CAPITOLATO DI GARA

CONVENZIONE MULTIRISCHI INFORTUNI E RCT-RCTO FISPES

Decorrenza 30.06.2024
Scadenza 31.12.2026

NR POLIZZE

COMPAGNIA: REALE MUTUA
INFORTUNI **3132268**
RCTO **2570427**

DEFINIZIONI

Assicurato
Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Atleti Nazionali
Atleti Nazionali definiti tali quando convocati da Organi Federali per attività di rappresentanza sportiva nazionale o internazionale

Beneficiario
L'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

Contraente
Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il relativo premio.

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.

Indennizzo
per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 03.02.2012, al netto della franchigia prevista dalla presente convenzione

Infortunio
ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Invalidità permanente
Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Inabilità temporanea
Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni.

Istituto di cura
Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

Massimale
L'importo massimo della prestazione dell'Assicuratore.

Premio
La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Ricovero
Periodo di degenza in istituto di cura. Viene considerata ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purché certificata da cartella clinica.

Rischio
La probabilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto
L'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri.

Sinistro
Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Soggetti A
Presidente, Segretario Generale, Segretario, Componenti del consiglio direttivo, Componenti di Giunta e del Consiglio Nazionale, Collegio Revisori dei Conti, Presidenti dei Comitati Regionali, Componenti Organi Centrali/ Territoriali (Componenti di Giunta e Consiglio Regionale), Componenti Organi Centrali / Territoriali / di Giustizia, Delegati Provinciali, tutti i soggetti normodotati (collaboratori federali che non svolgono attività sportiva rientranti tra le figure previste dalla L.36/2021), dipendenti, dipendenti con la qualifica di "Quadro" e tutti i soggetti incaricati formalmente dall'Ente.

Tesserato / Volontari
Ogni singolo soggetto Tesserato/Aderenti con la Contraente come si evince dai documenti ufficiali e dagli elenchi forniti dai CASP, INAIL, Unità Spinali, Istituti scolastici, SSN, Comitati Regionali, Volontari sportivi (*D.Lgs 120/2023*)

Atleta Club Paralimpico/Club Deaflympics/ Club Azzurro Top
Atleta tesserato.

Tessera Divulgativa Promozionale Non Agonistica Attività presso la struttura di un Ente affiliato, sotto la vigilanza di un tecnico e/o istruttore federale. (Validità 15 GG)

Trattamento chirurgico
Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in istituto di cura.

CONVENZIONE ASSICURATIVA MULTIRISCHI PRESTATA A FAVORE DEL COMITATO ITALIANO PARALIMPICO, AI SUOI TESSERATI/ ADERENTI ED ORGANI TERRITORIALI

CONDIZIONI GENERALI

Art. 1 Titoli che danno diritto all'assicurazione

I titoli che costituiscono diritto (senza distinzione di attività praticata, rientrante comunque negli scopi del Comitato Italiano Paralimpico, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata) alle garanzie assicurative sono:

- la Tessera nominativa e numerata;
- gli elenchi ufficiali dei Tesserati/Aderenti/Atleti, registrati in appositi software e/o archivi cartacei (in tal caso è necessaria una dichiarazione del C.I.P.);
- il contratto di assicurazione per il Contraente.

Art. 2 Durata del contratto

Il presente contratto ha effetto dalle ore 24.00 del 30/06/2024 con scadenza il 31/12/2026, senza tacito rinnovo.

Tuttavia sia alla Società, sia al Contraente è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera inviata a mezzo PEC da inviarsi 120 giorni prima della suddetta scadenza.

L'Assicurato ha facoltà di richiedere alla Compagnia alla naturale scadenza del 31.12.2026, la proroga della convenzione assicurativa fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione di nuova convenzione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni, e la Società si impegna a concederlo alle stesse condizioni economiche e normative, anche per recesso anticipato per sinistro o alla scadenza intermedia della polizza.

Art. 3 Coassicurazione - *(se applicabile)*

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote tra diverse Società Coassicuratrici, la compagnia delegataria, in via solidale, sarà tenuta a rispondere di tutti gli obblighi derivanti dal contratto assicurativo.

Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla Società, la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società. La sottoscritta Società dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società sui Documenti di assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Art. 4 Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento delle rate di premio così come indicato in polizza.
Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento del rilascio del titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi dell'Art. 1 del presente contratto "Titoli che danno diritto all'assicurazione", e scade il 31/12 successivo di ogni anno, ferma restando la disponibilità da parte della Contraente di inviare alla Società, su supporto meccanografico, l'elenco nominativo di tutti i Tesserati iscritti, nonché gli elenchi o calendari contenenti l'indicazione della data e del luogo delle gare e/o manifestazioni organizzate sotto l'egida della Federazione.
I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del broker.
In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30/06/2024, anche se la prima rata di premio non è stata pagata. Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 60 giorni. Trascorso tale termine, senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio verrà effettuato, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. I medesimi termini di applicano al pagamento di proroghe e/o rinnovi.
Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo, in data posteriore all'adesione alla Convenzione ma anteriore alla segnalazione dei nominativi alla Società, quest'ultima esprime riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del sinistro.

