



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

Contraente: **Federazione Italiana Pallacanestro**

Polizza n°: **901\243632489\42**

**ASSICURAZIONE
INFORTUNI**

ASSICURAZIONE INFORTUNI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato

Tesserato della Federazione Italiana Pallacanestro.

Contraente

Federazione Italiana Pallacanestro.

Inabilità temporanea

La perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Invalità Permanente

La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura

Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Rischio

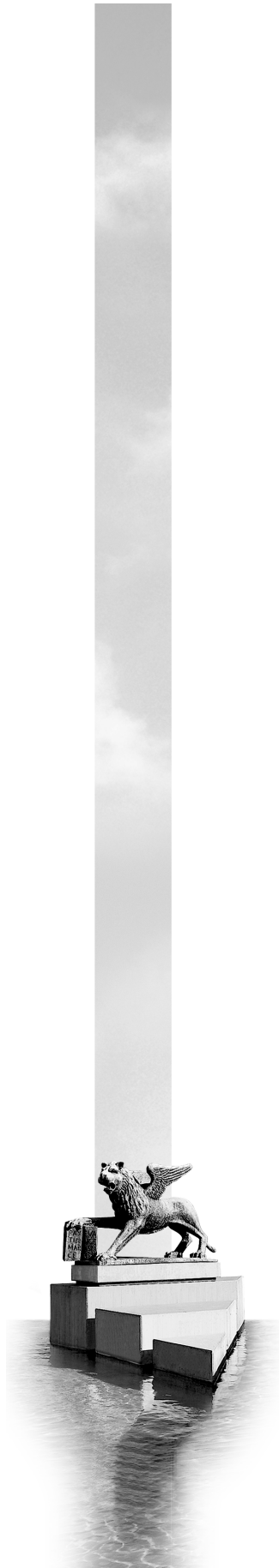
La probabilità del verificarsi del sinistro.

Sinistro

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Società

Le Assicurazioni Generali S.p.A.



Condizioni generali

Art. 1.1

Definizione di infortunio

Per infortunio s'intende ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.

Art. 1.2

Oggetto e delimitazioni dell'assicurazione
Soggetti e somme assicurate

A) oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che i tesserati della Federazione Italiana Pallacanestro subiscano in occasione di riunioni organizzative, incarichi, missioni o altre attività rientranti negli scopi della Federazione; attività sportive autorizzate e/o riconosciute e/o organizzate sotto l'egida della Federazione stessa, allenamenti, durante lo svolgimento di gare e/o manifestazioni sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della Contraente per tutte le attività e discipline riconosciute.

Le predette garanzie saranno operanti semprechè documentate dalla Federazione Italiana Pallacanestro o dalle sue Strutture Periferiche competenti.

I tesserati della F.I.P. assicurati sono i seguenti:

- a) Atleti
- b) Ufficiali di gara
- c) I soggetti che sono chiamati a svolgere funzioni di arbitro nelle competizioni di carattere regionale riservate alle categorie giovanili, purché i rispettivi nominativi risultino dai documenti di gara. (Miniarbitri)
- d) Dirigenti Societari
- e) Tecnici
- f) Istruttori Minibasket
- g) Ufficiali di campo
- h) Medici
- i) Massofisioterapisti
- j) Minibasket

Per i soggetti di cui alla lettera c) le garanzie sono operanti limitatamente all'effettiva durata della partita, escluse le fasi preliminari e successive ad essa.

B) Somme assicurate per ciascun tesserato:

€ 50.000 in caso di Morte;

€ 50.000 in caso di Invalidità Permanente Totale

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- c) l'asfissia per fuga di gas o vapori;
- d) l'annegamento;
- e) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;

- f) le conseguenze delle infezioni (escluso il carbonchio), nonché degli avvelenamenti causate da morsi di animali e punture di insetti, esclusa comunque la malaria;
- g) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza.

Sono altresì compresi nella presente assicurazione:

- h) colpa grave - gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile), nonché in stato di malore od incoscienza;
- i) trasporti - a condizione che l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, gli infortuni derivanti da:
 - guida di ciclomotori;
 - uso e guida di motoveicoli, autovetture ad uso privato, autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e cose, autocarri di peso complessivo a pieno carico fino a 35 q.li, autoveicoli per uso speciale o per trasporti specifici, macchine agricole, natanti da diporto;
- j) servizio militare - gli infortuni avvenuti durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; durante il servizio militare di leva in tempo di pace la garanzia opera esclusivamente per i rischi non connessi allo svolgimento del servizio cui lo stesso è chiamato; la garanzia è invece sospesa durante il servizio sostitutivo di quello militare di leva, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- k) pratica sportiva - gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti):
 - automobilistiche di regolarità pura;
 - podistiche, di bocce, golf, pesca senza autorespiratore, tiro, scherma, tennis;
 - aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- l) rischio volo - gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica e di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per i rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclub.

