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa (infarto cardiaco, ictus, trombosi cerebrale, embolia, rottura aneurisma) avvenuto sul campo di gioco, necessiti della visita di un medico e non riesca a reperire il proprio, oppure un altro medico, la Società provvede a cercarlo e ad inviarlo al domicilio dell'Assicurato, tenendone a proprio carico il costo fino ad un massimo di L.. 500.000. (E.258,22) In caso di richiesta del medico per eventi accaduti al di fuori del campo di gioco, la Società terrà a proprio carico le sole spese di organizzazione del servizio.

4) SORVEGLIANZA DECORSO CLINICO.

La Centrale Operativa della Società stabilisce i necessari contatti con i medici curanti dell'Assicurato allo scopo di seguire l'evoluzione della sua patologia, informando i familiari sull'evoluzione della stessa.

5) TRASFERIMENTO SANITARIO.

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa (infarto cardiaco, ictus, trombosi cerebrale, embolia, rottura aneurisma) avvenuto sul campo da gioco, debba essere necessariamente trasferito, d'intesa fra il medico curante ed i medici della Società per una patologia non oggettivamente curabile nell'ambito delle strutture sanitarie ed ospedaliere della Regione italiana di residenza, la Società provvederà ad organizzare e ad effettuare il trasferimento, tenendone a proprio carico i costi fino ad un massimo di L.. 500.000,(E. 258,22) fino al centro ospedaliero italiano ritenuto più idoneo al caso e con l'accompagnamento medico o infermieristico, se necessario. Il trasferimento sarà effettuato a giudizio medico, con i seguenti mezzi:

- L'ambulanza;

- L'aereo di linea (anche barellato).

In caso di richiesta del servizio per eventi accaduti al di fuori del campo da gioco, la Società terrà a proprio carico le sole spese di organizzazione del servizio.

6) RIENTRO AL DOMICILIO A SEGUITO DIMISSIONE OSPEDALIERA.

Usufruendo della precedente prestazione " Trasferimento sanitario dal domicilio ", la Società al momento delle dimissioni dell'Assicurato organizza il suo rientro al domicilio, se regolarmente richiesto da documentazione medica, fino ad un massimo di L.. 500.000, (E. 258,22) con i seguenti mezzi:

- L'ambulanza;
- L'aereo di linea (anche barellato).

7) GRANDI INTERVENTI.

In caso di infortunio o malattia improvvisa (infarto cardiaco, ictus, trombosi cerebrale, embolia, rottura aneurisma) avvenuto durante una gara ufficiale di campionato che comporta un intervento chirurgico di particolare rilevanza, la Società segnala all'Assicurato le strutture sanitarie italiane/europee più idonee alle cure del caso, provvedendo alla sola organizzazione del viaggio.

8) ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge in conseguenza del contratto, sono a carico dell'Assicuratore.

9) FORO COMPETENTE

Il Foro competente, per i soggetti assicurati, è quello competente per il Comune di residenza dell'Assicurato.

10) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

OGGETTO: COPERTURA ASSICURATIVA OBBLIGATORIA LEGA NAZIONALE DILETTANTI PER CALCIATORI CON VINCOLO PLURIENNALE, ALLENATORI E TECNICI – LEVANTE NORDITALIA ASSICURAZIONI – POLIZZA INFORTUNI N. 997/44064, POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE TERZI E DIPENDENTI N. 997/44065, POLIZZA TUTELA GIUDIZIARIA N. 997/44066, POLIZZA TUTELA SANITARIA N. 997/44067

Il Consiglio Direttivo della Lega Nazionale Dilettanti, nella riunione del 20 marzo 2002, accogliendo le istanze avanzate dalle Società associate alla Lega stessa, ha deliberato l'estensione delle garanzie assicurative di base riconosciute dalla Levante Norditalia Assicurazioni per i tesserati con le Società della L.N.D., integrando la rinnovata convenzione con l'indennità forfetaria per **l'applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile.**

Si specifica, al riguardo, che tale copertura integrativa rispetto alla polizza in vigore fino al 30 giugno 2002, non è riconosciuta ai calciatori partecipanti all'attività Ricreativa ed Amatoriale.

Si evidenziano, di seguito, le prestazioni – con relativi massimali – che saranno oggetto della copertura assicurativa **in vigore dal 1° luglio 2002 al 30 giugno 2004**, unitamente alle procedure di denuncia degli infortuni, precisando che il premio pro-capite per ciascuna stagione sportiva riferita al sopra indicato periodo di validità è pari a **Euro 20,09 (38.900 lire)**:

POLIZZA INFORTUNI N. 997/44064

1 Morte Euro 77.468,546 (150.000.000 lire)

2 Invalidità Permanente Euro 77.468,546 (150.000.000 lire)

- Franchigia 5%

- azzeramento franchigia per I.P. superiore al 25%

- in presenza di I.P. accertata pari o superiore al 70% viene corrisposto il 100% della somma assicurata.

