



POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

sezione Infortuni

- per "Assicurato": il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;
- per "Assicurazione": il contratto di Assicurazione;
- per "Contraente": la persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione;
- per "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, in percentuale o in punti.);
- per "Frattura": Una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio;
- per "Indennizzo": la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per "Infortunio": ogni 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;
- Per "Istituto di cura": ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza medico ospedaliera;
- Per "Invalidità Permanente": Perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi;
- Per "Lesione": Ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella tabella allegata, purchè determinata da infortunio.
- Per "Polizza": il documento che prova l'Assicurazione;
- Per "Post ricovero": Periodo di convalescenza successivo al ricovero
- per "Premio": la somma dovuta alla Società;
- per "Ricovero": La degenza comportante il pernottamento nell'istituto di cura;
- Per "Rischio": la probabilità che si verifichi il sinistro
- Per "Sinistro": il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
- Per "Società": Il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto





POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

Art. 1) Oggetto dell'assicurazione

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

Sono considerati infortuni anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) 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;
- d) l'annegamento;
- e) l'assideramento o il congelamento;
- f) i colpi di sole o di calore o di freddo;
- g) la folgorazione;
- h) le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti e delle ernie;
- i) 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;
- j) quelli subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- k) quelli conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana per legittima difesa;
- l) l'avvelenamento del sangue e infezione, 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 art. 1900 e 1912 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 in caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dall'Art. 12) "Rischio volo";
- d) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccia, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, hockey, rafting, canoa fluviale, rugby, football americano, paracadutismo e sport aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati;
- i) da guerra, insurrezione, movimento tellurico, inondazioni od eruzione vulcanica;
- j) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- k) direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.

Sono altresì escluse:

- l) 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;





POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto 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. 29) "Controversie - Arbitrato irritale".
- le invalidità preesistenti alla data dell'evento denunciato

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 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. 16) "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

Art. 5) Limite di età

L'Assicurazione per le persone in cat A) vale per le persone tesserate con la Contraente di età non superiore a 20 anni; per le persone in cat.B) vale per le persone di età non superiore a 75 anni.

Le persone che raggiungono tali età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio.

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 e in valuta corrente.

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", delle presenti Norme, 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.





POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

Art. 9) Invalidità permanente da Infortunio

a) Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente definitiva, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per tale garanzia, secondo la tabella annessa al T.U. sull'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 - per l'industria - e successive modificazioni con rinuncia da parte della Società all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale.

La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

b) In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili.

Art. 10) Franchigia assoluta del 5% per il caso di Invalidità Permanente

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente di grado pari o inferiore al 5% della totale.

Per invalidità permanenti conseguenti a ciascun evento coperto dalle prestazioni della presente polizza, con postumi invalidanti superiori a detta percentuale, l'indennizzo viene liquidato solo per la percentuale permanente eccedente i primi cinque punti di invalidità.

Art. 11) 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 pericardio 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 con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio), verificatasi durante l'esercizio dell'attività sportiva, sul campo o entro il limite sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa.

La garanzia del presente articolo è operante a condizione che l'infortunato risultasse idoneo allo svolgimento dell'attività sportiva e altresì in regola con le visite mediche annuali o di maggior frequenza previste dalle vigenti disposizioni regolamentari.

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





POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

Art. 12) 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 o con velivoli di proprietà della Contraente o dell'Assicurato.

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 riferiti 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. 13) Virus H.I.V.

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

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

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





POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

Art. 14) 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 di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° 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 alla Società o a questa per il tramite dell'intermediario incaricato a tale scopo dalla Contraente.

Art. 15) Calcolo del premio, premio minimo e rate future.

Essendo il premio convenuto in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio fluttuanti, esso viene definito nell'importo risultante dal conteggio esposto in Polizza e alla fine di ogni ulteriore periodo assicurativo secondo le risultanze delle variazioni, intervenute durante l'antecedente periodo, negli elementi presi come base per il conteggio del Premio, fermo il Premio annuo minimo stabilito in euro 150.000,00 (centocinquantamila) per questo contratto.

A tale scopo entro 90 giorni dopo la fine di ogni periodo assicurativo devono essere forniti per iscritto alla Società i dati necessari per la corretta ed aggiornata determinazione della rata annuale successiva.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle eventuali differenze attive dovute, il Premio versato in anticipo in via provvisoria per le rate successive, viene considerato a garanzia e l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del Contratto.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente/Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 16) 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. 17) Altre assicurazioni

Il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da essi stipulate con altre Società per i medesimi rischi.

Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, se prevista, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

Art. 18) Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere approvate e provate per iscritto.

Art. 19) Aggravamento del rischio

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

Gli aggravamenti del rischio non noti o non accertati 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..





POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

Art. 20) Diminuzione del rischio

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

Art. 21) Identificazione delle persone assicurate

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia 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.

Art. 22) Esonero denuncia infermità

Il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui l'Assicurato fosse affetto al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato quanto disposto dall'Art. 7) "Criteri di Indennizzabilità" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 23) Regole per la denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

1ª fase operativa: " Invio del Modulo di Denuncia di Sinistro compilato, della documentazione relativa all'infortunio, al Centro Liquidazione Sinistri dell'Assicuratore".

Entro 30 giorni dalla data dell'infortunio, a pena di decadenza di ogni diritto, la denuncia dovrà essere trasmessa dall'Assicurato (o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa) tramite lettera Raccomandata R.R alla struttura centralizzata dell'Assicuratore che gestisce i sinistri in oggetto, citando sulla busta:

Centro Gestione Sinistri LPSC Firenze – Polizza Infortuni Chubb Insurance Company of Europe S.A.
c/o INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.p.A.
Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma

Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato allo stesso indirizzo entro 15 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.

Il modulo di denuncia deve essere richiesto dall'Assicurato alla propria Società Sportiva o potrà essere scaricato dal sito internet comunicato della rispettabile Contraente.

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

La denuncia, firmata dall'Assicurato o suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal maggior 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.

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

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





POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

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

L'invio della documentazione medica, comprensiva del certificato di guarigione, dovrà essere prontamente effettuato a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno, non appena l'Assicurato ne avrà possesso.

Entro 30 (trenta) giorni dal completamento delle cure mediche, l'Assicurato dovrà presentare alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli.

Tutta la documentazione dovrà essere inoltrata in originale.

L'Assicurato dovrà comunicare l'eventuale impossibilità ad adempiere agli obblighi previsti dal presente articolo prima della decorrenza di un anno dalla data del sinistro, al fine di interrompere i termini prescrizionali dello stesso; anche in questo caso la comunicazione dovrà avvenire a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno.

In assenza di certificato di guarigione la validità dell'Assicurazione nei confronti del sinistrato è sospesa. Ove l'Assicurato, autorizzato o non, riprenda l'attività prima del conseguimento della guarigione stessa, l'Assicuratore non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali lo stesso possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

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

2ª fase operativa: " Ricezione della denuncia e apertura del sinistro".

Il Centro Gestione Sinistri provvederà all'apertura della pratica sui propri sistemi informatici e invierà comunicazione informando l'Assicurato in merito ai numeri di riferimento di sinistro e di dossier e farà richiesta dei documenti necessari per l'istruzione della pratica.

Per tutte le comunicazioni successive alla prima l'Assicurato è tenuto a citare il numero di sinistro.

Art. 24) Liquidazione e pagamento

3ª fase operativa: " Criteri di liquidazione".

Ricevuta la necessaria documentazione - ivi compreso il certificato di guarigione - valutato il danno, accertata la stabilizzazione degli eventuali postumi, compiuti gli accertamenti del caso e verificata l'operatività delle garanzie prestate, la Società entro il termine dei successivi 30 giorni provvede al pagamento del dovuto o al rifiuto dell'indennizzo. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia in valuta corrente.

Eventuali spese di patrocinio non sono in alcun modo rimborsabili dalla presente polizza .

4ª fase operativa : "Informazioni sullo stato dei sinistri".

Chiamando il Numero Verde : **800-33.07.22**

(un risponditore automatico fornirà le opportune indicazioni di accesso ai servizi) nei giorni lavorativi dalle 9:00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 19:00, il sinistrato avrà accesso diretto all'Ufficio Gestione Sinistri per informazioni sullo stato della pratica e sulla liquidazione/pagamento del sinistro.

Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'Assicurato dovrà sempre farsi riconoscere e fornire il numero di sinistro per avere accesso ai dati.

Qualora sia necessario, il Centro Gestione Sinistri metterà a disposizione dell'Assicurato i seguenti numeri:

Numero Telefonico dall'Estero : +39.06.42.115.692
Numero di fax : +39.06.48.17.974





POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

Art. 25) Cumulo di indennizzi

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

Art. 26) 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 € 5.000.000,00.

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

Art. 27) 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 da circolazione su strada e dell'H.I.V..