Comunque la somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore non potrà superare i seguenti limiti:

- euro 600.000 (L. 1.161.762.000) per il caso di invalidità permanente totale;
- euro 600.000 (L. 1.161.762.000) per il caso di morte;
- euro 120 (L. 232.352) per il caso di inabilità temporanea;

per persona e di:

- euro 3.000.000 (L. 5.808.810.000) per il caso di invalidità permanente totale;
- euro 3.000.000 (L. 5.808.810.000) per il caso di morte;
- euro 2.500 (L. 4.840.675) per il caso di inabilità temporanea;

complessivamente per aeromobile, nel caso di assicurazione prestata con polizza cumulativa.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre

persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dallo stesso Contraente con la Società.

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

L'assicurazione non vale in caso di contratto di durata inferiore all'anno.

C) delimitazioni dell'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) gli infortuni derivanti dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei, dalla guida di veicoli a motore o di natanti a motore, salvo quanto previsto nelle precedenti lett. i), l);
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- c) gli infortuni causati da guerra, tumulti popolari (salvo quanto previsto nella precedente lettera e)), movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- d) gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- e) gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) gli infortuni derivanti dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o con accesso a ghiacciai, guidoslitta, immersioni con autorespiratore, speleologia, sports aerei in genere;
- g) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti), salvo quanto previsto nella precedente lett. k);
- h) le ernie e gli sforzi in genere;
- i) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- j) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- k) le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche.

Art. 1.3

Persone
non assicurabili

L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 75 anni.

Per quelle che superano tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti successivamente, premi che in tal caso verranno restituiti.

Non sono altresì assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, AIDS, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidei, forme maniaco-depressive.

Art. 1.4

Limiti:

- territoriali L'assicurazione vale in tutto il mondo fatta eccezione per il caso di inabilità temporanea, per il quale l'assicurazione vale soltanto per l'Europa e gli Stati Africani del Mediterraneo ed Asiatici del Mediterraneo e del Mar Nero.
- per evento catastrofale In caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 3.000.000 (L. 5.808.810.000) qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con l'infrascritta Società.
Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art.1.5

Dichiarazioni del Contraente – Forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente sui dati e circostanze oggetto di domanda da parte della Società.
Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata telegramma, telex o telefax.

Art. 1.6

Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione e periodo di assicurazione

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione della Società o la sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, il premio complessivo stabilito dalla polizza medesima.
L'esazione dei premi precedentemente eseguita al domicilio del Contraente non può in alcun modo invocarsi come deroga a tale obbligo.
La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione della Società, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.
L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nel contratto, se in quel momento il premio è pagato; in caso diverso, decorre dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.
Per le rate successive alla prima è concesso un termine di rispetto di 30 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto alle ore 24 del giorno del pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.
Trascorso il termine di 15 giorni di cui sopra, la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.
Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Art. 1.7

Variazioni
di rischio –
Altre assicurazioni

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni di rischio per cessazione o per cambiamento delle occupazioni professionali, delle altre attività dichiarate o delle condizioni nelle quali le stesse sono esercitate, il Contraente o l'Assicurato deve darne immediata comunicazione alla Società.

Se la variazione implica aggravamento di rischio o rende impossibile la delimitazione del rischio assicurato col presente contratto tale per cui la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto, con effetto immediato, di recedere dal contratto secondo quanto stabilito nell'art. 1898 del Codice Civile.

Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione, secondo quanto stabilito dall'art. 1897 del Codice Civile.

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente altre assicurazioni presso la Società o altri assicuratori, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso alla Società stessa. Questa, 30 giorni dall'avviso, può escludere dall'assicurazione detto rischio o recedere dal contratto, con preavviso, in entrambi i casi, di almeno 15 giorni.

Se il Contraente o l'Assicurato omette intenzionalmente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

Art.1.8

Denuncia
dell'infortunio –
Obblighi
dell'Assicurato

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta entro **30** giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente l'Assicurato deve inviare, a periodi non superiori a **30** giorni e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. Se non viene adempiuto intenzionalmente all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art.1.9

Criteri di
indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle

condizioni preesistenti.

Art. 1.10

Morte Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifici entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o, in alternativa, ai beneficiari appositamente designati.

Art.1.11

Invalità permanente Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifici entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida un indennizzo calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale accertato in base alle percentuali indicate nella seguente tabella:

TABELLA INAIL

TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE INDUSTRIA LEGGE INFORTUNI SUL LAVORO (T.U. 30 GIUGNO 1965 Nr. 1124) come in vigore al 24 luglio 2000

LESIONE	INDENNITA'	
	a destra	a sinistra
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (si veda la relativa tabella sul retro)	
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 efficaci	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficaci	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazione della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%

Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita del pollice	28%	23%
Perdita dell'indice	15%	13%
Perdita del medio	12%	
Perdita dell'anulare		8%
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 due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione massima o quasi:		

LESIONE

INDENNITA'

a destra a sinistra

a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchoriosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchoriosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
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 un 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 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 dà luogo a nessuna indennità ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchoriosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchoriosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	
N.B. In caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.		

TABELLA DI VALUTAZIONI DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

Visus	Visus	Indennità per l'occhio perduto con acutezza visiva minore (occhio peggiore) %	Indennità per l'occhio perduto con acutezza visiva minore (occhio migliore) %
1/10	9/10	1	2
2/10	8/10	3	6
3/10	7/10	6	12
4/10	6/10	10	19
5/10	5/10	14	26
6/10	4/10	18	34
7/10	3/10	23	42
8/10	2/10	27	50
9/10	1/10	31	58
10/10	0	35	65

Note:

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%.
- In caso di afachia monolaterale:

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

- In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

La perdita assoluta 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 stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più parti di organi od arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennizzo si stabilisce tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

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

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dalla suddetta tabella per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Art. 1.12

Franchigia assoluta per invalidità permanente

La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- a) 5% sulla somma assicurata di euro 50.000 per tutti i tesserati Atleti (Minibasket Esclusi)
- b) 3% sulla somma assicurata di euro 50.000 per tutti gli altri tesserati, compresi Minibasket

Pertanto la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% della totale per tutti i tesserati Atleti o del 3% della totale per tutti gli altri tesserati; se invece l'invalidità permanente è superiore al 5% della totale per tutti i tesserati atleti o al 3% della totale per tutti gli altri tesserati, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Art. 1.13

Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

L'indennizzo viene corrisposto in Italia nella valuta avente corso legale in Italia.

La Società non è tenuta a corrispondere anticipi, salvo quanto previsto dall'art. 1.14.

Art. 1.14

Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado e durata della inabilità temporanea nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'art. 1.09, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti gli indennizzi, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

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 del terzo medico.

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 d'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.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

È data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso, entro 2 anni, in tal caso il collegio può disporre la concessione di un anticipo da imputarsi nella liquidazione definitiva del sinistro.

Art. 1.15

Foro competente

Per le azioni riguardanti l'esecuzione del presente contratto e per ogni controversia diversa da quelle previste dal precedente art. 1.14, foro competente a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 1.16

Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60.mo giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di recedere dall'assicurazione, mediante lettera raccomandata, con preavviso di 15 giorni, rimborsando la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo tale ultimo termine o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Art. 1.17

Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per una durata uguale a quella originaria (esclusa la frazione di anno) e così successivamente, ma col limite di 2 anni per ogni tacito rinnovo.

Art. 1.18

Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

Art. 1.19

Oneri

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato

dalla Società.

Art. 1.20

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

Art. 1.21

Variazione
nella persona del
Contraente

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, od aventi causa, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei 30 giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

Art. 1.22

Variazioni
delle persone
assicurate

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione.

Le variazioni del personale assicurato devono essere comunicate alla Società restando inteso che:

se le variazioni comportano un aumento del premio, la Società ne prende atto con appendice e la Contraente è obbligata al pagamento del relativo premio entro 15 giorni dalla ricezione dell'appendice stessa;

la cessazione dei singoli Assicurati, che comunque deve essere adeguatamente documentata, non seguita da sostituzione dà luogo ad una corrispondente riduzione di premio a partire dalla prima scadenza annuale successiva.

Art. 1.23

Assicurazione in al numero o ad altre forme di indicazione non nominativa delle persone assicurate

Si intendono valide le seguenti condizioni:

a) Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità da cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'art. 1.09 (Criteri di indennizzabilità).

b) Esonero denuncia altre assicurazioni

A parziale deroga di quanto previsto dalle condizioni di assicurazione, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio; permane invece l'obbligo per il Contraente di denunciare le altre eventuali assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza.

c) Numero

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate. Tali persone dovranno essere in condizioni di assicurabilità a norma dell'art. 1.03 delle presenti condizioni generali di assicurazione. Per l'identificazione delle medesime si fa riferimento ai libri di amministrazione del Contraente ed agli altri registri per le assicurazioni sociali, documenti che il Contraente stesso si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

CONDIZIONI PARTICOLARI

1.

Estensione della garanzia alle ernie e agli sforzi

A parziale deroga dell'art. 1.02, B) "Delimitazione dell'assicurazione" lett. h) e fermi comunque i criteri di indennizzabilità di cui al precedente art. 1.09, la garanzia comprende – limitatamente ai casi di invalidità permanente, inabilità temporanea e ricovero in istituto di cura - le ernie da causa violenta, nonché le lesioni muscolari da sforzi.

Resta inteso che:

- se l'ernia risulti operabile vengono liquidate esclusivamente (nei casi siano contemplati dal contratto) un'indennità giornaliera da ricovero in istituto di cura e di inabilità temporanea, fino ad un massimo di 30 giorni;
- se l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, vengono liquidate esclusivamente (nei casi contemplati dal contratto) un'indennità giornaliera da ricovero in istituto di cura ed un'indennità a titolo di invalidità permanente in misura non superiore al 10% della relativa somma assicurata.

2.

Rimborso spese di cura

La garanzia copre, fino a concorrenza della somma di € 2.500,00, le seguenti spese sostenute in conseguenza dell'infortunio:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- spese per l'uso della sala operatoria;
- rette di degenza;
- spese per medicinali prescritti dal medico curante;
- onorari dei medici;
- spese relative ad accertamenti diagnostici;
- spese per il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura con autoambulanza.

La Società effettua il rimborso delle spese sostenute agli aventi diritto previa presentazione dei documenti giustificativi a cura ultimata con applicazione di una franchigia di € 100.

3.

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, sarà aumentata del 100%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

4.

Danno estetico

Per gli assicurati di età non superiore a 14 anni, la Società rimborsa fino ad un massimo di € 1.550,00 le spese documentate sostenute dall'assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio.

5.

Rischio in Itinere

L'assicurazione è estesa ai viaggi e ai trasferimenti effettuati con normali mezzi di trasporto privati, a piedi o con normali mezzi di trasporto pubblici o da noleggio (esclusi aerei) e decorre da quando il tesserato lascia la sua residenza abituale e cessa al momento in cui vi rientra. L'uso dei normali mezzi di trasporto privati vale in occasione delle partite ufficiali e per gli arbitri, i giudici, i medici e i massofisioterapisti anche durante i viaggi e i trasferimenti effettuati per l'espletamento degli incarichi loro affidati.

6.

Premio finito annuo per persona

- a) Atleti: € 4,00
- b) Ufficiali di gara: € 4,00
- c) I soggetti che sono chiamati a svolgere funzioni di arbitro nelle competizioni di carattere regionale riservate alle categorie giovanili, purché i rispettivi nominativi risultino dai documenti di gara. (Miniarbitri): € 0,46
- d) Dirigenti Societari: € 1,50
- e) Tecnici: € 1,50
- f) Istruttori Minibasket: € 1,50
- g) Ufficiali di campo: € 1,50
- h) Medici: € 1,50
- i) Massofisioterapisti: € 1,50
- j) Minibasket: € 2,00



GENERALI
Assicurazioni Generali

SICUREZZA. SEMPRE E OVUNQUE.

Direzione per l'Italia - Mogliano Veneto, via Marocchesa, 14 - c.a.p. 31021 - c.p. 536 Mestre - tel. 0415 492 111 / 0415 494 111 - fax 041 942 909



Società costituita nel 1831 a Trieste - cap. soc. L. 2.051.747.000.000 int. vers. - Sede Legale e Direzione Centrale in Trieste, piazza Duca degli Abruzzi, 2
Codice fiscale e P.I. 00079760328 - R.I. Trieste: 98 Trib. Trieste - C.C.I.A.A. Trieste: 6204 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29 aprile 1923 n. 966