3. Rimborso spese di cure ospedaliere Euro 7.746,86 (15.000.000 lire)

- Scoperto 20% con un minimo di Euro 154,94 per sinistro.

4. Rimborso spese di cura "Grandi Interventi" Euro 15.493,71 (30.000.000 lire)

- Scoperto 20% con un minimo di Euro 154,94 per sinistro.

5. Spese di cura pre-post intervento chirurgico, spese Euro 1.549,38 (3.000.000 lire)

Fisioterapiche

- Franchigia fissa di Euro 103,30 per evento
- Vengono riconosciute le spese relative a cicli di trattamenti fisioterapici con un massimo di Euro 258,23 per sinistro e con franchigia fissa di Euro 103,30
- Le spese relative alla garanzia vengono riconosciute anche se non effettuate durante il ricovero.

6. Rimborso prestazioni specialistiche Euro 516,46 (1.000.000 lire)

- 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

- franchigia fissa ed assoluta di Euro 103,30 per sinistro

7. Indennità giornaliera in caso di ricovero

- dal 3° al 14° giorno Euro 51,65 (100.000 lire)
- dal 15° al 90° giorno Euro 103,30 (200.000 lire)

8. Rimborso spese per cure dentarie

e/o protesi dentarie Euro 5.164,57 (10.000.000 lire)
max risarcimento

(Franchigia fissa di Euro 103,30) Euro 413,17 (800.000 lire) max
per dente

9. Indennità forfetaria applicazione apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile

Euro 154,94 (300.000 lire) elevabile a Euro 258,23 (500.000 lire) per esigenze post intervento chirurgico

- solo in seguito a fratture
- **non è operante a favore dei calciatori partecipanti all'attività Ricreativa ed Amatoriale**

POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE TERZI E DIPENDENTI N. 997/44065

1. Responsabilità civile verso terzi – franchigia fissa per danni e cose Euro 774,68 per sinistro

Euro 5.164.568,99 (10.000.000.000 lire) per sinistro, per persona deceduta o che abbia subito lesioni personale, o per danneggiamenti a cose, anche se appartenenti a più persone.

2. Responsabilità civile verso prestatori d'opera

Euro 5.164.568,99 (10.000.000.000 lire) per sinistro, con il limite di 516.456,90 (1.000.000.000 lire) per ogni persona deceduta o che abbia subito lesioni personali.

3. Responsabilità civile personale del calciatore Euro 25.822,84 (50.000.000 lire) per sinistro

POLIZZA TUTELA GIUDIZIARIA N. 997/44066

1. Tutela Giudiziaria Euro 15.493,71 (30.000.000 lire) per assicurato e per sinistro, senza limite per anno assicurativo

POLIZZA TUTELA SANITARIA N. 997/44067

- Trasporto in ambulanza a carico dell' Assicurazione
- Invio di un medico a carico dell' Assicurazione fino max E 258,22
- Sorveglianza decorso clinico a carico dell' Assicurazione
- Trasferimento sanitario a carico dell' Assicurazione fino max E 258,22
- Rientro al domicilio a seguito dimissione ospedaliera a carico dell' Assicurazione fino max E 258,22
- Assistenza infermieristica a carico dell' Assicurazione fino max E 258,22 per evento
- Grandi interventi solo consulenza sulle strutture sanitarie italiane/europee più idonee – provvedendo alla sola organizzazione del viaggio

PREMIO PRO-CAPITE A STAGIONE SPORTIVA

EURO 20,09 (38.900 lire)

MODALITA' DI DENUNCIA IN CASO DI SINISTRO

1. In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere trasmessa all'Assicuratore dall'infortunato (o dai suoi aventi causa) servendosi dell'apposito **Numero Verde 800903407** che fa capo all'Ufficio Gestione L.N.D. della Levante Norditalia Assicurazioni, o inviata tramite lettera raccomandata all'indirizzo **Inter Partner Assistenza Servizi S.P.A., via Antonio Salandra, 18 – 00187 Roma**, o via fax al numero **06/4817974**, presso la struttura centralizzata che gestisce i sinistri in oggetto.
2. La denuncia deve essere inviata all'Assicuratore entro 30 giorni dall'infortunio e deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanza che lo hanno determinato.
3. Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato entro quindici giorni dal fatto.
4. La denuncia, firmata dall'Assicurato o dai suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal maggiore esponente della Società Sportiva.

5. L'infortunato è tenuto a far pervenire all'Assicuratore un dettagliato certificato medico sulle lesioni; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

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

6. Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare all'Assicuratore il certificato di guarigione.
7. La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata all'Assicuratore con certificato definitivo. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprende 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.