Copertura assicurativa per l'attività della Lega Nazionale Dilettanti: Convenzione per la Stagione Sportiva 2002 – 2004

CONVENZIONE INFORTUNI
Stipulata tra la LEVANTE NORDITALIA S.p.A. (di seguito nominata Assicuratore) e la Lega Nazionale Dilettanti (di seguito nominata Contraente).
La presente convenzione rappresenta un accordo biennale, non rescindibile per entrambe le parti, con decorrenza dalle ore 00,00 del 1°Luglio 2002 e scadenza alle ore 24,00 del 30 giugno 2004, con tacito rinnovo.

DEFINIZIONE E PRECISAZIONE
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, ivi 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.
CTG. 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.
CTG. 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).
CTG. C) I dirigenti delle società sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività di assistenti all'arbitro durante le gare ufficiali;
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 fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la Morte, una Lesione e/o una Invalidità Permanente.
per LESIONI: ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella allegata, purché determinata da infortunio.
per FRATTURA: una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio.

SOMME ASSICURATE
L'assicurazione si intenDe prestata, per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:
1. **MORTE €.** ***77.468,54***
2. LESIONI €. ***77.468,54***
3. **RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE €.** ***6.197,48***
4. SPESE DI CURA PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO SPESE FISIOTERAPICHE €. ***1.549,38***
5. RIMBORSO SPESE SPECIALISTICHE €. 516,45
6. INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO €. 51,65
dal 15° giorno €. 103,30
7. RIMBORSO PER CURE DENTARIE E/O PROTESI DENTARIE €. ***5.164,57***
8. INDENNITA' FORFETTARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO E/O IMMOBILIZZANTE E INAMOVIBILE €. 154,94
elevabile a €. 258,23

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'assicurazione prestata con la presente polizza, comprende gli infortuni che colpiscano gli Assicurati sul campo, o entro i limiti dell'impianto sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa, in occasione di:
1. partecipazione a gara 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 colpiscano gli Assicurati durante:

1) i trasferimenti collegiati 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.

Art. 2 - 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.

Art. 3 - 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 sostante nocive;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi si sole o di calore o di freddo;
- le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali in genere, con l'esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari;
- gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- le lesioni, escluse le ernie non traumatiche, determinate da sforzi;
- gli infortuni derivanti da atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe ed uragani. 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 €uro 4.131.655,19 per un anno assicurativo.

ESTENSIONI DI GARANZIA

Art. 4 - MORTE ED INVALIDITÀ PERMANENTE PER ALTRE CAUSE
Relativamente alle sole garanzie morte ed invalidità permanente, sono considerati infortunio anche l'infarto cardiaco, l'ictus provocato da emorragia cerebrale, la trombosi cerebrale, l'embolia, la rottura di aneurisma, l'arresto cardiaco-circolatorio (per crisi aritmiche improvvise, gravi bradicardie, sindrome del seno carotideo), le cardiopatie traumatiche (da lesioni non penetranti con conseguente rottura atri e ventricoli, aritmie, insufficienza cardiaca acuta da rottura valvolare, versamento pericardico emorragico), il trauma extratoracico con ipotensione polmonare (da shock) e conseguente ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrome), nonché qualsiasi evento riconducibile alle suindicate patologie, che causino la morte o un'invalidità permanente non inferiore al 60% della totale (grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio), verificatisi durante l'esercizio dell'attività sportiva, sul campo o entro il limite sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa.
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, nel limite della somma assicurata per Lesioni, con un limite massimo di risarcimento di €uro 774.685,34 per anno assicurativo, e €uro 51.645,69 a persona.

Art. 5 - 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 €uro 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.

Art. 6 - 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 €uro 1.032,91.

Art. 7 - HIV
Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e per causa di una trasfusione ematica avvenuta nel corso delle cure necessarie per l'infortunio stesso, l'Assicurato contragga il virus H I V, l'Assicuratore liquida un'ulteriore indennità forfetaria pari a €uro 15.493,71.

Art. 8 - 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 dichiarate) 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:
- €uro 1.032.913,80 per il caso Morte e €uro 1.032.913,80 per il caso di Invalidità Permanete o Lesioni per persona,
e di
- €uro 5.164.568,99 per il caso Morte e €uro 5.164.568,99 per il caso di Invalidità Permanente o Lesioni 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.

L I M I T A Z I O N I D E L L A G A R A N Z I A – E S C L U S I O N I

Art. 9 - 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.

Art. 10 - LIMITI TERRITORIALI
L'assicurazione vale per il mondo intero. L'accertamento degli eventuali postumi di invalidità permanente e la liquidazione dei sinistri verranno effettuali soltanto in Italia.

Art. 11 - 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.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 12 - M O R T E €uro 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 Lesioni e/o per Invalidità Permanente;
tuttavia se dopo il pagamento di un indennizzo per Lesioni e/o 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 Lesioni e/o 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.

Art. 13 - LESIONI €uro 77.468,54
L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista dalla Tabella Allegata, per le lesioni che siano causate da un evento assicurato.
In caso di evento che produca più lesioni comprese nella Tabella, l'Assicuratore non corrisponderà complessivamente indennizzi superiori al capitale assicurato.

Art. 14 - PRECISAZIONI LIMITATAMENTE ALLA GARANZIA LESIONI
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo per le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione s'intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco di 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, gli verrà indennizzato un capitale pari a quello spettante per il caso morte.
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.

Art. 15 - RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE €uro 6.197,48
In caso di infortunio che comporti un ricovero, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza di €uro 6.197,48 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 €uro 154,94 per sinistro;
In caso di Day-Hospital, tale minimo è elevato a €uro 258,23.
Rimborso delle spese ospedaliere in caso di *"grandi interventi"* a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza fino a concorrenza di €uro 15.493,71 per persona e per anno assicurativo. Per *"grandi interventi"* si intendono quelli previsti nell'allegato elenco.

Art. 16 - SPESE DI CURA PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO. SPESE FISIOTERAPICHE €uro 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 €uro 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 €uro 103,30 per evento.
Nell'ambito di tale somma vengono riconosciute le spese relative a cicli di trattamenti fisioterapici con un massimo di €uro 258,23 per sinistro e con franchigia fissa di €uro 103,30.
Le spese relative alla presente garanzia vengono riconosciute anche se non effettuate durante il ricovero.

Art. 17 - RIMBORSO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE €uro 516,45

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 €uro 516,45 per persona, per sinistro e per anno assicurativo, previa deduzione di una franchigia fissa ed assoluta di €uro 103,29 per sinistro.

Art. 18 - INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO €uro 51,65 dal 15° giorno €uro 103,30

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicuratore corrisponderà una diaria giornaliera di €uro 51,65 dal 3° giorno al 14° giorno e di €uro 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.

Art. 19 - RIMBORSO SPESE PER CURE DENTARIE E/O PROTESI DENTARIE €uro 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 €uro 5.164,57 per anno assicurativo e con una franchigia fissa di €uro 103,30 per sinistro e fino ad un massimo di €uro 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.