Art. 28) 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" delle Condizioni Generali di Assicurazione (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, 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. 29) Controversie

In caso di disaccordo sul nesso casuale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 7) "Criteri di indennizzabilità" a richiesta delle Parti stesse ed il terzo scelto d'accordo dai primi due componenti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Medico.

Tale collegio Medico risiede presso la Sede o ufficio periferico della Società.

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

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro due anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo purchè non si nutrano dubbi sulla risarcibilità dell'evento e semprechè la percentuale di invalidità risulti in misura pari o superiore al 25% del totale.

La decisione 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. 30) Oneri fiscali

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





**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE**

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. 32 bis) Rinvio alle norme di Legge

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

Art. 33) Durata dell'Assicurazione

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del 30/06/2006 e scade alle ore 24:00 del 30/06/2008.
In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 90 giorni prima della ricorrenza annuale, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 34) Soggetti assicurati

Con la presente polizza si assicurano i calciatori non professionisti denominati " Giovani di serie ", i tecnici, gli allenatori ed i massaggiatori tecnici , tutti tesserati alla Contraente.

Art. 35) Oggetto del rischio

La garanzia è operante per gli infortuni che dovesse subire l'Assicurato/tesserato esclusivamente durante lo svolgimento delle gare sportive ufficiali autorizzate dalla Federazione Italiana Giuoco Calcio (FIGC) e allenamenti. Oltre a quanto precedentemente previsto, la garanzia è operante in occasione di allenamenti (anche individuali) purchè ufficialmente preordinati dalla Contraente .

Art. 36) Rischio in itinere

L'Assicurazione si intende altresì estesa agli eventi che colpiscano gli Assicurati durante i viaggi, dal luogo ufficiale del ritrovo al luogo della manifestazione ufficialmente indetta, effettuato in comitiva regolarmente organizzata ed assistita dagli appositi accompagnatori con gli ordinari mezzi pubblici di trasporto o di proprietà del Contraente.



CONTRAENTE

CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia

64787507





POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

SEZIONE ASSISTENZA

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

- Assicurato:** la persona fisica tesserato della Contraente
- Assistenza :** l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito dall'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un Sinistro garantito.
- Attività Sportiva:** partecipazione dei tesserati a gare ufficiali autorizzate dalla Federazione Italiana Giuoco Calcio e dirette da arbitri incaricati dalla stessa federazione.
- Centrale Operativa:** La struttura di Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A costituita da risorse umane e da attrezzature, in funzione tutti i giorni dell'anno, per l'erogazione delle prestazioni di assistenza. E' composta dalla Centrale Telefonica, che riceve le chiamate degli Assicurati e attività le assistenze, e dalla Rete Esterna che effettua gli interventi sul posto.
- Contraente:** la persona fisica o giuridica che stipula l'Assicurazione
- Domicilio:** il luogo di abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato in Italia
- Estero:** Europa o più precisamente tutti i paesi dell'Europa geografica ad ovest degli Urali.
- Familiare:** la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato e con lui stabilmente convivente nell'abitazione così come risultante dallo stato di famiglia.
- Garanzia:** la prestazione di assistenza fornita, in caso di sinistro, tramite la Centrale operativa.
- Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza diretta la morte o un'inabilità permanente parziale o totale.
- Istituto di cura:** l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza medica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, le cliniche per cure dietologiche ed estetiche nonché le colonie della salute, i gerontocomi e gli ospizi per anziani.
- Italia:** il territorio italiano, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
- Residenza:** il luogo in cui l'assicurato ha la dimora abituale, purchè in Italia.
- Ricovero:** la degenza, comportante pernottamento, in istituti di cura regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza medico ospedaliera.
- Rimpatrio sanitario:** il trasferimento dell'Assicurato dall'Estero all'Italia.
- Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- Trasferimento sanitario** il trasporto dell'Assicurato ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:
a) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato all'istituto di cura prescelto ed abilitato alle cure del caso.
b) dal luogo del sinistro al più vicino e idoneo istituto di cura.





POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

c) dal luogo di dimissione post ricovero alla propria residenza, anche temporanea.

Trasporto Sanitario: l'organizzazione al trasferimento dell'Assicurato con il mezzo più idoneo (ambulanza treno, aereo di linea, aereo sanitario) ad insindacabile giudizio della centrale Operativa.