L'assicurazione vale pregiudizialmente solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi della legge dello Statuto e dei Regolamenti della Contraente, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti dalla Contraente stessa, e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dall'organizzazione dalla Federazione.

Limitatamente alla Sezione Infortuni l'assicurazione cesserà comunque alle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza del tesseramento stesso anche nel caso di cessazione di validità dell'assicurazione.
Sempre e solo limitatamente alla Sezione Infortuni, in caso di omesso pagamento del premio da parte del Contraente, qualora l'assicurato possa esibire la tessera associativa per la qualifica rivestita al momento del sinistro rilasciata prima della data dell'Infortunio, la Società provvederà ad erogare l'indennizzo fatto salvo il diritto di rivalsa ai sensi dell'articolo 1916 del c.c.

Art. 5 Obblighi della Contraente

La Federazione si impegna 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, riservandosi in ogni caso la Società la facoltà di recedere dall'accordo.

Art. 6 Controversie sulla valutazione del danno

In caso di controversie fra la Società e l'Assicurato sul diritto o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono, in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria, conferire mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contradditorio tra il medico dell'avente diritto ed il medico fiduciario della Società.
In caso di mancato accordo tra i due medici, la Società e l'Assicurato, che manlevano il Contraente da ogni relativo onere, si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre

medici, nominati uno dalla Società e uno dall'Assicurato ed il terzo dai predetti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede presso la provincia in cui l'Assicurato ha la propria sede di lavoro.
Sia la Società che l'Assicurato sostengono le proprie spese e remunerano il medico da essa designato, contribuendo per 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 obbligatorie per la Società e l'Assicurato anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il verbale.
Ove l'Assicurato avviasse richiesta di arbitrato ai sensi del presente articolo e chiamasse in causa, anziché la Società, direttamente il Contraente, la Società provvederà ad individuare, sostenendone l'onere, il medico designato a fungere da arbitro per conto del Contraente ed a gestire tutte le attività necessarie per conto dello stesso.
Il Contraente si impegna ad accettare sia l'arbitro designato dalla Società che l'assistenza prestata da quest'ultima.
I risultati dell'arbitrato saranno vincolanti per la Società.
Se l'Assicurato conviene il Contraente davanti all'Autorità Giudiziaria per controversie riguardanti il diritto o la misura dell'indennizzo, la Società interverrà in giudizio impegnandosi a sollevare il Contraente dagli oneri conseguenti ad un eventuale esito negativo della controversia, salvo che tale esito dipenda da norme degli Statuti del Contraente che non riflettessero corrispondenti obblighi della Società nei confronti del Contraente ai sensi della presente polizza di assicurazione.

Art. 7 - Costituzione del Premio - Incasso degli acconti e regolazioni premio

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla “Sezione premi” nella scheda di conteggio del premio.
Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.
La Contraente fornirà quindi alla Società, entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo annuale ai fini della regolazione del premio dell’annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.
Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l’assicurazione resta sospesa nei confronti del Contraente inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati. A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.
Qualora nel corso dell’annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l’obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell’annualità stessa.
Per “parametri di riferimento” si intende:

A) per la Sezione RCT/O:
   n. Tesserati / Aderenti/ Atleti Club Paralimpico/Atleti Club Deaflympics /Atleti Top/Club Azzurro/Soggetti A
   n. Soc Affiliate
   n. Tessera Divulgativa Promozionale Non Agonistica

B) per la Sezione Infortuni:
   n. Tesserati / Aderenti/Soggetti A

n. Atleti Club Paralimpico /Atleti Club Deaflympics /Atleti Top/Club Azzurro
n. Tessere Divulgativa Promozionale Non Agonistica

Il Contraente è esonerato dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.
Altrettanto, il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

Art. 8 Manifestazioni unitarie
La copertura è operante nei confronti di tutti gli Assicurati anche in caso di partecipazione a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali la Contraente abbia ufficialmente aderito.

Art. 9 Recesso in caso di sinistro
Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata.
In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Art. 10 Assicurazione presso diversi Assicuratori
La presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed indipendentemente da qualsiasi altra copertura assicurativa in corso per l'assicurato. La Contraente è esonerata dall'obbligo di comunicare se i singoli Assicurati abbiano in corso altre polizze per lo stesso rischio.

Art. 11 Assicurazioni per conto altrui
Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 12 Forma delle comunicazioni
La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Tutte le comunicazioni tra le Parti dovranno avvenire a mezzo lettera raccomandata, raccomandata a mano, telegramma, telefax od altro mezzo telematico (ad esempio email) ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

Art. 13 Interpretazione del contratto
Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali sarà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 14 Buona fede
L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni della Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore ed/od omissione non intenzionale od involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di Legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa assicurazione.
Resta inteso che 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.

Art. 15 Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 16 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La società si impegna a fornire alle scadenze annuali al Contraente per il tramite del broker incaricato, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

a) sinistri denunciati;
b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
d) sinistri respinti (con indicazione della motivazione a riguardo);

Le parti danno atto che la disposizione di cui sopra è essenziale per la corretta esecuzione delle obbligazioni di polizza, essendo espressamente prevista nel reciproco interesse di una ordinata ed efficace gestione dei sinistri e nell'ottica di un'adeguata e puntuale verifica dell'andamento della sinistrosità.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 10,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 17 Validità territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero. Limitatamente alla garanzia di R.C.T., la garanzia è operante in U.S.A. e CANADA relativamente alle attività svolte per motivi di lavoro o servizio, di rappresentanza o per la partecipazione ad attività sportive. Sono comunque esclusi i sinistri derivanti o conseguenti a guerra e terrorismo.

Il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato in Euro e comunque in Italia.

Art. 18 Oneri fiscali

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

Art. 19 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo MAG S.p.A., con sede legale in Roma, delle Tre Madonne n.12 iscritta al RUI – Sezione B – con il n. 400942, Broker incaricato ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società MAG S.p.A., e in particolare:

a) Il Broker provvede alla gestione del contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale modifica dell'incarico al Broker.
b) Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 30 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente. Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal

Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.

c) La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire, almeno 15 giorni prima della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti.
d) Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il pagamento verrà effettuato dal Contraente al Broker (su conto separato e dedicato di cui all'Art.117 del D.Lgs 209/2005, in ossequio alla vigente normativa art.3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136, giusta determinazione A.V.C.P. 18 novembre 2010 n. 8 paragrafo 4° punto quinto) che provvederà al versamento agli Assicuratori.
e) In caso di mancato perfezionamento e/o incasso il Broker provvederà a restituire alla Società i documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi.
f) La polizza e le eventuali successive appendici dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.
g) Si intende operante il disposto dell'art. 118 comma 1 del D.lgs 209/2005. Pertanto il pagamento effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso.
h) In caso di coassicurazione, il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo fax o PEC le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.
i) I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermo restando i termini temporali della copertura.
j) Il Broker sarà remunerato dagli assicuratori aggiudicatari dell'appalto. Il compenso riconosciuto al Broker, sotto forma di ritenuta sui premi di assicurazione e all'atto del pagamento dei medesimi sarà pari a quanto indicato nella convenzione tra Ente e Broker ovvero pari al 10%, applicata al premio imponibile e per ogni rata di premio pagata; tale remunerazione non potrà mai rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente / Contraente.
k) Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
l) La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.
m) Ai sensi dell'Art.48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008, n, 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'Art.3 del Decreto. Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'Art.72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'Art.1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa. L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nei documenti di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni ai sensi del Dlgs 50/2016 e successive modifiche nonché Dlgs 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti al primo capoverso del presente articolo.

Art. 20 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 21 Trattamento dei dati

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 e smi, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.
La Società agisce quindi in qualità di "autonomo titolare" del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell'Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali.

Art. 22 Foro Competente

Il Foro competente per qualsiasi controversia che potrebbe sorgere in applicazione della presente polizza è quello ove ha sede la Contraente/Assicurato.

Art. 23 Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i..
I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Contraente gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.
Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire - salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane S.p.A.) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Contraente.

Art. 24 Interpretazione del Contratto

In caso di eventuali controversie sull'interpretazione delle clausole del presente contratto, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato ed in subordine al Contraente.

SEZIONE INFORTUNI

Art. 25 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per i Tesserati/ Aderenti/ Tessere Divulgativa Promozionale Non Agonistica, gli Atleti Top/ Club Paralimpico/ Atleti Club Deaflympics/ Club Azzurro della Contraente e per i Soggetti A.
Inoltre, su specifica richiesta della Contraente potranno essere assicurati gli Accompagnatori Componenti delle Delegazioni sportive in occasione di specifiche manifestazioni, soggetti elencati in apposite delibere dell'Ente. Per tali soggetti sarà corrisposto un premio pro capite come previsto per i Soggetti A, indipendentemente dai giorni di copertura, in sede di regolazione premio come disciplinato all'art. 7.

Art. 26 Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli eventi fortuiti, violenti ed esterni che producano:

- una o più lesioni previste nella tabella;
- la morte

Ai termini della presente garanzia è considerata lesione ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente previste:

- In caso di infortunio ad un soggetto disabile la prestazione assicurativa consiste nell'erogazione di un indennizzo la cui misura è determinata facendo applicazione di quanto previsto all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 03.02.2012;
- In caso di infortunio ad un soggetto normodotato determinante una lesione la prestazione assicurativa consiste nell'erogazione di un indennizzo la cui misura è determinata facendo applicazione dell'apposita tabella lesioni in allegato al presente contratto (di cui al D.M. Tabella A di cui al Decreto del 3-11-2010, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20 dicembre 2010, n° 296. S,).

Le garanzie saranno operanti in occasione di riunioni organizzative, incarichi, missioni o altre attività rientranti negli scopi della Contraente, compreso il rischio in itinere anche con mezzi propri o come trasportati; attività sportive autorizzate, e/o riconosciute e/o organizzate, allenamenti (anche individuali organizzati e/o disposti dalle società sportive regolarmente affiliate), durante lo svolgimento di gare e/o manifestazioni sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della Contraente e/o del Comitato Italiano Paralimpico per tutte le attività e discipline riconosciute.

Art.27 Estensioni di garanzia

La copertura è operante anche per gli eventi indennizzabili a termini di polizza, verificatisi in conseguenza di imperizie, imprudenze o negligenze anche gravi nonché avvenuto in stato di malore o incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici, da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti).
Sono equiparate ai fini di polizza alle lesioni, le "lesioni particolari" previste nel successivo articolo *37 Criteri di indennizzabilità* - Caso Lesioni, purché determinate da evento fortuito violento ed esterno e verificatesi entro e non oltre 60 giorni dal verificarsi dell'evento stesso.
Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. le infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
3. gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
4. l'annegamento;
5. l'assideramento e/o il congelamento;
6. colpi di sole e/o di calore;
7. gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
8. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze anche gravi.

Art. 28 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per gli eventi derivanti da:

a. uso e guida di natanti e mezzi di locomozione subacquea (non comprese le attrezzature tecniche necessarie allo svolgimento delle attività sportive riconosciute dal C.I.P., utilizzate nel rispetto degli specifici regolamenti);
b. abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
c. guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerea salvo quanto espressamente previsto al successivo art. 11 Estensioni Speciali - Rischio Volo.
d. azioni delittuose dell'assicurato;
e. movimenti tellurici, inondazioni, ed eruzioni vulcaniche;
f. guerra e insurrezione;
g. trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti contaminazioni Nucleari, Biologiche e Chimiche.

Art. 29 Esonero denuncia di infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza.
Relativamente ai normodotati, la Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e patologiche preesistenti. La Contraente e/o gli Assicurati sono comunque esonerati dal denunciare condizioni fisiche e patologiche preesistenti.

Art. 30 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altri Assicuratori per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi previsti nella presente Sezione.

Art. 31 Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili del sinistro.

Art. 32 Limiti di età

Fermi restando i limiti dettati dai Regolamenti federali l'assicurazione viene prestata senza limiti di età.

Art. 33 Persone non assicurabili

La garanzia assicurativa, non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico - cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi. Tale limitazione non si applica ai tesserati con disabilità intellettiva e relazionale che svolgono attività sportiva paralimpica.
L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Art. 34 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.
A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 35 Infortuni determinati da calamità naturali

Con riferimento all'art. 1912 del Codice Civile, si pattuisce l'estensione dell'assicurazione agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche ma con il seguente limite:

- in caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del Ramo Infortuni raccolti nell'anno precedente l'evento, rilevabile nel relativo bilancio di esercizio.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 36 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 6.000.000,00.

Art. 37 Criteri di indennizzabilità

a) 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, l'Assicuratore liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi.
L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per la garanzia lesione o per l'invalidità permanente prevista dall'art. 38 - Rischio Volo; 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, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, *ove* questa sia maggiore.
Per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva indetta dalla Contraente e della Società Affiliata/ Aggregata e convenzionalmente autorizzata/iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della prestazione stessa, l'indennizzo è dovuto anche se il decesso sia conseguenza indiretta dell'infortunio.

B) MORTE PRESUNTA: qualora, a seguito di un evento indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, l'Assicuratore liquida ai beneficiari il capitale garantito per il caso morte non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli arti. 60 e 62 C.C.. Se, dopo che l'Assicuratore ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione - entro 15 giorni dalla richiesta - della somma pagata.
Per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva indetta dalla Contraente e convenzionalmente autorizzata/iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della prestazione stessa, l'indennizzo è dovuto anche se il decesso sia conseguenza indiretta dell'infortunio.

C) CASO LESIONI

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

- In caso di infortunio ad un **soggetto normodotato** determinante una lesione la prestazione assicurativa consiste nell'erogazione di un indennizzo la cui misura è determinata facendo applicazione dell'apposita tabella lesioni in allegato al presente contratto (di cui al D.M. Tabella A di cui al Decreto del 3-11-2010, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20 dicembre 2010, n° 296);
- In caso di infortunio ad un **soggetto disabile** la prestazione assicurativa consiste nell'erogazione di un indennizzo la cui misura è determinata facendo applicazione di quanto previsto all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 03.02.2012,

Precisazioni:
Per "**frattura**" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita 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 dialisi, 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 (valido solo per i normodotati; per i disabili vale quanto previsto nel "Caso lesioni")

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 e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro. (valido solo per i normodotati; per i disabili vale quanto previsto nel " Caso Lesioni "

I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete (come da tabella lesioni allegata) ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo. (valido solo per i normodotati; per i disabili vale quanto previsto nel "Caso lesioni")

Per lussazione s'intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.

Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà pari al massimale di morte previsto per la categoria di tesserati di appartenenza.

Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto per lesioni complete documentate mediante diagnostica per immagini.

Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente non 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 due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa". In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.

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 sovrariscaldati) 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 lesioni allegata, in questi casi verrà applicate la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Art.38 Invalidità permanente – franchigia assoluta

Sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art.37 lett. c) non supera il 10%.

Qualora la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore al 10% l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.

Art. 39 Pagamento dell'indennità

Nel caso di Infortunio il pagamento dell'indennità sarà effettuato in Euro e comunque in Italia.

Art. 40 Estensioni speciali

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 50%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

Danno estetico

Si conviene che, per gli Assicurati di età non superiore ai 14 anni, l'Assicuratore rimborserà fino ad massimo di Euro 2.000,00, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio e/o lesione previste nella tabella allegata.

Morsi di animali compresi aracnoidi e *insetti*

Fermo quanto previsto nel precedente Art.37 "Criteri di indennizzabilità - Caso Morte", per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, sono rimborsate le singole spese documentate

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art.37 "Criteri di indennizzabilità - Caso Morte", a seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, sono rimborsate le singole spese documentate.

Assideramento - congelamento - colpi di sole o *di calore*

Fermo quanto previsto nel precedente Art.37 "Criteri di indennizzabilità - Caso Morte", a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione sono rimborsate le singole spese documentate.

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 un indennizzo incrementato del 20%.

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 3.000,00.

Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 3.000,00.

Rischio volo

La garanzia è operante per le conseguenze degli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei che venissero da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento,

nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.
Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.
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 presente garanzia è prestata per le seguenti somme:

- Caso morte somma prevista in polizza per il caso morte di cui alla successiva Sezione "Somme Assicurate".
- Caso invalidità permanente stessa somma prevista in polizza per il caso morte.
- Diaria da inabilità temporanea Euro 50,00

Resta inteso che le somme delle garanzie di cui alla presente convenzione e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative non potrà superare i capitali per persona di:
Euro 1.000.000,00 per il caso di Morte
Euro 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale
Euro 250,00 giornaliere per il caso di inabilità temporanea e complessivamente, per aeromobile, di:
Euro 5.000.00,00 per il caso di Morte
Euro 5.000.00,00 per il caso di invalidità permanente totale
Euro 5.000,00 giornaliere per il caso di inabilità temporanea.
In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferitisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dallo stesso Contraente.
Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Con esclusivo riferimento alla presente garanzia "Rischio Volo", il precedente Art. 37 "Criteri di indennizzabilità" si intende integrato come segue:

Caso Invalidità permanente
L'indennizzo per Invalidità Permanente è determinato mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri di cui alla tabella allegato 1 al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente Convenzione e in contanti anziché sotto forma di rendita.
Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
Le divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sui criteri di indennizzo sono demandate per iscritto al collegio medico di cui al successivo Art. 42 "Controversie".

È data facoltà al Collegio medico - di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.

Caso Inabilità Temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza un'inabilità temporanea, l'Assicuratore liquida la diaria a partire dal 9' giorno successivo a quello dell'infortunio. In caso di ricovero con pernottamento la diaria viene liquidata dal 1" giorno successivo a quello dell'infortunio. Dal conteggio dei giorni di inabilità vengono convenzionalmente esclusi i giorni festivi. La diaria viene corrisposta per un massimo di 365 giorni di inabilità per ogni infortunio.

Art.41 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Denuncia di lesioni e/o infortunio

La denuncia degli infortuni, 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 utilizzando l'apposito modulo ed inviata a Mag Spa - Ufficio Sinistri, Via delle Tre Madonne 12 00197 Roma , 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 etc.). Ricevuta la necessaria documentazione, l'Assicuratore, 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 dell'Assicuratore 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

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 a Mag Spa -Ufficio Sinistri - Via delle Tre Madonne 12 00197 Roma , 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.

Art. 42 Controversie sulla natura degli infortuni

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo cui viene attribuita la funzione di Presidente del Collegio medico arbitrale.

In caso di mancato accordo sull'individuazione del nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico arbitrale.

Il Collegio medico arbitrale, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio medico arbitrale di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono prese a maggioranza dei 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 dei patti contrattuali.
I risultati delle attività arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
Le decisioni del Collegio medico arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art.43 Limite di indennizzo per singolo evento

In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati con la presente polizza convenzione, le somme delle garanzie di cui alla presente sezioni Lesioni/Morte non potranno superare l'importo di Euro 2.000.000,00.
Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti ad ogni assicurato in caso di sinistro sono ridotti con imputazione proporzionale ai capitali assicurati per le singole persone.

Art. 44 Rimborso Spese Mediche

La presente garanzia è prestata esclusivamente in favore degli ATLETI CLUB PARALIMPICO /ATLETI CLUB ATLETI CLUB DEAFLYMPICS /ATLETI TOP /CLUB AZZURRO entro il limite di Euro € 15.000,00.
L'Assicuratore rimborsa, dedotto lo scoperto del 10% con un minimo di Euro 150,00 per evento, le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio e/o lesioni previste all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, che comporti intervento chirurgico per:

A) Spese Rimborsabili in caso di Ricovero con intervento chirurgico:

a. Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
b. Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami diagnostici durante il periodo di ricovero;
c. Rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.

Sono, inoltre, rimborsate le spese:

- Inerenti squadre di soccorso e trasporto dell'infortunato (sia in Italia che Estero) con qualsiasi mezzo idoneo, sempre che tali spese siano conseguenti ad infortunio indennizzabile e non sia disponibile la Struttura del Servizio Sanitario Nazionale. Il limite di indennizzo è di Euro 2.000,00 per sinistro ed Euro 5.0000,00 per anno assicurativo;
- Per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi effettuati da medici, entro 90 giorni dalla dimissione dall'istituto di cura o dall'intervento chirurgico in day hospital.

B) Spese rimborsabili in caso di prestazioni extra-ricovero

In caso di infortunio che non hanno comportato un ricovero in istituto di cura, la società rimborsa:

1. onorari medici e specialisti (escluse le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche), le prestazioni sanitarie di diagnostica/strumentale, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici;
2. trattamenti medico chirurgo-infermieristici, trattamenti masso/fisio-terapici (comprese osteopatia e chiropratica) e programmi atletici riabilitativi (riatletizzazione), medicinali, infiltrazioni, cure omeopatiche e termali (escluse le spese d'albergo). Sono altresì

comprese le spese sostenute per l'affitto di apparecchi necessari allo svolgimento, anche domiciliari, delle terapie prescritte;

3. La Società rimborsa inoltre le spese sostenute per le cure effettuate a qualsiasi titolo, per scopi sia riabilitativi, sia preventivi, purché prescritti dal medico curante e/o specialista ed avvallati dai medici federali della Nazionale, senza necessità di interventi chirurgici, sempreché conseguenti ad eventi indennizzabili a termini della presente convenzione. Si intendono incluse a titolo esemplificativo ma non limitativo le cure masso-fisioterapiche, le kinesiterapie, le infiltrazioni ed i programmi atletici riabilitativi svolti in strutture specifiche.

Per i punti 1) 2) e 3) sopra richiamati, la garanzia è prestata complessivamente fino alla concorrenza del massimale di Euro 800,00 per sinistro. La liquidazione di ogni sinistro verrà effettuata con l'applicazione delle seguenti limitazioni:

Sono in tutti i casi escluse dal rimborso delle spese di cui al presente articolo le spese relative a:

- Malattie mentali. Tale limitazione non si applica nei confronti dei tesserati con disabilità intellettiva e relazionale che svolgono attività sportiva paralimpica;
- Intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- Chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- Agopuntura non effettuata dal medico.

Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori.
Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate.
I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro per un valore equivalente.
In caso di ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato) reso necessario da infortunio e/o lesione previste nelle tabelle allegate, con o senza intervento chirurgico, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato una diaria per persona di Euro 50,00 per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 60 giorni per evento. I Primi 5 giorni di ricovero non prevedono la corresponsione di diaria.
L'assicuratore effettuerà il pagamento dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi, soltanto a cura ultimata su presentazione di cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura.

Art. 45 Diaria da ricovero

La presente garanzia è prestata esclusivamente in favore degli ATLETI CLUB PARALIMPICO /ATLETI CLUB ATLETI CLUB DEAFLYMPICS /ATLETI TOP /CLUB AZZURRO.
In caso di ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato) reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma giornaliera indicata nella Sezione Somme Assicurate, per ogni giorno di degenza.
L'indennità per la diaria da ricovero viene corrisposta per un periodo massimo di 60 giorni e con una franchigia di 5 giorni
Il primo giorno di ricovero ed il giorno di dimissione saranno considerati come unico giorno.
In caso di Day Hospital la diaria da ricovero si intenderà pari al 50% del valore assicurato
.In caso di Day Hospital la diaria da ricovero è riconosciuta in misura pari al 50% del valore assicurato.

ALLEGATO A

Allegato relativo alle modalità di indennizzo

L'indennizzo previsto per ciascuna lesione, indicata nella seguente tabella, si calcola sulla base delle percentuali del capitale previsto in caso di morte (ad esempio 150.000 euro). Sulla base della tipologia di atleta l'indennizzo viene modificato rispetto ai normodotati prendendo in considerazione sia la condizione (danno e/o menomazione e/o patologia) determinante la disabilità sia le funzioni fisiologicamente intatte, utilizzando i seguenti coefficienti che "scalano" l'indennizzo sulla base del significato sportivo della struttura/funzione danneggiata. Il primo aspetto da prendere in considerazione è semplicemente di valutare se il danno da indennizzare riguarda una parte precedentemente funzionante o no. Qualora la lesione influisca sulla condizione determinante la disabilità dell'atleta e sulla sua funzionalità nelle comuni attività della vita quotidiana (ad esempio muoversi) e nello specifico sport praticato si applicano i seguenti coefficienti moltiplicativi sulla percentuale di indennizzo che prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce nella vita di relazione e nel contesto specifico in cui l'atleta gareggia.

I *disabili fisici',* che nei contesti sportivi al di là della peculiarità della condizione disabilitante sono accorpati insieme, per scalare lo specifico livello di lesione vengono classificati sulla base della funzionalità motoria (forza muscolare e/o ambito di movimento articolare in condizioni statiche e dinamiche) in 1O gruppi, dai più gravi ai meno gravi secondo la classificazione del nuoto. Nella classe 1 sono presenti gli atleti con minore funzionalità, nella classe 10 gli atleti con maggiore funzionalità. Nel caso in cui la lesione riguardi una parte del corpo che precedentemente non funzionava nella modalità tipica di un normodotato (ad esempio frattura di femore in un atleta paraplegico) si applicano direttamente gli indennizzi di seguito elencati aggiungendo una quota maggiorata del 5% negli atleti del Club Paralimpico. Nel caso in cui il danno riguardi una parte prima funzionante si dovrà utilizzare la classificazione citata con il razionale che in primo luogo quella lesione potrebbe incidere sulla vita di relazione del soggetto (attività della vita quotidiana) ed in secondo luogo che più grave la disabilità maggiore il danno relativo su quella funzione e quindi maggiore l'indennizzo. Il valore dell'indennizzo indicato in tabella verrà maggiorato in funzione inversa alla classificazione con un coefficiente oscillante dal 15% (classe 1) al 6% (classe
10) in tutti gli atleti tesserati e dal 25% al 16% negli atleti del Club Paralimpico. Il valore dell'indennizzo così ottenuto è ulteriormente aumentato sulla base dell'impatto della lesione in una funzione specifica dello sport in cui l'atleta gareggia. Il coefficiente moltiplicativo verrà basato sulla classe sportiva dello specifico sport praticato dall'atleta. Tale suddivisione in classi è reperibile sia sul sito del Comitato Paralimpico Internazionale (www.paralympic.org) che sul sito del Comitato Nazionale (www.comitatoparalimpico.it). Ogni atleta per gareggiare deve essere preventivamente classificato. La classificazione è specifica per ogni sport'. Tale indennizzo prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce sul livello e sulla condizione determinante la disabilità dell'atleta e sulla sua prestazione nello specifico sport praticato. I punteggi delle classi vengono ribaltati (il più grave è infatti quello con lesione più bassa) e moltiplicati come percentuali da aggiungere al valore di indennizzo'. Anche tale valore viene raddoppiato nel caso di atleti del Club Paralimpico.

---

1 *I Disabili fisici cioè gli individui con danni di tipo motorio a loro volta sono suddivisi in "Mielolesi" (per lesione traversa del midollo spinale, Tetraplegici e Paraplegici, per spina bifida o per poliomelite) con possibili danni motori e/o sensitivi e/o del sistema nervoso autonomo; Amputati (nei differenti arti ed a differenti livelli) con danni motori e specifiche patologie nei monconi; Cerebrolesi (per paralisi cerebrale infantile o lesione cerebrale da trauma cranico o altre cause) con danni quali spasticità e/o mancanza di coordinazione e/o atetosi; e "Gli Altri" (soggetti con altre patologie, di interesse neurologico od ortopedico, non incluse nelle precedenti) con variegate possibilità e/o associazioni dei danni citati.2 Ad esempio nella pallacanestro su sedia a ruote gli atleti sono suddivisi in classi con punteggi da I, i più gravi, a 4,5, i meno gravi.*