Art. 20 - INDENNITÀ FORFETTARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO E/O IMMOBILIZZANTE E INAMOVIBILE €uro 154,94 elevabile a €uro 258,23

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 €uro 154,94 elevabile a €uro 258,23 per esigenze *post* intervento chirurgico. Per infortuni che abbiano per conseguenza fratture al viso, alle costole, o lussazioni della spalla, saranno considerati come apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile le applicazioni o fasciature di ogni genere.
Il diritto al riconoscimento dell'indennizzo maturerà solo dietro presentazione di regolare documentazione medica rilasciata da Istituto di Cura all'infortunato, dove si certifica l'applicazione e rimozione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile.
La presente Indennità Forfettaria non è operante a favore della CTG. B) di persone assicurate:
Calciatori partecipanti all'attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore ad una Stagione Sportiva).

Art. 21 - 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

Art. 22 - 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 dai 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 ed ai 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 prescrittegli 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.

Art. 23 - 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.
L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Art. 24 - CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI
In caso di disaccordo sul nesso casuale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità, a richiesta delle Parti si procederà mediante arbitrato di un Collegio Medico, di cui i due primi componenti saranno designati dalle Parti stesse ed il terzo scelto d'accordo dai primi due componenti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunisci 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 provvisionale 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. 25 - CUMULO DI INDENNIZZI
Gli indennizzi per le prestazioni di Morte, Lesioni e/o Invalidità Permanente non sono cumulabili tra loro.

NORME REGOLANTI L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 26 - 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.

Art. 27 - 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.

Art. 28 - ALTRE ASSICURAZIONI
Il Contraente deve 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.

Art. 29 - 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.

Art. 30 - 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.

Art. 31 - ONERI FISCALI
Le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge, in conseguenza del contratto, sono a carico del Contraente.

Art. 32 - IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE
Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denunzia 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.

Art. 33 - 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.

Art. 34 - FORO COMPETENTE
Il Foro competente per i soggetti assicurati è quello competente per il Comune di residenza dell'Assicurato.

Art. 35 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ELENCO ITNERVENTI DI ALTA CHIRURGIA

DA INFORTUNI

CHIRURGIA GENERALE
COLLO - *Resezione e plastiche tracheali.*
ESOFAGO - *Interventi per lesioni traumatich*e.
TORACE - *Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomi*e.
STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE - *Resezione intestinale per via lapaoscopica.*
COLON - RETTO - *Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia.*

FEGATO E VIE BILIARI - *Resezioni epatiche maggiori e minori.*
- Anastomosi bilio-digestive.
PANCREAS - MILZA - SURRENE - *Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia.*

CHIRURGIA MAXILLO – FACCIALE
- Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore.
- Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale.
- Ricostruzione della mandibola con innesti ossei.
- Ricostruzione della mandibola con materiale alioplastico.

CARDIOCHIRURGIA
- Interventi per corpi estranei.
- Sutura del cuore per ferite.

NEROCHIRURGIA
- Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali.
- Cranioplastiche ricostruttive.

CHIRURGIA *VASCOLARE*
- Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali).
- Interventi sulle arterie viscerali o renali.
- Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali).
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta.
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo.

CHIRURGIA ORTOPEDICA
- Artrodesi grandi segmenti.
- Artrodesi vertebrale per via anteriore.
- Artroprotesi totale di ginocchio.
- Artroprotesi di spalla.
- Artroprotesi di anca parziale e totale.
- Disarticolazione interscapolo – toracica.
- Emipelvectomia.
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi.
- Osteosintesi vertebrale.

CHIRURGIA UROLOGICA
- Nefrectomia polare.
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica.
- Resezione uretrale e uretrorrafia.

CHIRURGIA GINECOLOGICA
- Laparotomia per ferite o rotture uterine.

CHIRURGIA OCULISTICA
- Vitrectomia anteriore e posteriore.
- Trapianto corneale a tutto spessore.
- Cerchiaggio per distacco di retina.

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico.
- Laringectomia sopraglottica o subtotale.
- Laringetomie parziali verticali.
- Laringectomia e faringoiaringetcomia totale.

Copertura assicurativa per l'attività della Lega Nazionale Dilettanti: Copertura facoltativa (integrativa a quella obbligatoria).

COPERTURA ASSICURTIVA FACOLTATIVA (INTEGRATIVA A QUELLA OBBLIGATORIA) AD ADESIONE DELLE SINGOLE SOCIETÀ SPORTIVE ADERENTI ALLA LEGA NAZIONALE DILETTANTI ED AL SETTORE GIOVANILE SCOLASTICO

Con la presente appendice che forma parte integrante della Polizza Infortuni N. 997/44064 – Lega Nazionale Dilettanti, si conviene tra le parti di consentire alle singole Società Sportive aderenti alla Lega Nazionale Dilettanti, di comprendere facoltativamente nelle garanzie prestate quelle che seguono.

Le condizioni assicurative previste dalla presente appendice non vincolano in alcun modo la Lega Nozionale Dilettanti ma le singole Società Sportive che liberamente possano decidere di sottoscriverle.

A. CONDIZIONI PRESTATE CON COPERTURA ASSICURATIVA INTEGRATIVA PER CALCIATORI OLTRE 14 ANNI, ALLENATORI E TECNICI

La presente Copertura Assicurativa, che andrà a formare parte integrante della Polizza Obbligatoria Lega Nazionale Dilettanti N. 997/44064, varrà esclusivamente a favore dei calciatori oltre 14 anni, allenatori e tecnici, coperti dalla nella Polizza Obbligatoria Lega Nazionale Dilettanti N. 997/44064.

- **Rimborso delle Spese Mediche a seguito di Infortunio che non comporti ricovero in Istituto di Cura**

In caso di infortunio, indennizzabile a' termine di polizza, che non comporti ricovero ospedaliero, la Società rimborserà all'Assicurato fino alla concorrenza di € 1.549,37, quanto da lui sostenuto per spese mediche.
Relativamente alle terapie fisiche, la somma assicurata è prestata nel limite di € 258,23, in presenza di *Lesioni leggere* causate da infortunio e nel limite di € 516,46, in presenza di *Lesioni medie* causate da infortunio.
Vanno classificate come "*Lesioni leggere*": distorsioni, stiramenti muscolari, ematomi, contusioni in genere.
Vanno classificate come "*Lesioni medie*": strappi al tendine, strappi ai legamenti, distorsioni gravi con ingessatura.
La somma assicurata è prestata in eccedenza a quelle previste dalla Polizza Obbligatoria n. 997/44064.
La garanzia è prestata con lo scoperto a carico dell'Assicurato del 10%, con il minimo di € 103,29.

- **Indennità Giornaliera in caso di ricovero**

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio indennizzabile a termine di polizza, verrà corrisposta una diaria giornaliera di € 51,65, dal 3° giorno e sino al 60° 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.

- **Premio**

Il premio lordo pro-capite è stato fissato:
- per calciatori oltre 14 anni in € 10,33;
- per allenatori e tecnici in € 10,33.

Viene stabilito un premio lordo minimo acquisito dalla Levante Norditalia S.p.A. di € 516,46.

B. CONDIZIONI PRESTATE CON COPERTURA ASSICURATIVA PER CALCIATORI FINO 14 ANNI (CARTELLINO ROSA)

La presente Copertura Assicurativa, che andrà a formare parte integrante della Polizza Obbligatoria Lega Nazionale Dilettanti N. 997/44064, varrà esclusivamente a favore dei calciatori fino a 14 - anni non coperti dalla nella Polizza Obbligatoria Lega Nazionale Dilettanti N. 997/44064 - e limitatamente per le garanzie di seguito riportate.