Viaggio: qualunque località al di fuori dell'Italia sia durante i trasferimenti che durante il soggiorno.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA

Art.1) VALIDITA' TERRITORIALE

Le successive prestazioni sono valide come descritte in Italia e all'Estero, fatte salve le eventuali limitazioni e/o esclusioni e/o franchigie previste nelle singole garanzie di assistenza; con l'esclusione comunque dei Paesi in stato di belligeranza, anche se non dichiarata.

Art.2) EFFICACIA E DURANTA DELLA POLIZZA E DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Effetto e scadenza delle presente Sezione Assistenza hanno norme di carattere generale, effetto e durata pari a quelle operanti per la Sezione Infortuni.

Per ogni singolo viaggio all'Estero, durante il periodo di validità della polizza, le prestazioni di assistenza decorre dalle ore 00.00 del giorno di partenza e cessano alle ore 24.00 del giorno del rientro in Italia.

Fermo restando il limite di 30 giorni consecutivi quale durata massima della copertura/permanenza.

Art.3) MASSIMA ESPOSIZIONE

In caso di sinistro catastrofale che coinvolga una pluralità di assicurati le spese di intervento della Società non potranno essere superiori ad € 200.000,00

Art.4) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

In viaggio le prestazioni sono estese, in caso di infortunio, durante il soggiorno e durante i trasferimenti (dal luogo di ritrovo per la partenza fino al luogo di arrivo) sempre che siano effettuati su mezzi di trasporto pubblici gestiti da Compagnie o Enti regolarmente autorizzati al trasporto di passeggeri paganti.

Art.5) CENTRALE OPERATIVA

La centrale operativa è a disposizione dell'Assicurato per fornire pronta assistenza mediante Linea Verde dedicata 7 giorni su 7:

Numero Verde telefonico : 800-33.07.22

Dall'Estero +39 06 .42.115.692

Fax +39 06 .47.40.742

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





**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE**

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

(IN ITALIA)

Art.6) ASSISTENZA NOTTURNA IN CASO DI RICOVERO

Qualora l'Assicurato, ricoverato presso un Istituto di Cura a seguito di infortunio, necessiti di assistenza specializzata, la Centrale Operativa provvederà a reperire ed inviare personale infermieristico o socio-assistenziale presso la struttura dove è ricoverato.

La ricerca e selezione saranno effettuate in base alle tipologie del problema dell'Assicurato secondo il parere dell'equipe medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante.

Per ciascun anno di validità della polizza le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo aggiuntivo a carico dell'Assicurato fino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e di 24 ore lavorative per sinistro, con il limite di € 40,00 per ora.

Art.7) RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE DOPO LE CURE

Qualora l'Assicurato, ancorché convalcente a seguito di infortunio, sia dimesso dall'istituto di cura presso il quale era ricoverato ma non sia in grado di rientrare autonomamente alla propria residenza, potrà richiedere alla Centrale Operativa l'organizzazione del suo trasferimento.

Il trasporto potrà essere effettuato con i mezzi e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Centrale Operativa dopo il consulto con i medici dell'ospedale, utilizzando:

-
- aereo di linea in classe economica, se necessario con il posto barellato;
- il treno di prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- l'autoambulanza.

Se le circostanze lo richiederanno la Società metterà a disposizione un accompagnatore.

Per ciascun anno di validità della polizza le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo aggiuntivo a carico dell'assicurato fino ad un massimo di 3 volte per l'Assicurato fino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e di € 520,00 per sinistro.

(TRASFERTE ALL'ESTERO)

Art.8) CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora, a seguito di infortunio occorso all'estero, l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Centrale Operativa, che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da fornire.

Art.9) REPERIMENTO ED INVIO DI UN MEDICO NEI CASI D'URGENZA

Qualora poi dai primi dati risultanti dal contatto telefonico il servizio medico della Centrale Operativa giudicasse necessario l'intervento di un medico, provvederà ad inviare un medico generico sul posto tenendo a proprio carico il relativo costo.

Qualora nessuno dei medici convenzionati della Società fosse immediatamente disponibile e/o qualora le circostanze lo rendessero necessario, la Società potrà organizzare, in alternativa e in accordo con anche in questo caso il costo resta a carico della Società.





POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

Art.10) TRASFERIMENTO SANITARIO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

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

- ad individuare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura più vicino e ritenuto attrezzato per la patologia dell'Assicurato,
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra:
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato
 - aereo sanitario
 - treno prima classe o, occorrendo, il vagone letto
 - autoambulanza, senza limiti di percorso.
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con il personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Centrale Operativa.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità di soccorso ove l'Assicurato è stato condotto o ricoverato, nonché le terapie riabilitative, le malattie e ogni altra patologia nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali.

