

UNIPOL
ASSICURAZIONI

Polizza Infortuni Tesserati Federazione Italiana Pallacanestro

1787/77/21000700

DEFINIZIONI

- Tesserato Per tesserato si intende ogni singolo soggetto in possesso della regolare tessera di riferimento o documento federale equivalente (es. modulo di iscrizione).
- Assicurato Il Tesserato della Federazione Italiana Pallacanestro, soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- Contraente La Federazione Italiana Pallacanestro.
- Beneficiario L'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.
- Società e/o Assicuratore Il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto.
- Assicurazione Il contratto di assicurazione.
- Polizza Il documento che prova l'assicurazione.
- Rischio La probabilità del verificarsi del sinistro.
- Massimale e Somma Assicurata L'importo massimo della prestazione della Società.
- Sinistro L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
- Indennizzo La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- Infortunio Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte o una invalidità permanente.
- Invalidità 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.
- Lesione Ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificatamente prevista nella "Tabella delle tipologie di lesione indennizzabili" di cui al seguente Art. 06, purchè determinata da infortunio.
- Frattura Una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio.
- Istituto di cura Ogni struttura sanitaria convenzionata o privata (ospedale, clinica, istituto universitario, Day Hospital, casa di cura) in Italia o all'estero regolarmente autorizzata al ricovero ed all'erogazione dell'assistenza sanitaria. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni e le strutture per anziani.
- Day Hospital Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.
- Trattamento chirurgico Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in istituto di cura.
- Ricovero Periodo di degenza in istituto di cura. Viene considerato ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purchè certificata da cartella clinica.
- Post-ricovero Periodo di convalescenza successivo al ricovero.
- Premio La somma dovuta dal Contraente alla Società.



UNIPOL
ASSICURAZIONI

Polizza Infortuni Tesserati Federazione Italiana Pallacanestro

SEZIONE I

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 01	Oggetto dell'assicurazione	Pag. 03
Art. 02	Soggetti assicurati	Pag. 03
Art. 03	Massimali assicurati	Pag. 04



Art. 01 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che producano ai tesserati della Federazione Italiana Pallacanestro:

- Per i soggetti assicurati nelle categorie "Atleti" ed "Atleti Minibasket":
 - Una o più lesioni previste nella "Tabella delle tipologie di lesione indennizzabili";
 - La morte.

- Per i soggetti assicurati nelle categorie "Arbitri, Ufficiali di gara e Arbitri amatoriali", "Miniarbitri", "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", "Dirigenti Societari", "Allenatori e Preparatori Fisici", "Istruttori Minibasket", "Ufficiali di campo", "Medici" e "Massofisioterapisti":
 - Un'Invalidità Permanente;
 - La Morte.

Le garanzie saranno operanti in occasione di riunioni organizzative, incarichi, missioni o altre attività rientranti negli scopi della Federazione Italiana Pallacanestro, attività sportive autorizzate e/o riconosciute e/o organizzate sotto l'egida della Federazione Italiana Pallacanestro, allenamenti, durante lo svolgimento di gare e/o manifestazioni sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della Federazione Italiana Pallacanestro per tutte le attività e discipline riconosciute. Le predette garanzie saranno operanti sempreché documentate dalla Federazione Italiana Pallacanestro o dalle sue strutture periferiche competenti.

Art. 02 Soggetti assicurati

Sono assicurati i tesserati della Federazione Italiana Pallacanestro che sono in possesso della regolare tessera di riferimento o documento federale equivalente (es. modulo di iscrizione) per tutto il periodo di durata del tesseramento, indipendentemente dalla data di scadenza della polizza, e più precisamente:

Soggetti Assicurati	Durata del Tesseramento
a) Atleti	: Dal 01 Luglio al 30 Giugno di ogni anno
b) Atleti Minibasket	: Dal 01 Ottobre al 30 Settembre di ogni anno
c) Arbitri, Ufficiali di gara e Arbitri amatoriali	: Dal 01 Luglio al 30 Giugno di ogni anno
d) Miniarbitri	: Dal 01 Luglio al 30 Giugno di ogni anno
e) 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	: Dal 01 Luglio al 30 Giugno di ogni anno
f) Dirigenti Societari	: Dal 01 Luglio al 30 Giugno di ogni anno
g) Allenatori e Preparatori Fisici (Tecnici)	: Dal 01 Luglio al 30 Giugno di ogni anno
h) Istruttori Minibasket	: Dal 01 Luglio al 30 Giugno di ogni anno
i) Ufficiali di campo	: Dal 01 Luglio al 30 Giugno di ogni anno
j) Medici	: Dal 01 Luglio al 30 Giugno di ogni anno
k) Massofisioterapisti	: Dal 01 Luglio al 30 Giugno di ogni anno

Polizza Infortuni Tesserati Federazione Italiana Pallacanestro

Per i soggetti di cui alla lettera "b" (Atleti Minibasket) tesserati nella Stagione Sportiva 2006/2007 le garanzie sono operanti dalla data di decorrenza della polizza alla data di rinnovo del tesseramento per la Stagione 2007/2008, e farà fede la tessera di riferimento o il documento federale equivalente della Stagione Sportiva 2006/2007. Dopo tale periodo, farà fede la tessera di riferimento o il documento federale equivalente della Stagione Sportiva 2007/2008, e successive annualità fino al termine del presente contratto. A titolo esemplificativo, per la sottoscrizione avvenuta nell'Ottobre 2006 la tessera o il documento federale equivalente di riferimento sarà la tessera o il documento federale equivalente della Stagione Sportiva 2006/2007 scadente il 30 settembre 2007. Sono pertanto considerati assicurati i tesserati che sono in possesso della regolare tessera di riferimento o documento federale equivalente anche nel periodo 1 luglio 2007 - 30 settembre 2007.

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

Art. 03	Massimali assicurati
---------	----------------------

Per i soggetti assicurati nelle categorie "Atleti" ed "Atleti Minibasket":

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Morte da Infortunio | : Massimale Euro 50.000,00 |
| <input type="checkbox"/> Indennizzo da Infortunio | : Vedere importo indennizzo specificato nell'Art. 06 |
| <input type="checkbox"/> Rimborso Spese di Cura | : Vedere massimale specificato nell'Art. 06 |
| <input type="checkbox"/> Rimborso Spese Fisioterapiche | : Vedere massimale specificato nell'Art. 06 |
| <input type="checkbox"/> Perdita dell'anno scolastico | : Massimale Euro 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> Protesi | : Massimale Euro 2.500,00 |
| <input type="checkbox"/> Danno estetico | : Massimale Euro 1.500,00 |
| <input type="checkbox"/> Morte del tesserato genitore | : Vedere massimale specificato nell'Art. 09 |

Per i soggetti assicurati nelle categorie "Arbitri, Ufficiali di gara e Arbitri amatoriali", "Miniarbitri", "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", "Dirigenti Societari", "Allenatori e Preparatori Fisici", "Istruttori Minibasket", "Ufficiali di campo", "Medici" e "Massofisioterapisti":