- **Rimborso Spese di Cura Ospedaliere**

In caso di infortunio, indennizzabile a' termini di polizza, che comporti un ricovero, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza di € 5.164,57 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 degenza.
I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata con uno scoperto del 20% con un minimo di € 154,94 per sinistro;
In caso di Day-Hospital, tale minimo è elevato a € 258,23.
Rimborso delle spese ospedaliere in caso di "grandi interventi" a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza fino a concorrenza di € 15.493,71 per persona e per anno assicurativo.
Per "grandi interventi" si intendono quelli previsti nell'allegato elenco "Grandi Interventi".

- **Spese di Cura Pre-Post Intervento Chirurgico, Spese Fisioterapiche**

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, viene messa a disposizione dell'Assicurato un'ulteriore somma fino alla concorrenza di € 1.549,38, per spese sostenute entro i 90 giorni prima e/o dopo l'intervento chirurgico, con l'applicazione di una franchigia fissa di € 103,30 per evento.
Nell'ambito di tale somma vengono riconosciute le spese relative a cicli di trattamenti fisioterapici con un massimo di € 258,23 per sinistro e con franchigia fissa di € 103,30.
Le spese relative alla presente garanzia vengono riconosciute anche se non effettuate durante il ricovero.

- **Indennità Giornaliera in caso di ricovero**

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio indennizzabile a termine di polizza, verrà corrisposta una diaria giornaliera di € 103,30, dal 3° giorno al 14° giorno e una diaria di € 154,94 dal 15° giorno e sino al 90° giorno. Il 90° giorno è stabilito come massimo indennizzabile per anno assicurativo.
I primi due giorni di ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.
La presente garanzia non è cumulabile con il rimborso spese da ricovero.

- **Rimborso Spese per Cure Dentarie e/o Protesi Dentarie**

Nell'ambito della somma assicurata riferita alla garanzie "Rimborso Spese di Cura Ospedaliere" l'assicurazione comprende il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per cure dentarie, conseguenti ad infortunio, anche se non effettuate in regime di ricovero, con il limite di € 2.582,28 per anno assicurativo e con una franchigia fissa di € 103,30 per sinistro e fino ad un massimo di € 516,46 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.

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

In caso di applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, la Società riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario per sinistro, di € 154,94 elevabile a € 258,23 per esigenze *post* intervento chirurgico. Per infortuni che abbiano per conseguenza fratture al viso, alle costole, o lussazioni della spalla, saranno considerati come apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile le applicazioni o fasciature di ogni genere.

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

- **Premio**

Il premio lordo pro-capite, per calciatori fino a 14 anni, è stato fissato in € 8,26.

Viene stabilito un premio lordo minimo acquisito dalla Levante Norditalia S.p.A. di € 512,12.

C. NOTA INFORMATIVA PER LE POLIZZE ASSICURATIVE

Per una maggiore chiarezza operativa, di seguito riportiamo una Nota Informativa contenente le indicazioni che dovranno essere seguite dalle Società sportive aderenti alla Lega Nazionale Dilettanti, ai fini della corretta sottoscrizione delle coperture.

- **Modalità di Adesione**

- Compilazione della Scheda di Adesione (che alleghiamo in copia), che dovrà essere redatta in tutte le sue parti;
- Nella Scheda di Adesione dovranno essere indicati in particolare: il dettaglio dei campionati di categoria ai quali la Società sportiva partecipa tramite le sue squadre e l'elenco analitico (nome, cognome e data di nascita) delle persone da assicurare;
- Per i tesserati oltre i 14 anni, dovrà essere allegato il tabulato della Società sportiva, contenente tutti tesserati iscritti alla stessa;
- La compilazione della Scheda di Adesione dovrà essere fatta in duplice copia, in modo da inviarne una all'Agenzia Levante Norditalia S.p.A. - Cod. 997, Via A. Torlonia 16, 00161 - ROMA, ed una deve essere trattenuta presso la Società sportiva a corredo della pratica.

- **Pagamento del Premio**

- Il pagamento del premio di polizza, calcolato sulla base di premi lordi pro-capite indicati nei punti A. e B., dovrà essere effettuato tramite versamento sul conto corrente bancario n. 42600, intestato a Levante Norditalia Assicurazioni S.p.A. - Cod. 997, presso la Rolo Banca, Agenzia di Roma 12, Via del Caravaggio n. 47, ABI 3556.8, CAB 03222.7;
- Copia della ricevuta del bonifico bancario dovrà essere inviata all'Agenzia Levante Norditalia S.p.A. - Cod. 997, Via A. Torlonia 16, 00161 - ROMA, allegata alla Scheda di Adesione;
- Il premio annuale è indivisibile a prescindere dalla data della richiesta di adesione e di pagamento del premio.

- **Decorrenza dell'Assicurazione**

- L'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno dell'operazione di bonifico bancario;
- Ai fini della copertura assicurativa è fatto obbligo alla Società sportiva di inviare alla Levante Norditalia S.p.A., unitamente alla copia del bonifico bancario e della Scheda di adesione, l'elenco nominativo delle persone assicurate;
- In conseguenza della indivisibilità del premio annuale, la copertura avrà termine alle ore 24 del 30/06 di ogni anno.

- **Obblighi per la Società sportiva**

La Società sportiva che sottoscrive la copertura ha l'obbligo di indicare nome, cognome e data di nascita delle persone assicurate (calciatori fino a 14 anni di età, calciatori oltre 14 anni di età, allenatori e tecnici), riportando tali dati anagrafici negli elenchi allegati alla Scheda di Adesione.

- **Informazioni telefoniche**

Chiamando il numero telefonico 06 4416 1747, le Società Sportive ed i singoli tesserati aderenti alla Lega Nazionale Dilettanti, possono richiedere informazioni sulle Condizioni prestate con copertura assicurativa integrativa per calciatori oltre 14 anni, allenatori e tecnici e sulle Condizioni prestate con copertura assicurativa per calciatori fino 14 anni (cartellino rosa).

ALLEGATO INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA "GRANDI INTERVENTI"

CHIRURGIA GENERALE

COLLO - Resezione e plastiche tracheali.
ESOFAGO - Interventi per lesioni traumatiche.
TORACE - Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie.
STOMACO-DUODENO-INTESTINO TENUE - Resezione intestinale per via lapaoscopica. COLON-RETTO - Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia.
FEGATO E VIE BILIARI - Resezioni epatiche maggiori e minori.
- Anastomosi bilio-digestive.

PANCREAS-MILZA-SURRENE - Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia.

CHIRURGIA MAXILLO – FACCIALE
- Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore.
- Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale.
- Ricostruzione della mandibola con innesti ossei.
- Ricostruzione della mandibola con materiale alioplastico.

CARDIOCHIRURGIA
- Interventi per corpi estranei.
- Sutura del cuore per ferite.

NEOROCHIRURGIA
- Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali.
- Cranioplastiche ricostruttive.

CHIRURGIA VASCOLARE
- Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali).
- Interventi sulle arterie viscerali o renali.
- Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali).
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta.
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo.

CHIRURGIA ORTOPEDICA
- Artrodesi grandi segmenti.
- Artrodesi vertebrale per via anteriore.
- Artroprotesi totale di ginocchio.
- Artroprotesi di spalla.
- Artroprotesi di anca parziale e totale.
- Disarticolazione interscapolo – toracica.
- Emipelvectomia.
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi.
- Osteosintesi vertebrale.