Art.11) COLLEGAMENTO CONTINUO CON IL CENTRO OSPEDALIERO

Durante il ricovero dell'Assicurato sono attivati i contatti telefonici con la struttura ospedaliera e la famiglia per fornire ogni utile notizia clinica.

Art.12) INTERPRETE

La Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero, e limitatamente ai paesi ove esistono propri corrispondenti, organizzerà il reperimento di una interprete e la Società se ne assumerà il costo sino ad otto ore lavorative per il sinistro.

Art.13) TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI

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

Art.14) RIMPATRIO SANITARIO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Qualora l'Assicurato convalescente venga dimesso dal centro ospedaliero presso il quale era ricoverato, e non sia in grado di rientrare autonomamente in Italia presso la propria residenza o presso un altro centro medico per la continuazione delle cure, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il suo rientro con il mezzo più economico che i medici della Centrale Operativa stessa riterranno più idoneo alle condizioni dell'Assicurato tra:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica infermieristica durante il viaggio, se ritenuta assolutamente necessaria dai medici della stessa Centrale Operativa.





POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE

Art.15) OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato dovrà contattare al momento dell'insorgere della necessità, e comunque non oltre 3 giorni dal verificarsi del sinistro, la Centrale Operativa della Società ai riferimenti telefonici o al fax già indicati all'articolo 5) che precede .

Inoltre il sinistrato dovrà qualificarsi come Assicurato "Tesserato Lega Calcio " e comunicare:

- cognome, nome e data di nascita
- numero di tesseramento, serie e categoria di appartenenza
- prestazione di assistenza richiesta;
- luogo dell'accadimento, suo indirizzo o recapito temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

Resta inteso che qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettività e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro, dovrà farlo non appena sarà in grado.

Art.16) RISCHI ESCLUSI

Fermo restando le condizioni e le esclusioni previste per le singole prestazioni, valgono inoltre le seguenti esclusioni:

- 1) Tutte le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
 - a) guerre, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, occupazione militare, invasione;
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo, di sabotaggio e di vandalismo;
 - c) da atti di pura temerarietà dell'Assicurato o conseguenti ad atti dolosi o illeciti dello stesso, ivi compresi il suicidio ed il tentato suicidio;
 - d) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere;
 - e) abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e di allucinogeni;
 - f) eventi avvenuti fuori dal periodo di copertura.
- 2) Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- 3) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatesi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
- 4) La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.
- 5) Per qualsiasi richiesta di informazione, lamentele, contestazioni, l'Assicurato deve rivolgersi direttamente alla Società.
- 6) Ogni diritto nei confronti della Società derivante dalla presente polizza deve essere esercitato dall'Assicurato, a pena di estinzione e decadenza, entro il termine tassativo di un anno dalla data di accadimento dell'evento denunciato.
- 7) Tutte le spese extra (quali pasti, bevande, telefono, televisione, personale) sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Art.17) PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da una delle seguenti infermità mentali – sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco - depressive- non





**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI e ASSISTENZA PERSONE**

avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si conviene che qualora una o più malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del C.C..
In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 18) "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Condizioni che regolano l'assicurazione Infortuni e dagli articoli 1892,1893,e 1894 del C.C.

Art.18) TRASMISSIONE DEI DATI

Al fine di consentire l'attivazione dei servizi da parte della Centrale Operativa, al momento dell'entrata in vigore della copertura, la Contraente provvederà a comunicare su supporto informatico predefinito (nome e cognome, società sportiva di appartenenza, numero tessera LPSC, data partenza e data rientro) l'elenco di tutti gli Assicurati che parteciperanno alla trasferta/viaggio all'estero.



CONTRAENTE

CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare in modo specifico i seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione :

nella sezione Infortuni :

- Art. 3 Esclusioni
- Art. 4 Persone non assicurabili
- Art. 10 Franchigia per il caso di Invalidità Permanente
- Art. 17 Altre assicurazioni
- Art. 21 Identificazione delle persone assicurate
- Art. 29 Controversie
- Art. 33 Durata dell'Assicurazione
- Art. 34 Soggetti assicurati

nella sezione Assistenza :

- Art. 15 Obblighi in caso di sinistro
- Art. 16 Rischi esclusi
- Art. 17 Persone non assicurabili

Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto e preso visione di quanto contenuto nelle Nota Informativa relativa sia alla Chubb Insurance Company of Europe SA , Rappresentanza Generale per l'Italia, che al contratto di Polizza.



CONTRAENTE

CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia