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Morte da Infortunio | : Massimale Euro 50.000,00 |
| <input type="checkbox"/> Invalidità Permanente da Infortunio | : Massimale Euro 50.000,00 |
| <input type="checkbox"/> Rimborso Spese di Cura | : Massimale Euro 2.500,00 |

SEZIONE 2

ATLETI - ATLETI MINIBASKET

Art. 04	Criteri di indennizzabilità (Morte e Lesioni)	Pag. 06
Art. 05	Rischio in itinere	Pag. 08
Art. 06	Tabella delle tipologie di lesione indennizzabili	Pag. 08
Art. 07	Perdita dell'anno scolastico	Pag. 15
Art. 08	Danno estetico	Pag. 15
Art. 09	Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore	Pag. 15
Art. 10	Protesi	Pag. 15
Art. 11	Virus H.I.V.	Pag. 16



Art. 04 Criteri di indennizzabilità (Morte e Lesioni)

□ Caso Morte

In caso di morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed a causa di esso, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi. Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma prevista per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile. Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per la garanzia lesione prevista dall'Art. 01 (Oggetto dell'assicurazione) o per l'invalidità permanente prevista dall'Art. 18 (Rischi compresi nell'assicurazione - Lettera "o"); tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per lesione e/o invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove questa sia maggiore.

Limitatamente ai Tesserati "Atleti" e "Atleti Minibasket" in possesso di regolare Certificato di Idoneità Sportiva e/o Agonistica, saranno indennizzabili anche i decessi occorsi a seguito di: infarto cardiaco, ictus provocato da emorragia cerebrale, trombosi cerebrale, embolia, rottura di aneurisma, arresto cardiaco-circolatorio (per crisi aritmiche improvvise, gravi bradicardie, sindrome del seno carotideo) 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 Di stress Sindrome), nonché qualsiasi evento riconducibile alle suindicate patologie che causino la morte verificatosi 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'Assicurato sia in regola con le visite mediche annuali previste dalle vigenti disposizioni regolamentari.

In caso di decesso dell'Assicurato, conseguente ad uno degli eventi coperti di assicurazione, la Società provvederà al rimborso delle spese funerarie, compreso il trasporto e trasferimento salma, entro il limite massimo di Euro 1.000,00.

□ Caso Lesioni

Per i Tesserati saranno operanti le prestazioni previste nella "Tabella delle tipologie di lesione indennizzabili" e la Società ne corrisponde l'indennizzo nella misura. Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'evento fermo quanto previsto dall'Art. 34 (Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni).

Precisazioni:

- Per frattura si intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa fortuita, violenta ed esterna;
- 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 le fratture biossee di avambraccio ed arti inferiori espressamente tabellate e fermo il limite del capitale pari a quello spettante per il caso di morte (Euro 50.000,00); 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 si 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 dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia gli verrà indennizzato un capitale pari a quello spettante per il caso di morte (Euro 50.000,00);
- 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;
- Sono equiparate ai fini di polizza alle lesioni, le "Lesioni Particolari" previste nella "Tabella delle tipologie di lesione indennizzabili", purchè determinate da evento fortuito violento ed esterno e verificatesi entro e non oltre 60 giorni dal verificarsi 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;
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a 2 (due) volte l'importo indicato nella "Tabella delle tipologie di lesione indennizzabili" a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa", fermo il limite del capitale pari a quello spettante per il caso di morte (Euro 50.000,00). In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in "Tabella delle tipologie di lesione indennizzabili". L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica;
- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrarisaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale. Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella "Tabella delle tipologie di lesione indennizzabili", in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale, fermo il limite del capitale pari a quello spettante per il caso di morte (Euro 50.000,00).

Art. 05 Rischio in itinere

L'assicurazione è estesa ai viaggi e ai trasferimenti effettuati con normali mezzi di trasporto privati (anche in qualità di trasportati), a piedi o con normali mezzi di trasporto pubblici o da noleggio e decorre da quando il tesserato lascia la sua residenza e/o domicilio abituale per recarsi allo svolgimento delle attività previste nell'Art. 01 (Oggetto dell'assicurazione), e cessa al momento in cui vi rientra. L'uso dei normali mezzi di trasporto privati vale solo ed esclusivamente in occasione delle partite ufficiali.

Art. 06 Tabella delle tipologie di lesione indennizzabili

Definizioni aggiuntive:

- Tipologia di Lesione Modificazione della struttura di una parte del corpo purchè determinata da infortunio.
- Indennizzo da Infortunio La somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di lesione tabellata, documentata da esame diagnostico.
- Spese di Cura Spese per la cura delle lesioni tabellate causate da infortunio effettivamente sostenute:
 - a) In caso di Ricovero:
 - Per accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei novanta giorni precedenti l'intervento e/o effettuati durante il ricovero;
 - Per trasferimento dell'Assicurato con qualunque mezzo di trasporto in istituto di cura o in ambulatorio ai fini dell'intervento, in Italia ed all'estero;
 - Per onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiali di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
 - Per assistenza medica, cure, trattamenti rieducativi, medicinali ed esami riguardanti il periodo di ricovero e post-ricovero effettuati nei novanta giorni successivi l'intervento;
 - Per rette di degenza per il periodo di ricovero indispensabile su attestazione del curante in relazione alla situazione clinica dell'Assicurato.
 - b) Senza Ricovero ed in presenza di lesione tabellata:
 - Per gli accertamenti diagnostici di alta specializzazione; a titolo esemplificativo e non limitativo: Esami radiologici ed ecografie, RMN, TAC.
 - Visite specialistiche effettuate da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.
 - Rimborso spese di cura a seguito di prestazioni odontoiatriche effettuate da un medico dentista, che comportino l'applicazione di protesi dentarie.

Polizza Infortuni Tesserati Federazione Italiana Pallacanestro

- Spese fisioterapiche Insieme delle prestazioni effettuate da personale specializzato (Fisioterapista) regolarmente prescritte da personale sanitario a seguito di lesione tabellata. Non sono considerate spese fisioterapiche il noleggio delle apparecchiature necessarie al trattamento né le quote di iscrizione a palestre e/o piscine e/o altre strutture presso le quali vengono svolti i trattamenti fisioterapici.