CHIRURGIA UROLOGICA
- Neofrectomia polare.
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica.
- Resezione uretrale e uretrorrafia.

CHIRURGIA GINECOLOGICA
- Laparotomia per ferite o rotture uterine.

CHIRURGIA OCULISTICA
- Vitrectomia anteriore e posteriore.
- Trapianto corneale a tutto spessore.
- Orchiaggio per distacco di retina.

CHIRURGIA OTORINO LARINGOIATRIACA
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico.
- Laringectomia sopraglottica o subtotale.
- Laringetomie parziali verticali.
- Laringectomia e faringoiaringectomia totle.

Copertura assicurativa per l'attività della Lega Nazionale Dilettanti: Responsabilità civile terzi e dipendenti

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, ivi comprese le strutture periferiche, e tutte le Società partecipanti ai Campionato 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 delle quali debba rispondere.
L'Assicurazione è inoltre operante per la responsabilità civile personale dei Presidenti delle Società Sportive e degli Allenatori.

B) Responsabilità verso prestatori di lavoro (R.C.O.)
L'assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile:
•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.);
2.2) 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;
3.2) 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 sostante, 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 trovate sui veicoli sopraindicati.
La garanzia di cui al presente punto C) viene prestata con l'applicazione di una franchigia assoluta di *€. 516,45* per ogni veicolo danneggiato e/o per le cose trovate sullo stesso; si conferma che restano comunque esclusi i danni da furto, nonché i danni subiti da veicoli comunque in uso all'Assicurato.
Nel caso di danni ad 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 *€. 774,68* e con limite per sinistro e per anno assicurativo di *€. 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 *€. 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 *€. 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 4.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 coperture 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 12/6/1984 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 ESTENZIONI VARIE DI GARANZIE
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.

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
€. 5.164.568,99 per ogni sinistro, ma con limiti;
€. 5.164.568,99 per ogni persona deceduta che abbia subito lesioni personali;
€. 5.164.568,99 per danneggiamenti a cose, anche se appartenenti a più persone.
RESPONSABILITA' CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA
€. 5.164.568,99 per ogni sinistro ma con il limite di
€. 516.456,90 per ogni persona deceduta che abbia subito lesioni personali.
RESPONSABILITA' CIVILE PERSONALE DEL CALCIATORE
€. 25.822,84 per ogni sinistro.

FRANCHIGIA
Per danni a cose, la garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 774,68 per sinistro.

REGOLAZIONE DEL PREMIO
Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, e viene pertanto anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.
A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto all'Assicuratore il numero definitivo degli Associati e/o iscritti per ogni singola categoria di attività.
Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro il 31 Maggio dell'annualità successiva a quella cui si riferisce la regolazione.
La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore dell'Assicuratore.
Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Assicuratore deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Assicuratore di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.
Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.
Qualora per inesattezze od incomplete dichiarazioni del Contraente, la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, fermo l'obbligo del Contraente a versare all'Assicuratore la differenza dovuta, per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta l'Assicuratore è obbligato in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello dovuto per il detto periodo nei limiti dei massimali ridotti in uguale misura.
Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un adeguata rivalutazione del preventivo.
Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.
L'Assicuratore ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore di eseguire gli accertamenti.

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.
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.

ONERI FISCALI

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

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.
Levante Norditalia S.p.A

Copertura assicurativa per l'attività della Lega Nazionale Dilettanti: Tutela giudiziaria.

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

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

PENALE DOLOSO
L'assicurazione è estesa alla difesa in procedimenti penali per i delitti dolosi conclusisi 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.

REGOLAZIONE DEL PREMIO

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

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

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro il 31 Maggio dell'annualità successiva a quella cui si riferisce la regolazione.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore dell'Assicuratore.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Assicuratore deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Assicuratore di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

Qualora per inesattezze od incomplete dichiarazioni del Contraente, la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, fermo l'obbligo del Contraente a versare all'Assicuratore la differenza dovuta, per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, l'Assicuratore è obbligato in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello dovuto per il detto periodo nei limiti dei massimali ridotti in uguale misura.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una adeguata rivalutazione del preventivo.

Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

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

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.

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.

ONERI FISCALI

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

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.

Copertura assicurativa per l'attività della Lega Nazionale Dilettanti: Procedure da seguire in caso di sinistro

PROCEDURE DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere trasmessa all'Assicuratore dall'infortunato (o dai suoi aventi causa) servendosi dell'apposito **Numero Verde 800.903407** che fa capo all'Ufficio Gestione L.N.D. o inviata tramite lettera raccomandata o via fax, alla struttura centralizzata che gestisce i sinistri in oggetto.

1°fase operativa (ricezione della denuncia, apertura del sinistro ed invio modulo) - chiamando il numero verde (digitando 1) l'Infortunato attiverà l'apertura del sinistro presso il centro servizi dell'Assicuratore
- alla **denuncia telefonica,** viene contestualmente creato il modulo di denuncia al quale viene dato un suo NUMERO di riferimento SINISTRO
- gli operatori richiederanno i dati utili all'apertura del sinistro e forniranno all'Infortunato (o ai suoi aventi causa) tutte le informazioni utili alla compilazione ed al successivo invio al centro servizi del modulo di denuncia.
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.
Dati richiesti dall'operatore al momento della denuncia telefonica : nome della squadra di calcio di appartenenza – indirizzo – n° di matricola della squadra – comitato regionale di appartenenza – n° fax a cui inviare il modulo di denuncia del sinistro (il modulo sarà inviato dal centro servizi via posta ordinaria qualora non sia possibile via fax) - tutti i dati dell'Assicurato (cognome nome, residenza, data nascita) – descrizione sintetica del sinistro.
Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato entro quindici giorni dal fatto.
La denuncia, firmata dall'Assicurato o dai suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal maggiore esponente della Società Sportiva.

2° fase operativa (restituzione del modulo di denuncia compilato e della documentazione relativa all'infortunio al centro liquidazione sinistri dell'Assicuratore).
L'Infortunato dovrà **anticipare** il modulo compilato inviandolo al n° di fax 06-4817974.
Quindi in allegato alla relativa documentazione (**certificato di guarigion**e, fatture in originale, certificati anche in copia) inviarlo via posta raccomandata R.R. presso Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma
citando sulla busta :
Centro Liquidazioni Sinistri – Lega Nazionale Dilettanti
Centro Servizi INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.p.A.

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 prescrittegli 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.
Per tutte le comunicazioni l'Infortunato è tenuto a citare il NUMERO SINISTRO, riportato nel modulo di denuncia (di cui ai precedenti paragrafi).

Tutta la documentazione di cui al punto 5 e 6 può essere inviata in un'unica soluzione al momento della redazione del 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 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.

3° fase operativa " **Criteri di liquidazione".**
Arrivo della documentazione presso il centro liquidazione sinistri.
Se documenti incompleti. L'ufficio liquidazione invia mezzo fax presso la sede della Società Sportiva o posta prioritaria al domicilio dell'Infortunato una lettera di richiesta documentazione (mancante o da inoltrare in originale).
La pratica resterà sospesa in attesa di ricevere i documenti mancanti.
Se documenti completi (qualora le spese e/o l'indennizzo IP rientrano nelle garanzie di polizza e non sono assorbite dalle franchigie previste)
si liquida :
- il rimborso delle spese mediche presentate, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. Il rimborso viene effettuato tramite emissione di assegno circolare a favore dell'Infortunato ;
- l'indennità sostitutiva del ricovero (in assenza di spese mediche), entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuato tramite emissione di assegno circolare a favore dell'Infortunato ;
- l'indennità forfetaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamobivile, in presenza di certificato in originale che certifichi l'applicazione e la rimozione dello stesso, entra 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuato tramite emissione di assegno circolare a favore dell'Infortunato ;
- l'indennizzo delle Lesioni, entro 30 giorni dalla chiusura del sinistro, nella misura prevista dalla Tabella Lesioni. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata tramite emissione di assegno circolare a favore dell'Infortunato. Per importi superiori ad Euro 7.746,85 l'Infortunato dovrà firmare la quietanza che dovrà restituire all'Assicuratore. Resta inteso che per la valutazione e liquidazione dell'indennizzo l'Infortunato dovrà, in presenza di postumi, entro sei mesi (periodo di stabilizzazione) dalla data del certificato di guarigione richiedere di essere sottoposto a visita medico legale. In questo caso l'ufficio liquidazione provvederà a nominare il medico legale per competenza territoriale dando contestuale comunicazione al domicilio dell'Infortunato. Sarà poi cura dell'Infortunato e del medico legale concordare la data della visita.
non si liquida e si invia, via fax presso la Sede della Società o mezzo posta prioritaria al domicilio dell'infortunato, lettera di reiezione:
- quando le spese mediche o l'indennità sostitutiva del ricovero o l'indennità forfetaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzo e inamovibile, non rientrano tra le garanzie di polizza o sono assorbite dalla franchigia.
In tutti i casi si **restituisce la documentazione** solo su richiesti dell'Infortunato.

4°fase operativa (informazioni sulla liquidazione dei sinistri)
Chiamando il numero verde **800.903407 (digitando 2)** l'Infortunato ha accesso diretto all'ufficio gestione sinistri per i seguenti servizi :
- informazioni sullo stato del sinistro, tutti i giorni dell'anno 24h su 24h;
- informazioni sulla liquidazione/pagamento del sinistri, dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00.
Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'Infortunato (o i suoi aventi causa) dovranno sempre fornire il numero sinistro per avere accesso ai dati.
Collegandosi all'indirizzo www.levantenorditalia.it/lnd, sono disponibili nell'Area riservata alla Lega Nazionale Dilettanti, le pagine Web della Levante Norditalia S.p.A..
In particolare è possibile consultare :
- le garanzie attive per tutti i tesserati;
- le garanzie Integrative e Facoltative e modalità di adesione;
- come fare per denunciare un Sinistro;
- la posizione del sinistro.
Tutte le sezioni sono di libera consultazione tranne che per la sezione " Posizione Sinistro ". In tale sezione,ottemperando alla legge 675/96, per poter accedere alla consultazione bisogna indicare i seguenti codici identificativi (in possesso solo dell'interessato):
- n° sinistro;
- data di accadimento del sinistro.

Copertura assicurativa per l'attività della Lega Nazionale Dilettanti: Tutela sanitaria

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 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..

P R E S T A Z I O N I

1) CENTRALE OPERATIVA
L'Assicuratore mette a disposizione la sua Centrale Operativa 24 ore su 24, per 365 giorni l'anno.

2) TRASPORTO IN AMBULANZA
L'Assicuratore, in caso di infortunio o malattia (infarto cardiaco, ictus, trombosi celebrale, 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.

3) INVIO DI UN MEDICO
Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa (infarto cardiaco, ictus, trombosi celebrale, 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 ricercarlo e ad inviarlo al domicilio dell'Assicurato, tenendone a proprio

carico il costo fino ad un massimo di €uro 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 dell'Assicuratore stabilisce i necessari contatti con i medici curanti dell'Assicurato allo scopo di seguire l'evoluzione della sua patologia, informando i famigliari sull'evoluzione della stessa.

5) TRASFERIMENTO SANITARIO
Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa (infarto cardiaco, ictus, trombosi celebrale, embolia, rottura aneurisma), avvenuto sul campo da gioco, debba essere necessariamente trasferito, d'intesa fra il medico curante ed i medici dell'Assicuratore per una patologia non oggettivamente curabile nell'ambito delle strutture sanitarie ed ospedaliere della Regione italiana di residenza, l'Assicuratore provvederà ad organizzare e ad effettuare il trasferimento, tenendone a proprio carico i costi fino ad un massimo di €uro 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, l'Assicuratore terrà a proprio carico le sole spese di organizzazione del servizio.

6) RIENTRO AL DOMICILIO A SEGUITO DI DIMISSIONE OSPEDALIERA
Usufruendo della precedente prestazione "Trasferimento sanitario dal domicilio", l'Assicuratore al momento delle dimissioni dell'Assicurato organizza il suo rientro al domicilio, se regolarmente richiesto da documentazione medica, fino ad un massimo di €uro 258,22=, con i seguenti mezzi:
- L'ambulanza;
- L'aereo di linea (anche barellato)

7) ASSISTENZA INFERMIERISTICA
Nella sola settimana successiva al rientro dall'Ospedale dell'Assicurato, dimesso dopo un ricovero di oltre 30 giorni, in seguito ad infortunio o malattia improvvisa (infarto cardiaco, ictus, trombosi cerebrale, embolia, rottura aneurisma), avvenuto durante una gara ufficiale di campionato, in un centro specializzato per il cui trasporto sia intervenuta l'Assicuratore secondo quanto riportato nelle precedenti prestazioni, e qualora fosse necessario e richiesto da idonea certificazione medica, la Società procurerà un infermiere/a per assisterlo domiciliarmente e ne terrà a proprio carico gli onorari fino ad un massimo di €uro 258,22 per evento. In caso di richiesta del servizio per eventi accaduti al di fuori del campo da gioco, l'Assicuratore terrà a proprio carico le sole spese di organizzazione del servizio.

8) 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.

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.

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.

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

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.

TABELLA LESIONI

LESIONI APPARATO SCHELETRICO

	TOTALE
CRANIO	
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TAL	**1.084,56**
FRATTURA SFENOIDE	**774,69**
FRA TTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALA TINO O LINEE DI FRA TTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	**464,81**
FRATTURA LEFORT l° (dístacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	**619,75**
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	**1.084,56**
FRATTURA ETMOIDE	**464,81**
FRATTURA OSSO LACRIMALE 0 JOIDEO 0 VOMERE (non cumulabíle)	**309,87**
FRATTURA OSSA NASALI	**387,34**
FRATTURA MANDIBOLARE(PER LATO)	**619,75**
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA CORPO lll°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	**4.648,11**
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI II°-III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	**774,69**
FRATTURA CORPO II° VERTEBRA	**6.197,48**
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO 0 PROCESSI ARTICOLARI) I-	**7.746,85**
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO DALLA l° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	**624,91**
FRATTURA DEL CORPO Xll° VERTEBRA	**3.873,43**
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA Xll° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	**315,04**
TRATTO LOMBARE	
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	**3.873,43**
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA l° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	**315,04**
OSSO SACRO	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	**624,91**
COCCIGE	
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	**619,75**
BACINO	
FRTTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	**464,81**
FRATTURA ACETABOLARE(PER LATO)	**2.324,06**
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA(PER LATO)	**635,24**
FRATTURA STERNO	**309,87**
FRATTURA DI UNA COSTA(COMPOSTA)	**77,47**
FRATTURA DI UNA COSTA(SCOMPOSTA)	**232,41**
FRATTURA SCAPOLA(PER LATO)	**464,81**
ARTO SUPERIORE (DX o Sn)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	**469,98**
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	**929,62**
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	**929,62**
AVAMBRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	**304,71**
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO(FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICO	**619,75**
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO(FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	**619,75**
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	**304,71**
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	**619,75**
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	**619,75**
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	**774,69**
FRATTURA SEMILUNARE	**464,81**
FRATTURA PIRAMIDALE	**309,87**
FRATTURA PISIFORME	**154,94**

FRA T-TURA TRAPEZIO	**309,87**
FRATTURA TRAPEZOIDE	**309,87**
FRATTURA CAPITATO	**309,87**
FRATTURA UNCINATO	**309,87**
FRATTURA l° METACARPALE	**929,62**
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	**464,81**
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
POLLICE	**619,75**
INDICE	**464,81**
MEDIO	**464,81**
ANULARE	**309,87**
MIGNOLO	**464,81**
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
POLLICE	**464,81**
INDICE	**387,34**
MEDIO	**309,87**
ANULARE	**154,94**
MIGNOLO	**309,87**
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	**309,87**
MEDIO	**154,94**
ANULARE	**154,94**
MIGNOLO	**309,87**

ARTO INFERIORE(DX o Sx)

FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	**929,62**
EPIFISI PROSSIMALE (Delímitata dal collo chirurgico)	**3.098,74**
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	**1.549,37**
FRATTURA ROTULA	**619,75**
FRATTURA TIBIA	
DIAFISARIA	**464,81**
ESTREMITA'SUPERIORE (eminenza intercondíloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	**779,85**
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	**785,01**
FRATTURA PERONE	
DIAFISARIA	**309,87**
ESTREMRTA' SUPERIORE(capitello o faccetta articolare tibiale)	**464,81**
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	**619,75**
PIEDE	
TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	**2.065,83**
FRATTURA CALCAGNO	**3.873,43**
FRATTURA SCAFOIDE	**464,81**
FRATTURA CUFOIDE	**619,75**
FRATTURA CUNEIFORME	**154,94**
METATARSI	
FRATTURA l° METATARSALE	**619,75**
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	**309,87**
FALANGI	
FRATTURA ALLUCE (I° o II° Falange)	**387,34**
FRATTURA I° o II° o III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	**154,94**
LESIONI PARTICOLARI	
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (con estensione breccia oltre 10 cm)	**12.911,42**
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (con estensione breccia fino a 10 cm)	**1.239,50**
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	**2.582,28**
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	**11.625,44**
ESITI EPATECTOMIA (oltre un mezzo del parenchima)	**10.329,14**
GASRTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	**30.987,41**
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola íleo-cecale) -non cumulabile-	**15.493,71**
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) --non cumulabile-	**30.987,41**
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA'DEL RETTO -non cumulabile-	**11.620,28**
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	**30.987,41**
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	**77.468,53**
COLECISTECTOMIA -non cumulabile-	**790,18**
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	**630,08**
SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	**950,28**
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatící e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	**1.549,37**
PORTATORE A SINTOMATICO A NTICORPO POSMVO (HIV +)	**619,75**
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE -non cumulabíle-	**38.760,09**
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chírurgicamente)	**475,14**
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgícamente)	**785,01**
LOBECTOMIA POLMONARE	**11.625,44**
PNEUMONECTOMIA	**23.240,56**
PROTESI SU AORTA TORACICA	**15.498,87**
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	**11.625,44**
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	**27.113,99**
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	**21.691,19**
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	**77.468,53**
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	**9.296,22**
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	**38.734,27**
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	**23.240,56**

CORDECTOMIA	**11.589,29**
EMILARINGECTOMIA	**19.336,15**
LARINGECTOMIA	**38.703,28**
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	**77.468,53**
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	**1.239,50**
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	**11.620,28**
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima-trattata/e chirurgicamente-)	**1.234,33**
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgícamente)	**640,41**
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	**15.519,53**
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	**19.392,96**
PATELLECTOMIA TOTALE	**4.648,11**
PATELLECTOMIA PARZIALE	**2.065,83**
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	**774,69**
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	**21.691,19**
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	**23.240,56**
ISTERECTOMIA (non cumulabíle)	**15.519,53**
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	**23.266,38**
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	**800,51**

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabíle-	**1.389,27**
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	**774,69**
R0TTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	**1.084,56**
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO -valore massimo per ogni dito-	**459,65**
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE -non cumulabíle-	**924,46**
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	**619,75**
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	**1.084,56**
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	**1.549,37**
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE	**469,98**
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE	**635,24**
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	**929,62**
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA -non cumulabíle-	**779,85**
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)-valore massimo per ogni dito-	**387,34**
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE	**619,75**
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	**2.324,06**
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	**309,87**
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	**154,94**
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO	**774,69**
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE -non cumulabili tra loro-	**1.249,83**
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI -non cumulabili tra loro-	**397,67**
LESIONE TENDINE ROTULEO	**387,34**
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA -non cumulabili tra loro-	**929,62**

AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	**77.468,53**
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	**77.468,53**
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	**77.468,53**
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	**40.283,64**
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	**44.931,75**
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	**43.382,38**
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	**38.734,27**
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	**34.086,16**
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	**34.860,84**
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	**32.536,78**
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	**36.410,21**
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	**29.438,04**
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	**33.311,47**
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	**30.987,41**
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	**24.789,93**
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	**28.663,36**
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	**23.240,56**
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	**27.113,99**
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	**27.113,99**
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	**21.691,19**
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	**25.564,62**
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	**18.592,45**
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	**17.043,08**
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	**20.916,50**

AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE		**13.944,34**
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO		**17.817,76**
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO		**15.493,71**
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE		**15.493,71**
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE		**10.845,59**
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO		**1.549,37**
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE		**1.084,56**
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO		**9.296,22**
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE		**10.070,91**
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE		**774,69**
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO		**542,28**
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE		**387,34**
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO		**697,22**
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE		**1.549,37**
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	**1.239,50**	
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	**929,62**	
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	**1.394,43**	
ARTO INFERIORE		
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra dellametà della coscia)	**77.468,53**	
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al dí sopra dei ginocchio)	**77.468,53**	
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al dí sotto dei ginocchio)	**77.468,53**	
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	**38.734,27**	
PERDITA DI UN PIEDE	**34.860,84**	
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	**20.916,50**	
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	**77.468,53**	
PERDITA DELL'ALLUCE	**929,62**	
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	**464,81**	
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	**154,94**	
PERDITA DI TUTTE LE DITA DEL PIEDE	**1.549,37**	
SINDROMI CORTICALI TRAUMATICHE		
SINDROME PREFRONTALE (demenza incompleta)	**20.658,28**	
SINDROME PREFRONTALE (demenza completa)	**77.468,53**	
SINDROME PREMOTORIA	**12.911,42**	
SINDROME AREA MOTORIA (emiplegia completa)	**77.468,53**	
SINDROME AREA MOTORIA MONOPARESI ARTO SUPERIORE	**10.329,14**	
SINDROME AREA MOTORIA MONOPLAGIA ARTO SUPERIORE ED INFERIORE	**25.822,84**	
SINDROME AREA MOTORIA MONOPARESI ARTO INFERIORE	**10.329,14**	
SINDROME TEMPORALE	**15.493,71**	
SINDROMI SOTTOCORTICALI TRAUMATICHE		
SINDROME TALAMICA	**77.468,53**	
EPILESSIA TRAUMATICA		
SALTUARIE CRISI CONVULSIVE	**2.582,28**	
SALTUARIE CRISI CONVULSIVE GENERALIZZATE	**30.987,41**	
SINDROME DEMENZIALE TRAUMATICA ASSOCIATA A CRISI EPILETTICHE	**77.468,53**	
LESIONI NERVI CRANICI	**7.746,85**	
LESIONE CEREBELLARE MONOLATERALE	**30.987,41**	
LESIONE CEEBELLARE BILATERALE	**77.468,53**	
LESIONE MIDOLLO SPINALE	**7.746,85**	
PARALISI GRANDE SCIATICO	**23.240,56**	
PARALISI SCIATICO-POPLITEA-ESTERNO	**10.329,14**	
PARALISI SCIATICO-POPLITEO-INTERNO	**2.582,28**	
PARALISI CRURALE	**10.329,14**	