Tipologia di lesione	Indennizzo da Infortunio	Massimali	
		Rimborso Spese di Cura documentate	Rimborso Spese Fisioterapiche documentate
Lesioni apparato scheletrico			
<input type="checkbox"/> Cranio			
▪ Frattura osso frontale o occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa	€ 1.750,00	€ 500,00	
▪ Frattura sfenoide	€ 1.250,00	€ 500,00	
▪ Frattura osso zigomatico o mascellare o palatino o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa	€ 750,00	€ 500,00	
▪ Frattura lefort I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	€ 1.000,00	€ 500,00	
▪ Frattura lefort II° o III° (non cumulabili tra loro né con lefort I°)	€ 1.750,00	€ 500,00	
▪ Frattura etmoide	€ 750,00	€ 500,00	
▪ Frattura osso lacrimale o joideo o vomere (non cumulabile)	€ 500,00	€ 500,00	
▪ Frattura ossa nasali	€ 350,00	€ 500,00	
▪ Frattura mandibolare (per lato)	€ 1.000,00	€ 500,00	
<input type="checkbox"/> Colonna vertebrale - Tratto cervicale			
▪ Frattura corpo III° - IV° - V° - VI° - VII° vertebra (per ogni vertebra)	€ 1.500,00	€ 500,00	€ 1.500,00
▪ Frattura processo spinoso o processi trasversi III° - IV° - V° - VI° - VII° vertebra (per ogni vertebra)	€ 500,00	€ 500,00	€ 1.500,00
▪ Frattura corpo o processo trasverso o processo spinoso II° vertebra	€ 2.000,00	€ 500,00	€ 1.500,00
▪ Frattura arco anteriore o arco posteriore o masse laterali (processo trasverso o processi articolari) I° vertebra	€ 2.500,00	€ 500,00	€ 1.500,00
<input type="checkbox"/> Colonna vertebrale - Tratto dorsale			
▪ Frattura del corpo dalla I° alla XI° vertebra (per ogni vertebra)	€ 1.000,00	€ 500,00	€ 1.500,00
▪ Frattura del corpo XII° vertebra	€ 2.000,00	€ 500,00	€ 1.500,00
▪ Frattura processo spinoso o processi trasversi dalla I° alla XII° vertebra (per ogni vertebra)	€ 250,00	€ 500,00	€ 1.500,00
<input type="checkbox"/> Tratto lombare			
▪ Frattura corpo (per ogni vertebra)	€ 2.000,00	€ 500,00	€ 1.500,00
▪ Frattura processo spinoso o processi trasversi dalla I° alla V° vertebra (per ogni vertebra)	€ 500,00	€ 500,00	€ 1.500,00
<input type="checkbox"/> Osso sacro			
▪ Frattura corpi vertebrali o base o ali o processi articolari o apice o creste spinali	€ 500,00	€ 500,00	€ 500,00
<input type="checkbox"/> Coccige			
▪ Frattura corpi o base o corna o processi trasversi o apice	€ 500,00	€ 500,00	€ 500,00
<input type="checkbox"/> Bacino			
▪ Frattura ali iliache o branca ilco-ischio-pubica (di un lato) o del pube	€ 400,00	€ 500,00	€ 1.000,00
▪ Frattura acetabolare (per lato)	€ 1.500,00	€ 500,00	€ 1.000,00

Polizza Infortuni Tesserati Federazione Italiana Pallacanestro

<input type="checkbox"/> Torace			
Tipologia di lesione	Indennizzo da Infortunio	Massimali	
		Rimborso Spese di Cura documentate	Rimborso Spese Fisioterapiche documentate
▪ Frattura clavicola (per lato)	€ 500,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura sterno	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura di una costa (composta)	€ 100,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura di una costa (scomposta)	€ 200,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura scapola (per lato)	€ 400,00	€ 250,00	€ 250,00
<input type="checkbox"/> Arto superiore (destro o sinistro) - Braccio			
▪ Frattura diafisaria omerale	€ 400,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura epifisi prossimale o superiore omerale (delimitata dal collo chirurgico)	€ 900,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura epifisi distale o inferiore omerale (delimitata dalla linea ideale che unisce troclea e capitello)	€ 900,00	€ 250,00	€ 250,00
<input type="checkbox"/> Arto superiore (destro o sinistro) - Avambraccio			
▪ Frattura diafisaria radiale	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura epifisi prossimale radio (frattura tuberosità radiale o capitello o collo o circonferenza articolare)	€ 500,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura epifisi distale radio (faccia articolare carpica o processo stiloideo o incisura ulnare)	€ 500,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura diafisaria ulnare	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura epifisi prossimale ulna (olecrano o processo coronoideo o incisura semilunare e radiale)	€ 500,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura epifisi distale (capitello o circonferenza articolare o processo stiloideo)	€ 500,00	€ 250,00	€ 250,00
<input type="checkbox"/> Arto superiore (destro o sinistro) - Polso e mano			
▪ Frattura scafoide	€ 650,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura semilunare	€ 400,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura piramidale	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura pisiforme	€ 150,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura trapezio	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura trapezoide	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura capitato	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura uncinato	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura I° metacarpale	€ 1.500,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Frattura II° o III° o IV° o V° metacarpale	€ 400,00	€ 250,00	€ 250,00
<input type="checkbox"/> Arto superiore (destro o sinistro) - Mano - Frattura prima falange dita			
▪ Pollice	€ 500,00	€ 250,00	
▪ Indice	€ 400,00	€ 250,00	
▪ Medio	€ 400,00	€ 250,00	
▪ Anulare	€ 250,00	€ 250,00	
▪ Mignolo	€ 400,00	€ 250,00	
<input type="checkbox"/> Arto superiore (destro o sinistro) - Mano - Frattura seconda falange dita			
▪ Pollice	€ 400,00	€ 250,00	
▪ Indice	€ 350,00	€ 250,00	
▪ Medio	€ 250,00	€ 250,00	
▪ Anulare	€ 150,00	€ 250,00	
▪ Mignolo	€ 250,00	€ 250,00	



Polizza Infortuni Tesserati Federazione Italiana Pallacanestro

<input type="checkbox"/>	Arto superiore (destra o sinistra) - Mano - Frattura terza falange dita			
	▪ Indice	€ 250,00	€ 250,00	
	▪ Medio	€ 150,00	€ 250,00	
	▪ Anulare	€ 150,00	€ 250,00	
	▪ Mignolo	€ 250,00	€ 250,00	
	Tipologia di lesione	Indennizzo da Infortunio	Massimali	
			Rimborso Spese di Cura documentate	Rimborso Spese Fisioterapiche documentate
<input type="checkbox"/>	Arto inferiore (destra o sinistra) - Frattura femore			
	▪ Diafisaria	€ 1.500,00	€ 500,00	€ 1.000,00
	▪ Epifisi prossimale (delimitata dal collo chirurgico)	€ 2.500,00	€ 500,00	€ 1.000,00
	▪ Epifisi distale (delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	€ 2.500,00	€ 500,00	€ 1.000,00
<input type="checkbox"/>	Arto inferiore (destra o sinistra) - Frattura rotula			
	▪ Frattura rotula	€ 500,00	€ 500,00	€ 1.000,00
<input type="checkbox"/>	Arto inferiore (destra o sinistra) - Frattura tibia			
	▪ Diafisaria	€ 400,00	€ 250,00	€ 500,00
	▪ Estremità superiore (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	€ 650,00	€ 250,00	€ 500,00
	▪ Estremità inferiore (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	€ 650,00	€ 250,00	€ 500,00
<input type="checkbox"/>	Arto inferiore (destra o sinistra) - Frattura perone			
	▪ Diafisaria	€ 250,00	€ 250,00	€ 500,00
	▪ Estremità superiore (capitello o faccetta articolare tibiale)	€ 400,00	€ 250,00	€ 500,00
	▪ Estremità inferiore (malleolo laterale o faccetta articolare)	€ 500,00	€ 250,00	€ 500,00
<input type="checkbox"/>	Arto inferiore (destra o sinistra) - Piede - Tarso			
	▪ Frattura astragalo	€ 1.500,00	€ 250,00	
	▪ Frattura calcagno	€ 1.750,00	€ 250,00	
	▪ Frattura scafoide	€ 400,00	€ 250,00	
	▪ Frattura cuboide	€ 500,00	€ 250,00	
	▪ Frattura cuneiforme	€ 150,00	€ 250,00	
<input type="checkbox"/>	Arto inferiore (destra o sinistra) - Piede - Metatarsi			
	▪ Frattura I° metatarsale	€ 500,00	€ 250,00	
	▪ Frattura II° o III° o IV° o V° metatarsale	€ 250,00	€ 250,00	
<input type="checkbox"/>	Arto inferiore (destra o sinistra) - Piede - Falangi			
	▪ Frattura alluce (I° o II° falange)	€ 350,00	€ 250,00	
	▪ Frattura I° o II° o III° falange di ogni altro dito del piede	€ 150,00	€ 250,00	

Polizza Infortuni Tesserati Federazione Italiana Pallacanestro

Tipologia di lesione	Indennizzo da Infortunio	Massimali	
		Rimborso Spese di Cura documentate	Rimborso Spese Fisioterapiche documentate
Lesioni particolari			
▪ Asportazione chirurgica di parte di teca cranica (indipendentemente dall'estensione della breccia)	€ 2.000,00	€ 1.500,00	
▪ Rottura milza con splenectomia	€ 2.500,00	€ 1.500,00	
▪ Rottura rene con nefrectomia	€ 5.650,00	€ 1.500,00	
▪ Esiti epatectomia (oltre un terzo del parenchima)	€ 2.500,00	€ 1.500,00	
▪ Gastresezione estesa (oltre la metà) o gastrectomia totale	€ 15.000,00	€ 1.500,00	
▪ Resezione del tenue (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) - non cumulabile	€ 7.500,00	€ 1.500,00	
▪ Resezione del tenue (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) - non cumulabile	€ 15.000,00	€ 1.500,00	
▪ Resezione parziale del colon con integrità del retto - non cumulabile	€ 5.650,00	€ 1.500,00	
▪ Colectomia totale - non cumulabile	€ 15.000,00	€ 1.500,00	
▪ Amputazione addomino-perineale e ano preternaturale (non cumulabile)	€ 30.000,00	€ 1.500,00	
▪ Colectistectomia - non cumulabile	€ 650,00	€ 1.500,00	
▪ Safenectomia monolaterale o emorroidectomia	€ 500,00	€ 1.500,00	
▪ Safenectomia bilaterale (non cumulabile)	€ 1.500,00	€ 1.500,00	
▪ Epatiti tossiche o infettive (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	€ 2.500,00	€ 1.500,00	
▪ Portatore asintomatico anticorpo positivo (HIV+)	€ 500,00	€ 1.500,00	
▪ Pancreatectomia subtotale (oltre la metà) o totale (non cumulabile)	€ 18.750,00	€ 1.500,00	
▪ Ernia crurale o ipoepigastrica o ombelicale o diaframmatica (trattata chirurgicamente)	€ 400,00	€ 1.500,00	
▪ Ernia inguinale (trattata chirurgicamente)	€ 650,00	€ 1.500,00	
▪ Lobectomia polmonare	€ 5.650,00	€ 1.500,00	
▪ Pneumonectomia	€ 11.250,00	€ 1.500,00	
▪ Protesi su aorta toracica	€ 7.500,00	€ 1.500,00	
▪ Protesi su aorta addominale	€ 5.650,00	€ 1.500,00	
▪ Perdita anatomica di un globo oculare	€ 13.150,00	€ 1.500,00	
▪ Cecità monolaterale (perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	€ 9.400,00	€ 1.500,00	
▪ Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	€ 50.000,00	€ 1.500,00	
▪ Sordità completa unilaterale	€ 4.500,00	€ 1.500,00	
▪ Sordità completa bilaterale	€ 18.750,00	€ 1.500,00	
▪ Perdita naso (oltre i due terzi)	€ 11.250,00	€ 1.500,00	
▪ Cordectomia	€ 5.650,00	€ 1.500,00	
▪ Emilaringectomia	€ 9.400,00	€ 1.500,00	
▪ Laringectomia	€ 18.750,00	€ 1.500,00	
▪ Perdita lingua (oltre i due terzi)	€ 35.000,00	€ 1.500,00	
▪ Perdita completa di un padiglione auricolare	€ 2.000,00	€ 1.500,00	
▪ Perdita completa di entrambi i padiglioni auricolari	€ 5.650,00	€ 1.500,00	
▪ Ernia discale da sforzo (unica o plurima - trattata/e chirurgicamente)	€ 2.000,00	€ 1.500,00	€ 1.500,00
▪ Rottura sottocutanea tendine d'achille (trattata chirurgicamente)	€ 500,00	€ 1.500,00	€ 500,00
▪ Protesi d'anca (non cumulabile)	€ 7.500,00	€ 1.500,00	€ 1.500,00
▪ Protesi di ginocchio (non cumulabile)	€ 9.400,00	€ 1.500,00	€ 1.500,00
▪ Patellectomia totale	€ 2.500,00	€ 1.500,00	
▪ Patellectomia parziale	€ 500,00	€ 1.500,00	
▪ Perdita anatomica di un testicolo	€ 650,00	€ 1.500,00	
▪ Perdita anatomica dei due testicoli	€ 9.400,00	€ 1.500,00	
▪ Perdita anatomica del pene	€ 11.250,00	€ 1.500,00	

Polizza Infortuni Tesserati Federazione Italiana Pallacanestro

Tipologia di lesione	Indennizzo da Infortunio	Massimali	
		Rimborso Spese di Cura documentate	Rimborso Spese Fisioterapiche documentate
• Isterectomia (non cumulabile)	€ 7.500,00	€ 1.500,00	
▪ Isteroannessiectomia bilaterale	€ 11.250,00	€ 1.500,00	
▪ Ovariectomia o salpingectomia monolaterale	€ 650,00	€ 1.500,00	
Lesioni muscolo-tendinee			
▪ Rottura della cuffia dei rotatori (trattata chirurgicamente) - non cumulabile	€ 2.250,00	€ 1.500,00	€ 1.500,00
▪ Rottura del tendine distale del bicipite brachiale (trattata chirurgicamente)	€ 650,00	€ 500,00	€ 500,00
▪ Rottura del tendine prossimale del bicipite brachiale (trattata chirurgicamente)	€ 1.750,00	€ 500,00	€ 500,00
▪ Rottura dei tendini delle dita di una mano (trattata chirurgicamente) - valore massimo per ogni dito	€ 400,00	€ 250,00	
▪ Rottura dei tendini del quadricipite femorale (trattata chirurgicamente) - non cumulabile	€ 1.500,00	€ 1.000,00	€ 1.000,00
▪ Lussazione articolazione temporo-mandibolare (documentata radiologicamente)	€ 500,00	€ 500,00	€ 500,00
▪ Lussazione recidivante gleno-omeroale (trattata chirurgicamente)	€ 1.750,00	€ 750,00	€ 750,00
▪ Lussazione gleno-omeroale (evidenziata radiologicamente)	€ 650,00	€ 250,00	
▪ Lussazione sterno-claveare (trattata chirurgicamente)	€ 400,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Lussazione acromion-claveare (trattata chirurgicamente)	€ 500,00	€ 500,00	€ 500,00
▪ Lussazione gomito (evidenziata radiologicamente)	€ 1.500,00	€ 500,00	€ 500,00
▪ Lussazione radio-carpica (trattata chirurgicamente) - non cumulabile	€ 650,00	€ 250,00	
▪ Lussazione mf o if 2° - 3° - 4° - 5° dito della mano (evidenziata radiologicamente) - valore massimo per ogni dito	€ 350,00	€ 250,00	
▪ Lussazione mf o if pollice (trattata chirurgicamente)	€ 500,00	€ 250,00	
▪ Lussazione d'anca (documentata radiologicamente)	€ 2.500,00	€ 250,00	€ 250,00
▪ Lussazione metatarso-falangea o if dell'alluce (documentata radiologicamente)	€ 250,00	€ 250,00	
▪ Lussazione metatarso-falangea o if II° o III° o IV° o V° dito del piede (documentata radiologicamente)	€ 150,00	€ 250,00	
▪ Lesione dei legamenti collaterali del ginocchio (trattata chirurgicamente)	€ 650,00	€ 1.000,00	€ 1.000,00
▪ Lesioni del crociato anteriore o posteriore o del piatto tibiale (trattate chirurgicamente) - non cumulabili tra loro	€ 2.000,00	€ 1.000,00	€ 1.000,00
▪ Lesioni isolate della capsula o meniscali (trattate chirurgicamente) - non cumulabili tra loro	€ 350,00	€ 500,00	€ 500,00
▪ Lesione tendine rotuleo (trattata chirurgicamente)	€ 350,00	€ 250,00	
▪ Lesioni capsulo-legamentose della tibio-peroneo-astragalica (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro.	€ 1.500,00	€ 1.250,00	€ 1.250,00
Amputazioni			
<input type="checkbox"/> Amputazioni - Arto superiore			
▪ Amputazione oltre i due terzi dell'arto superiore	€ 40.000,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione oltre i due terzi dell'avambraccio	€ 35.000,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione di una mano o di tutte le dita di una mano	€ 32.500,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e indice e medio e anulare	€ 26.000,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e indice e medio e mignolo	€ 29.000,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e indice e anulare e mignolo	€ 28.000,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e medio e anulare e mignolo	€ 18.750,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione indice e medio e anulare e mignolo	€ 16.500,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e indice e medio	€ 16.900,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e indice e anulare	€ 15.750,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e indice e mignolo	€ 17.650,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e medio e anulare	€ 14.250,00	€ 2.500,00	€ 500,00

Polizza Infortuni Tesserati Federazione Italiana Pallacanestro

▪ Amputazione pollice e medio e mignolo	€ 16.150,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e anulare e mignolo	€ 15.000,00	€ 2.500,00	€ 500,00
Tipologia di lesione	Indennizzo da Infortunio	Massimali	
		Rimborso Spese di Cura documentate	Rimborso Spese Fisioterapiche documentate
▪ Amputazione indice e medio e anulare	€ 12.000,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione indice e medio e mignolo	€ 13.900,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione medio e anulare e mignolo	€ 11.250,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e indice	€ 13.150,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e medio	€ 13.150,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e anulare	€ 10.500,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione pollice e mignolo	€ 12.400,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione indice e medio	€ 9.000,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione indice e anulare	€ 8.250,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione indice e mignolo	€ 10.150,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione medio e anulare	€ 6.750,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione medio e mignolo	€ 8.650,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione anulare e mignolo	€ 7.500,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione oltre i due terzi del pollice	€ 7.500,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione oltre i due terzi dell'indice	€ 5.250,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione oltre i due terzi del medio	€ 2.500,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione oltre i due terzi dell'anulare	€ 1.750,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione oltre i due terzi del mignolo	€ 4.500,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione oltre i due terzi della falange ungueale del pollice	€ 4.900,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione oltre i due terzi della falange ungueale dell'indice	€ 1.250,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione oltre i due terzi della falange ungueale del medio	€ 900,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione oltre i due terzi della falange ungueale dell'anulare	€ 650,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione oltre i due terzi della falange ungueale del mignolo	€ 1.150,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione della II° e III° falange dell'indice	€ 2.500,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione della II° e III° falange del medio	€ 2.000,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione della II° e III° falange dell'anulare	€ 1.500,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione della II° e III° falange del mignolo	€ 2.250,00	€ 2.500,00	€ 500,00
<input type="checkbox"/> Amputazioni - Arto inferiore			
▪ Amputazione oltre i due terzi dell'arto inferiore (al di sopra della metà della coscia)	€ 35.000,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione al di sotto della metà della coscia (ma al di sopra del ginocchio)	€ 32.500,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione totale o oltre i due terzi della gamba (al di sotto del ginocchio)	€ 32.500,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Amputazione di gamba al terzo inferiore	€ 18.750,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Perdita di un piede	€ 16.900,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarsale	€ 10.150,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Perdita di ambedue i piedi	€ 50.000,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Perdita dell'alluce	€ 1.500,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Perdita della falange ungueale dell'alluce	€ 400,00	€ 2.500,00	€ 500,00
▪ Perdita di ogni altro dito del piede	€ 150,00	€ 2.500,00	€ 500,00



Tipologia di lesione	Indennizzo da Infortunio	Massimali	
		Rimborso Spese di Cura documentate	Rimborso Spese Fisioterapiche documentate
Lesioni dentarie			
▪ Rottura incisivo centrale superiore (per ogni dente)		€ 150,00	
▪ Rottura incisivo centrale inferiore (per ogni dente)		€ 150,00	
▪ Rottura incisivo laterale (per ogni dente)		€ 150,00	
▪ Rottura canini (per ogni dente)		€ 150,00	
▪ Rottura primi premolari (per ogni dente)		€ 150,00	
▪ Rottura secondi premolari (per ogni dente)		€ 150,00	
▪ Rottura primi molari (per ogni dente)		€ 150,00	
▪ Rottura secondi molari (per ogni dente)		€ 150,00	
▪ Rottura terzo molare superiore		€ 150,00	
▪ Rottura terzo molare inferiore		€ 150,00	

Per il rimborso delle "Spese di Cura" e delle "Spese Fisioterapiche" la Società effettuerà, a cura ultimata, il rimborso delle spese effettivamente sostenute agli aventi diritto previa presentazione dei documenti giustificativi in originale (fatture, notule o ricevute) debitamente quietanzati.

Art. 07 Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo delle entità delle lesioni, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, all'Assicurato verrà corrisposto l'importo massimo di Euro 3.000,00.

Art. 08 Danno estetico

La Società rimborsa fino ad un massimo di Euro 1.500,00 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, resi necessari da infortunio e/o lesioni previste nella "Tabella delle tipologie di lesione indennizzabili". Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 09 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 di 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.

Art. 10 Protesi

Spese per protesi ortopediche sostitutive di parti anatomiche, resesi necessarie in conseguenza di infortunio occorso in attività sportiva coperta di assicurazione, fino alla concorrenza dell'importo massimo di Euro 2.500,00 per persona e per anno assicurativo (giustificate da specifica prescrizione medica specialistica).



Art. 11 Virus H.I.V.

A parziale deroga di quanto disposto alla lettera "m" dell'Art. 19 (Rischi esclusi dall'assicurazione), qualora l'Assicurato risulti sieropositivo a seguito di contagio da virus H.I.V. avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna durante lo svolgimento delle attività inerenti il contratto, la Società mette a disposizione dell'Assicurato un capitale equivalente ad Euro 10.000,00. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni della Società verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'assicurazione, le persone affette da emofilia e tossicomania, nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro. Il diritto a questa indennità è di carattere personale e, quindi non è trasmissibile agli eredi e deve essere esercitato, a pena di nullità, esclusivamente nelle seguenti forme:

- qualora l'Assicurato ritenga o supponga di essere stato contagiato dal virus H.I.V. deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, denunciare alla Società l'evento dannoso ritenuto causa del presunto contagio da virus H.I.V. È fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare alla Società 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 dalla Società, 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 al secondo test immunologico risultasse lo status di sieropositività, la Società 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 la analisi, prima di sottoporsi ad ogni test immunologico. Resta inteso che l'esposizione massima della Società per uno o più sinistri che dovessero interessare la presente garanzia sarà pari ad Euro 200.000,00. Nell'eventualità che il sinistro dovesse colpire più di n. 20 assicurati gli indennizzi spettanti saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

SEZIONE 3

ALLENATORI E PREPARATORI FISICI - ISTRUTTORI MINIBASKET
DIRIGENTI SOCIETARI – MEDICI – MASSOFISIOTERAPISTI
ARBITRI - MINIARBITRI - UFFICIALI DI CAMPO

Art. 12	Criteri di indennizzabilità (Morte ed Invalidità Permanente)	Pag. 18
Art. 13	Rischio in itinere	Pag. 18
Art. 14	Estensione della garanzia alle ernie e agli sforzi	Pag. 19
Art. 15	Franchigia assoluta per Invalidità Permanente	Pag. 19
Art. 16	Rimborso Spese Mediche da Infortunio	Pag. 19
Art. 17	Franchigia per Rimborso Spese Mediche da Infortunio	Pag. 19



Art. 12 Criteri di indennizzabilità (Morte ed Invalidità Permanente)

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.

□ Caso Morte

In caso di morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed a causa di esso, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi. Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma prevista per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile. Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subito. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per la garanzia Invalidità Permanente prevista dall'Art. 01 (Oggetto dell'assicurazione) o per l'invalidità permanente prevista dall'Art. 18 (Rischi compresi nell'assicurazione - Lettera "o"); tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove questa sia maggiore. In caso di decesso dell'Assicurato, conseguente ad uno degli eventi coperti di assicurazione, la Società provvederà al rimborso delle spese funerarie, compreso il trasporto e trasferimento salma, entro il limite massimo di Euro 1.000,00.

□ 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 2 anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di invalidità permanente per industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 Giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni.

Art. 13 Rischio in itinere

L'assicurazione è estesa ai viaggi e ai trasferimenti effettuati con normali mezzi di trasporto privati (anche in qualità di trasportati), a piedi o con normali mezzi di trasporto pubblici o da noleggio e decorre da quando il tesserato lascia la sua residenza e/o domicilio abituale per recarsi allo svolgimento delle attività previste nell'Art. 01 (Oggetto dell'assicurazione), e cessa al momento in cui vi rientra. L'uso dei normali mezzi di trasporto privati vale solo ed esclusivamente in occasione delle partite ufficiali e per gli Arbitri, i Giudici, i Medici ed i Massofisioterapisti anche durante i viaggi e i trasferimenti effettuati per l'espletamento degli incarichi loro affidati.

Art. 14 Estensione della garanzia alle ernie e agli sforzi

Fermi i criteri di indennizzabilità di cui al precedente Art. 12 (Criteri di indennizzabilità – Morte ed Invalidità Permanente), la garanzia comprende, limitatamente ai casi di invalidità permanente e ricovero in istituto di cura, le ernie da causa violenta, nonché le lesioni muscolari da sforzi.

Resta inteso che l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, viene liquidata esclusivamente un'indennità a titolo di invalidità permanente in misura non superiore al 10% della relativa somma assicurata.

Art. 15 Franchigia assoluta per Invalidità Permanente

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari od inferiore al 3% della totale. Per invalidità permanente superiore a detta percentuale, l'indennizzo viene liquidato solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 3%.

Art. 16 Rimborso Spese Mediche da Infortunio

I rimborsi saranno forniti dalla Società entro il limite massimo di Euro 2.500,00 per ogni Assicurato e per annualità assicurativa, complessivamente per tutte le prestazioni di cura di seguito specificate:

- Prestazioni di ricovero con intervento chirurgico:
Il rimborso sarà fornito in caso di intervento chirurgico resosi necessario in conseguenza dell'evento sportivo – infortunio – coperto di assicurazione e riguarderà:
 - Accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei novanta giorni precedenti l'intervento;
 - Trasferimento dell'Assicurato con qualunque mezzo di trasporto in istituto di cura o in ambulatorio ai fini dell'intervento, in Italia ed all'estero;
 - Onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiali di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
 - Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici o rieducativi, medicinali ed esami post-intervento.

- Prestazioni di ricovero senza intervento chirurgico:
Il rimborso sarà fornito in caso di ricovero senza intervento chirurgico resosi necessario in conseguenza dell'evento sportivo – infortunio – coperto di assicurazione e riguarderà:
 - Accertamenti diagnostici effettuati durante il ricovero;
 - Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicine riguardanti il periodo di ricovero;
 - Rette di degenza per il periodo di ricovero indispensabile su attestazione del curante in relazione alla situazione clinica dell'Assicurato.

Art. 17 Franchigia per Rimborso Spese Mediche da Infortunio

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 Euro 100,00.

SEZIONE 4
CONDIZIONI GENERALI VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI

Art. 18	Rischi compresi nell'assicurazione	Pag. 21
Art. 19	Rischi esclusi dall'assicurazione	Pag. 22
Art. 20	Cessazione della copertura	Pag. 22
Art. 21	Persone non assicurabili	Pag. 22
Art. 22	Limiti di età	Pag. 23
Art. 23	Limiti territoriali	Pag. 23
Art. 24	Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione	Pag. 23
Art. 25	Assicurazione in base al numero	Pag. 23
Art. 26	Regolazione premio	Pag. 24
Art. 27	Dichiarazioni del Contraente e forma delle comunicazioni	Pag. 24
Art. 28	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	Pag. 24
Art. 29	Variazione nella persona del Contraente	Pag. 24
Art. 30	Esonero denuncia altre assicurazioni	Pag. 25
Art. 31	Modifiche dell'assicurazione	Pag. 25
Art. 32	Variazioni di rischio	Pag. 25
Art. 33	Identificazione delle persone assicurate	Pag. 25
Art. 34	Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni	Pag. 25
Art. 35	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	Pag. 26
Art. 36	Liquidazione	Pag. 26
Art. 37	Limitazione della garanzia per sinistri catastrofici	Pag. 27
Art. 38	Rinuncia al diritto di surroga	Pag. 27
Art. 39	Controversie	Pag. 27
Art. 40	Oneri	Pag. 27
Art. 41	Foro Competente	Pag. 27
Art. 42	Ininfluenza degli obblighi assicurativi di legge	Pag. 27
Art. 43	Rinvio alle norme di legge	Pag. 27
Art. 44	Durata dell'assicurazione	Pag. 28
Art. 45	Rescissione del contratto	Pag. 28
Art. 46	Validità esclusiva delle norme dattiloscritte	Pag. 28
Art. 47	Clausola Broker e domiciliazione	Pag. 28

Art. 18 Rischi compresi nell'assicurazione

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) l'assideramento, il congelamento e/o i colpi di sole o di calore;
- c) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- d) l'asfissia non di origine morbosa;
- e) l'annegamento;
- f) le lesioni determinate da sforzi;
- g) 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;
- h) le conseguenze delle infezioni (escluso il carbonchio), nonché degli avvelenamenti causate da morsi di animali e punture di insetti (escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari) esclusa comunque la malaria;
- i) 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;
- j) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza.
- k) 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 purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- l) a condizione che l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, gli infortuni derivanti da:
 1. guida di ciclomotori;
 2. 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;
- m) gli infortuni avvenuti nell'ambito dello svolgimento delle attività coperte dalla presente polizza anche se occorsi durante il servizio militare in tempo di pace;
- n) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a gare e relative allenamenti aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- o) 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 di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclub. La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è disceso. La garanzia opera esclusivamente nei casi in cui l'Assicurato utilizzi i suddetti mezzi di trasporto per conto della Federazione Italiana Pallacanestro o, comunque, al fine di svolgere attività rientranti nell'ambito degli scopi della Federazione Italiana Pallacanestro.

Art. 19 Rischi esclusi dall'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 lettere "f" ed "o" dell'Art. 18 (Rischi compresi nell'assicurazione);
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- c) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti), salvo quanto previsto nella precedente lettera "a";
- d) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, o relative prove, ippiche o ciclistiche salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio) salvo quanto disposto nella lettera "o" dell'Art. 18 (Rischi compresi nell'assicurazione);
- f) gli infortuni causati da guerra, tumulti popolari (salvo quanto previsto nella lettera "g" dell'Art. 18 - Rischi compresi nell'assicurazione), movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- g) gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- h) gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) gli infortuni derivanti dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o con accesso a ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), guidoslitta, immersioni con autorespiratore, speleologia, salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, hockey, rafting, canoa fluviale, rugby, football americano, paracadutismo, sport aerei in genere;
- j) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti, trattamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- k) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche; le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologico;
- l) AIDS, sieropositività H.I.V., malaria, carbonchio, salvo quanto previsto al precedente artt. 12.

Art. 20 Cessazione della copertura

La copertura prestata ai sensi del presente contratto cesserà immediatamente qualora l'Assicurato dovesse risultare positivo a controlli antidoping; contestualmente, verrà meno il diritto dell'Assicurato ad eventuali indennizzi non ancora liquidati.

Art. 21 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive. Non sono assicurabili inoltre le persone affette da diabete in terapia con insulina ed epilessia ad eccezione delle persone in possesso di regolare Certificato di Idoneità Sportiva (sono comunque esclusi gli infortuni riconducibili al manifestarsi della malattia). L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Art. 22 Limiti di età

Le garanzie sono prestate senza limiti di età.

Art. 23 Limiti territoriali

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 24 Pagamento del premio e decorrenza dell'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. Il premio di Euro 1.099.795,00 viene corrisposto in n. 2 rate uguali, ciascuna pari ad Euro 549.897,50; 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 ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza ed il premio o la prima rata di premio verrà pagata entro i 30 giorni successivi alla data di decorrenza della stessa, in caso diverso avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Per le rate successive alla prima è concesso un termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto alle ore 24:00 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. Trascorso il termine di 30 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. 25 Assicurazione in base al numero

L'assicurazione vale per i Tesserati della Federazione Italiana Pallacanestro appartenenti alle seguenti categorie e inizialmente in numero di:

- | | |
|---|--------------|
| a) Atleti | : N. 167.350 |
| b) Atleti Minibasket | : N. 125.000 |
| c) Arbitri, Ufficiali di gara e Arbitri amatoriali | : N. 4.000 |
| d) Miniarbitri | : N. 2.000 |
| e) 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 | : N. 500 |
| f) Dirigenti Societari | : N. 20.000 |
| g) Allenatori e Preparatori Fisici (Tecnici) | : N. 14.000 |
| h) Istruttori Minibasket | : N. 6.000 |
| i) Ufficiali di campo | : N. 3.000 |
| j) Medici | : N. 500 |
| k) Massofisioterapisti | : N. 300 |

Art. 26 Regolazione premio

Il premio indicato in polizza deve considerarsi quale premio minimo anticipato alla Società per ciascun anno assicurativo. Entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione si procederà alla regolazione del premio definitivo avuto riguardo alla consistenza numerica effettiva degli Assicurati tesserati per ciascuna categoria, riferiti all'anno assicurativo decorso. La mancata comunicazione da parte del Contraente entro il termine anzidetto dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva. Gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio). Non si darà luogo ad indennizzi in proporzione qualora gli elementi variabili di cui sopra non diano origine ad una differenza attiva per la Compagnia; la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente. Quanto sopra si applica anche ai contratti scaduti. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie. Resta inteso che, in nessun caso, la somma dovuta a titolo di premio minimo annuo potrà essere inferiore ad Euro 1.072.970,73 imponibili.

Art. 27 Dichiarazioni del Contraente e 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 o telefax. Relativamente alle comunicazioni amministrative, le stesse potranno essere inoltrate anche tramite posta elettronica.

Art. 28 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Unicamente in caso di dolo, 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 Codice Civile.

Art. 29 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. 30 Esonero denuncia altre assicurazioni

La Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da essi stipulate per il medesimo rischio.

Art. 31 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 32 Variazioni di rischio

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 deve darne immediata comunicazione alla Società. Il Contraente si impegna inoltre a comunicare alla Società tutte le modifiche delle norme federali ed ogni altra circostanza che comporti una variazione od un aggravamento del rischio, ai sensi di quanto previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile. Se la variazione implica aggravamento di rischio la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata. Se la variazione 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.

Art. 33 Identificazione delle persone assicurate

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Tali persone dovranno essere in condizioni di assicurabilità a norma dell'Art. 21 (Persone non assicurabili). Per la materiale identificazione degli Assicurati si farà riferimento agli elenchi ed alla documentazione ufficiale riportanti i nominativi dei tesserati redatti dal Contraente o dalle Società, Associazioni e Unioni Sportive ad esso affiliate, ed alla data di tesseramento riportata sulla tessera.

Art. 34 Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni

Il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare le infermità, i difetti fisici o le mutilazioni 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. 04 (Criteri di indennizzabilità - Morte e Lesioni) e dell'Art. 12 (Criteri di indennizzabilità - Morte ed Invalidità Permanente). Relativamente alla garanzia prevista nella lettera "o" dell'Art. 18 (Rischi compresi nell'assicurazione), se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente sana, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche, ma sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art. 35 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

□ Denuncia di lesioni e/o infortuni

La denuncia degli infortuni e/o lesioni previste nella "Tabella delle tipologie di lesione indennizzabili", con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che le hanno determinate, corredata da ogni documentazione clinica atta ad accertare le lesioni subite e la loro indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto ed inviata alla Società entro 30 giorni dall'evento stesso o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli Artt. 1913 e 1915 del C. C. La documentazione di cui sopra deve consentire inequivocabilmente l'identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relativo referto, nel caso di fratture e/o lesioni particolari è necessario che il referto clinico radiologico evidenzi la diagnosi in modo chiaro e specifico e sia redatto da un Pronto Soccorso pubblico e/o una struttura privata equivalente (clinica, casa di cura, ecc...). 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 verificarsi il sinistro. Entro 30 giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante. Qualora l'infortunio interessi solo ed esclusivamente le cure dentarie, l'infortunato non è tenuto a presentare alla Società il certificato di guarigione. Ricevuta la necessaria documentazione, La Società, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro. L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questi ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

□ Denuncia della morte

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. 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 ed inviata alla Società entro 30 giorni dall'evento stesso o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli Artt. 1913 e 1915 del Codice Civile.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Art. 36 Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione, valutato il danno, verificata l'operatività delle garanzie prestate e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento. È facoltà della Società richiedere in visione copia della cartella clinica personale dell'Assicurato. Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato 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. L'indennizzo viene corrisposto in Italia nella valuta avente corso legale in Italia. La Società non è tenuta a corrispondere anticipi.

Art. 37 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 Euro 5.000.000,00. Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 38 Rinuncia al diritto di surroga

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. 39 Controversie

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze degli eventi indennizzabili a termini di polizza le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato 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 i quali tenendo presenti le condizioni di polizza e le norme di legge, prenderanno decisioni inappellabili e vincolanti per le Parti. 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 lei designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il 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 anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 40 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. 41 Foro Competente

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

Art. 42 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. 43 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 44 Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha inizio dalle ore 00:00 del 01 Luglio 2007 e terminerà alle ore 24:00 del 30 Giugno 2010. Alla scadenza di tale periodo il contratto cesserà irrevocabilmente senza obbligo di disdetta, essendo esclusa la clausola di tacito rinnovo. Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto con lettera raccomandata da inviarsi tre mesi prima di ogni scadenza annuale. Il Contraente si riserva la facoltà di procedere al rinnovo o alla proroga del contratto, qualora ne ricorrano i presupposti di legge e secondo le modalità e condizioni previsti dalla legge stessa, previa comunicazione scritta alla Società almeno 60 giorni prima della scadenza annuale; il rinnovo o la proroga può essere richiesto di anno in anno per un massimo di tre anni dalla scadenza contrattuale. La Società s'impegna inoltre a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 180 giorni. Tale proroga è finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 30 giorni dall'inizio della proroga stessa.

Art. 45 Rescissione del contratto

Dopo la definizione di ogni sinistro e fino al 60° giorno dell'eventuale pagamento, le parti possono recedere dall'assicurazione mediante lettera raccomandata con preavviso di 90 giorni, fermo l'impegno della Compagnia a terminare l'annualità assicurativa. Qualora il termine di preavviso venga a cadere successivamente alla data prevista per il rinnovo annuale di polizza (ovvero oltre il 30 Giugno di ogni anno), per termine dell'annualità assicurativa deve intendersi quello dell'annualità nella quale scade il predetto termine di preavviso. La Società inoltre può recedere dal contratto di assicurazione secondo quanto stabilito all'Art. 32 (Variazioni di rischio).

Art. 46 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Art. 47 Clausola Broker e domiciliazione

Per la stipulazione e gestione della presente polizza il Contraente dichiara di aver affidato, per l'intera durata della copertura, l'incarico al Broker Aon S.p.A. - Via Andrea Ponti, 8/10 - 20143 - Milano, quale Broker iscritto alla Sezione B, di cui al Registro Unico degli Intermediari, ai sensi dell'Art. 109, D.Lgs 209/2005 e s.m.i. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso. Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato. La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico.



Appendice "Atleti Svincolati":

"La presente appendice alla polizza n. 1787/77/21000700 è efficace per gli "Atleti Svincolati", ovvero quelli in assenza di vincolo sportivo dalle ore 00:00 del 01 Luglio di ogni anno, alle stesse condizioni della categoria "Atleti", dalla data della richiesta del singolo atleta fino alle ore 24:00 del 15 Ottobre di ogni anno. Il premio lordo pro capite convenuto è pari ad Euro 10,00 per il predetto periodo (dalle ore 00:00 del 01 Luglio di ogni anno alle ore 24:00 del 15 Ottobre di ogni anno).

Le garanzie saranno operanti limitatamente all'effettiva durata della/e partita/e (gare e/o tornei), compresa/e la/e fase/i preliminare/i di riscaldamento pre-partita, per la quale la Federazione Italiana Pallacanestro abbia fornito il servizio arbitrale e gli ufficiali di campo.

Per la materiale identificazione degli Assicurati si farà riferimento agli elenchi ed alla documentazione ufficiale riportanti la data di richiesta della copertura".

La CONTRAENTE

La Compagnia