Copertura obbligatoria dei sinistri dei Dirigenti delle Società della L.N.D., in ottemperanza al disposto di cui all'art. 51, della Legge 289/2002, che forma parte integrante della polizza stipulata tra la Lega Nazionale Dilettanti e la CARIGE Assicurazioni (nuova denominazione della Levante Norditalia Assicurazioni), pubblicata sul Comunicato Ufficiale dell'1 luglio 2003 n. 5 e sul sito web: **www.lnd.it**

Tale polizza ha effetto dalle ore 24:00 del 30 giugno 2003 e scadenza alle ore 24:00 del 30 giugno 2004.
Ogni singola Società partecipante al Campionato Nazionale Dilettanti ed ai Campionati di Serie A, A/2 e B delle Divisioni Calcio Femminile e Calcio a Cinque, dovrà corrispondere un premio forfetario annuale pari a Euro 80,00; ogni singola Società partecipante ai Campionati di Eccellenza, Promozione e Prima Categoria, dovrà corrispondere un premio forfetario annuale pari a Euro 60,00; ogni singola Società partecipante a tutti gli altri Campionati della L.N.D., ad eccezione dell'attività Amatoriale e Ricreativa, dovrà corrispondere un premio forfetario annuale pari a Euro 40,00.

Polizza	Ramo/Sottoramo	Prodotto	Appendice n.	Codice Agenzia
997/44064	**70/1**	**16004**	**11**	**997**

CONTRAENTE	**LEGA NAZIONALE DILETTANTI**
C.F./P.I.	**08272960587/02006911008**
DOMICILIO	**VIA PO, 36 - 00198 ROMA**

Effetto ore 24.00 del **30/06/2003**	Scadenza ore 24.00 del **30/06/2004**

Con la presente appendice che forma parte integrante della surriferita polizza, si conviene tra le parti di inserire il Settore "DIRIGENTI", disciplinato e normato come dalle condizioni che seguono.

Settore "DIRIGENTI"

Sezione A – COPERTURA ASSICURATIVA DA AFFILIAZIONE

PERSONE ASSICURATE
si intendono assicurati i Dirigenti delle società sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, tesserati alla Lega Nazionale Dilettanti, per gli infortuni che dovessero subire esclusivamente durante lo svolgimento delle attività prestate in qualità di Dirigenti, secondo il proprio mandato, comprese missioni e trasferimenti, con esclusione dell'attività sportiva.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, in base alle dichiarazioni rese ed alle condizioni tutte del presente contratto, indennizza le persone Assicurate per le garanzie in seguito elencate, sino alla concorrenza dei seguenti capitali assicurati per persona, così come previsto nell'Art. 11 - Capitali assicurati, del presente Settore:

	CAPITALI ASSICURATI	
Caso Morte	**€uro 10.000,00**	
Caso Invalidità Permanente	**€uro 10.000,00**	**franchigia assoluta 5%**

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Settore "DIRIGENTI"

Sezione A – COPERTURA ASSICURATIVA DA AFFILIAZIONE

Definizioni
Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

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).

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.

Invalidità Permanente:
perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi.

Polizza:
il documento che prova l'assicurazione.

Premio:
la somma dovuta alla Società.

Rischio:
la probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro:
il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società:
La Carige Assicurazioni S.p.A.

Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività di Dirigente delle società sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, secondo le regole del proprio mandato.
Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte oppure una invalidità permanente.
Sono considerati infortuni anche:
- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- la folgorazione;
- le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti e delle ernie;
- quelli sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- quelli subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- quelli conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana e per legittima difesa;
- l'avvelenamento del sangue e infezione, escluso il virus H.I.V., sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa.

Art. 2 - 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. 3 - 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 requisisti per il rinnovo;
c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dall'Art. 13 - Rischio Volo, della presente polizza;
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, calcistiche, 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) di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta, non dichiarata;
l) da guerra, insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
m) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
n) direttamente o indirettamente da contaminazione biologica e/o chimica e 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, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 16 - Controversie - Arbitrato irritale, della presente polizza.
p) le Forze Armate, sia nella globalità che per l'attività professionale dei singoli, fatta eccezione per i singoli appartenenti al Corpo dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia di Stato e Corpo Forestale dello Stato.
q) gli equipaggi aerei.
r) le infezioni del virus H.I.V. anche se derivanti da infortunio.

Art. 4 - Persone non assicurabili

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetta da: alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal testo H.I.V., sindrome di immunodeficienza acquisita né dalle sindrome 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. 19 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, della presente polizza.
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. 5 - Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.
Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vorrebbero restituiti al Contraente, al netto dell'imposta.

Art. 6 - 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.

Art. 7 - 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. 9 - Invalidità Permanente, della presente polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 8 - 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. 9 - Invalidità Permanente

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) 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.

Estratto della tabella delle valutazioni del grado di invalidità

	Percentuali	
	Destro	*Sinistro*
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazion protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente Compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	

	Percentuali	
	Destro	*Sinistro*
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza Limitazione del movimento del braccio	5	
ita del braccio: a) a) per disarticolazione scapolo-omerale b) b) per amputazione al terzo superiore	 85 80	 75 70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione		

coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65
Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo Superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16
Perdita totale del solo alluce	7
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3

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

Art. 10 - Persone Assicurate

Con la presente Assicurazione si intendono assicurati i Dirigenti delle società sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, tesserati alla Lega Nazionale Dilettanti, per gli infortuni che dovessero subire esclusivamente durante lo svolgimento delle attività prestate in qualità di Dirigenti, secondo il proprio mandato, comprese missioni e trasferimenti,con esclusione dell'attività sportiva.

Art. 11 - Capitali Assicurati

La presente Assicurazione si intende prestata, per ogni singola persona Assicurata, per le seguenti somme assicurate:

- § per il caso Morte €uro 10.000,00=;
- § per il caso Invalidità Permanente €uro 10.000,00=.

Art. 12 - Franchigia assoluta del 5% per il caso di Invalidità Permanente

Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 5%.
Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.
Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 25% della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 13 - Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei - turistici o di trasferimento - effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

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

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

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

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

Art. 14 - Calamità naturali

La garanzia vale anche per gli infortuni causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni. Resta convenuto che in caso di sinistro che colpisca più persone assicurate, con la presente polizza, l'esborso massimo della Società non potrà comunque superare la somma stabilita all'Art. 15 - Limitazione della garanzia per sinistri catastrofici, della presente polizza.

Art. 15 - Limitazione della garanzia per sinistri catastrofici

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di €. 5.165.000,00.
Qualora gli indennizzi liquidabili à termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 16 - Controversie - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 7 - Criteri di indennizzabilità, della presente polizza, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.
Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
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.
È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 17 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio ad esclusione degli infortuni derivanti da circolazione su strada.

Art. 18 - Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art. 8 - Morte, della presente polizza, (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

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

Art. 19 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 20 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 c.c..

Art. 21 - Esonero dalla denuncia di infermità pregresse

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare infermità, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti o che dovessero in seguito sopravvenire.

E’ tuttavia espressamente confermato che l’indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo il disposto dell’Art. 7 - Criteri di indennizzabilità, della presente polizza.

Art. 22 - Identificazione delle persone assicurate

Il Contraente è esonerato dall’obbligo della preventiva denunzia 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.

Art. 23 - Pagamento del premio

L’assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l’assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell’art. 1901 c.c..
I premi devono essere pagati all’Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 24 - Modifiche dell’assicurazione

Le eventuali modificazioni dell’assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 25 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.
Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all’indennizzo, nonché la stessa cessazione dell’assicurazione, ai sensi dell’art. 1898 c.c..

Art. 26 - Diminuzione del rischio

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

Art. 27 - Obblighi dell’Assicurato o del Contraente in caso di sinistro

In caso di sinistro, 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 questo 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 prescrittegli 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.
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.

Art. 28 - 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.

Art. 29 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 30 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 31 - Foro competente

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

Art. 32 - Ininfluenza degli obblighi assicurativi di legge

Ai fini della presente assicurazione è ininfluente qualsiasi obbligo dovesse derivare al Contraente da leggi vigenti o future.

Art. 33 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 34 - Pagamento del premio e decorrenza della copertura assicurativa

A parziale modifica di quanto disposto all'Art. 23 - Pagamento del premio, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 30/06/2003, ferma restando la facoltà del Contraente di pagare l'importo indicato, entro e non oltre le ore 24 del 30/09/2003.

Art. 35 - Precisazione sulla Copertura

In caso di infortunio che colpisca i dirigenti delle società sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività di assistente all'arbitro durante le gare ufficiali, le garanzie di cui al presente Settore "DIRIGENTI" non saranno operanti, ma troveranno applicazione le garanzie generali della polizza infortuni.

IL CONTRAENTE **CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A.**

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 16 - Controversie - Arbitrato irrituale
- Art. 20 - Altre assicurazioni
- Art. 29 - Proroga dell'assicurazione

IL CONTRAENTE

Informativa sulla procedura operativa di apertura dei sinistri relativi alla polizza della "CARIGE Assicurazioni" (nuova denominazione della Levante Norditalia Assicurazioni), concernente i tesserati con le Società della Lega Nazionale Dilettanti, pubblicati sul Comunicato Ufficiale dell'1 luglio 2003 n. 4 e sul sito web: **www.lnd.it**

Procedure da seguire IN CASO DI SINISTRO per gli assicurati LND

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere trasmessa alla Società dall'Infortunato (o dai suoi aventi causa) 24H/24 di tutti i giorni servendosi dell'apposito **Numero Verde 800 903 407** che fa capo all'Ufficio Gestione Sinistri LND o inviata tramite lettera raccomandata alla struttura centralizzata che gestisce i sinistri in oggetto.

1° fase operativa: "ricezione della denuncia, apertura del sinistro".

- **chiamando** il numero verde (digitando 1), l'Infortunato attiverà l'apertura del sinistro presso il centro servizi della Società;
- alla **denuncia telefonica** viene contestualmente assegnato un Numero di riferimento SINISTRO e uno di DOSSIER.
- gli operatori richiederanno i dati utili all'apertura del sinistro e forniranno all'Infortunato (o ai suoi aventi causa) il numero di riferimento SINISTRO e di DOSSIER, nonché tutte le informazioni utili alla compilazione ed al successivo invio al Centro Servizi del Modulo di Denuncia.

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

Dati richiesti dall'operatore al momento della denuncia telefonica: nome, indirizzo e dati anagrafici dell'assicurato, nome e indirizzo, recapiti società e dati di tesseramento.

La denuncia della morte, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che l'hanno determinata, corredata dalla documentazione atta ad accertare l'indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto entro 15 giorni

dall'evento stesso o dal momento in cui il Contraente o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 c.c.. La denuncia dovrà essere anticipata via telegramma.
La denuncia, firmata dall'Infortunato o dai suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal Presidente della Società affiliata LND .

2° fase operativa: "invio in un'unica soluzione del Modulo di Denuncia Sinistro compilato e della documentazione relativa all'infortunio ed alle spese mediche sostenute, al Centro Liquidazione Sinistri della Società" entro 1 anno dalla data dell'infortunio.
Qualora questo non fosse possibile, l'Infortunato dovrà comunicare l'impossibilità ad adempiere a questi termini a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno .
L'invio del Modulo di Denuncia Sinistro e della documentazione(completa di certificato di guarigione) deve essere effettuato dall'assicurato a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno .
Tutte le comunicazioni dovranno essere inviate:
Centro Liquidazioni Sinistri LND – Carige Assicurazioni S.p.A
Centro Servizi INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.p.A.
Via Antonio Salandra, 18 - 00187 ROMA
Per tutte le comunicazioni l'Infortunato è tenuto a citare il Numero di SINISTRO, riportato nel Modulo di Denuncia Sinistro (di cui ai precedenti paragrafi).

3° fase operativa: "Criteri di liquidazione".
Arrivo della documentazione presso il Centro Liquidazione Sinistri.

- **Se i documenti sono incompleti.**

L'Ufficio Liquidazione Sinistri invia mezzo fax/posta/e-mail presso la sede della Società Sportiva ed e all'Infortunato una lettera di richiesta documentazione (mancante o da inoltrare in originale).
La pratica resterà sospesa in attesa di ricevere i documenti mancanti.

- **Se i documenti sono completi**

si liquida:

- la morte dell'iscritto, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuata tramite emissione di assegno per traenza a favore degli eredi legittimi o testamentari;
- il rimborso spese a seguito di infortunio e l'indennità tabella lesioni, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa e del certificato di guarigione. La liquidazione viene effettuato tramite emissione di assegno per traenza a favore dell'Infortunato.

non si liquida:
verrà inviata una lettera di reiezione, via fax/posta/email presso la sede della Società Sportiva e all'infortunato.
In tutti i casi si **restituisce la documentazione** solo su richiesta scritta dell'Infortunato.

4° fase operativa: "informazioni sulla liquidazione dei sinistri".
Chiamando il numero verde **800 903 407 (digitando 2)**, l'Infortunato ha accesso diretto all'Ufficio Gestione Sinistri per informazioni sulla liquidazione/pagamento dalle 09:00 alle 13:00 e dalle 15:00 alle 19:00 di tutti i Martedì e Giovedì e il Venerdì dalle 9:00 alle 13:00.
Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'Infortunato (o i suoi aventi causa), dovranno sempre fornire il numero sinistro per avere accesso ai dati.
Verranno fornite informazioni riguardo ai sinistri solo ed esclusivamente a chiusura degli stessi.