Per i *disabili visivi'*, nel caso di danni non relativi al sistema visivo, l'indennizzo sarà maggiore rispetto ai normodotati in funzione del livello di danno visivo. L'indennizzo sarà maggiorato del 50% negli ipovedenti con minore danno (B3), del 75% nel caso del gruppo classificato come B2 e del 100% (cioè

indennizzo doppio rispetto ai normodotati) nei non vedenti completi (B1). Negli atleti del Club Paralimpico l'indennizzo verrà ulteriormente ampliato del 50% indipendentemente dalla classe. Tale maggiorazione rispetto agli atleti normodotati è, come per i disabili fisici, giustificata dal fatto che la lesione da indennizzare può avere effetti sia nella vita di relazione sia nella prestazione della specifica attività sportiva praticata. Sulla base di ciascuno di questi parametri l'indennizzo potrà essere soggetto a modificazioni. Il razionale citato si applica anche alle seguenti tipologie di atleti disabili. Per il danno riguardante il residuo funzionale visivo l'indennizzo dovrà essere commisurato alla capacità successiva del soggetto di poter partecipare ad eventi sportivi. Qualora ciò diventasse impossibile l'indennizzo dovrà essere dell'ordine del 50% del capitale assicurato (caso morte) in tutti gli atleti tesserati e del 75% nei paralimpici.

Per i *disabili uditivi'* gli indennizzi indicati di seguito saranno maggiorati del 10% rispetto a quelli in tabella nel caso di danno fisico e pari al doppio dei normodotati in caso di danno neurosensoriale non relativo alla funzione uditiva. Nel caso di danno della funzione uditiva le stesse condizioni previste per i disabili visivi verranno applicate.

Per i *disabili mentali* gli indennizzi saranno pari al doppio dei normodotati in tutti gli atleti tesserati ed al triplo nei paralimpici. Gli atleti disabili mentali, nonostante la possibile varietà di livelli intellettivi e le diverse patologie determinanti tali disabilità (che possono includere danni funzionali di tipo motorio) non sono attualmente suddivisi in classi. Il criterio di eleggibilità alla partecipazione sportiva (definizione di "ritardo mentale") è il seguente: "funzionamento intellettivo generale" significativamente sotto la media (quoziente intellettivo - Q.I. - approssimativamente di 70 - 75 o inferiore) il quale determini o si associ a difficoltà di adattamento e/o difetti di prestazione che si manifestano inizialmente durante il periodo evolutivo prima dei 18 anni.

---

3 Ad esempio nel caso di un atleta paraplegico della pallacanestro su sedia a ruote con punteggio I (solo gli arti superiori sono funzionanti ed è mancante la stabilità del tronco e la funzionalità degli arti inferiori) in cui vi sia un danno agli arti superiori ad esempio la frattura della epifisi prossimale ulna (olecrano o processo coronoideo o incisura semilunare e radiale) in cui l'indennizzo previsto è pari al 4% del capitale assicurato in caso di morte (6000 euro). Tale valore verrebbe aggiunto del 10% secondo la classe del nuoto e del 4,5% secondo l'aggiustamento relativo alla tipica disciplina sportiva. L'operazione sarebbe 6000 + 600 + 270 per un totale di 6870. Tale indennizzo sarebbe raddoppiato nel caso di Atleta Paralimpico (13740 euro).

4 I disabili non vedenti o ipovedenti, che includono patologie a carico dei mezzi diottrici e/o della retina e/o del nervo ottico e/o dell'encefalo, vengono suddivisi in tre classi dove la meno grave (B3) comprende gli atleti la cui acuità visiva nell'occhio migliore sia compresa tra 2/60 e 6/60 o il campo visivo sia compreso tra 5 e 20 gradi.

5 I disabili uditivi, che includono patologie a carico dello specifico organo sensitivo e/o del nervo acustico e/o dell'encefalo devono aver subito la perdita dell'udito di almeno 55 Decibel nell'orecchio migliore, e non vengono suddivisi in classi.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E VERSO DIPENDENTI

Art. 46 Attività dell'Assicurato e delimitazioni di Responsabilità

L'assicurazione è prestata per la Responsabilità Civile derivante ai sensi di legge al Comitato Italiano Paralimpico, ad ogni singolo tesserato con la Contraente come si evince dagli elenchi ufficiali e dagli elenchi forniti dal Casp, Inail, Unità Spinali, Istituti Scolastici, Servizio Sanitario nazionale, Comitati Regionali.

La Società si obbliga a tenere indenne:

- la Contraente, le sue strutture e le Società di Capitali da essa partecipate;
- Tesserati (compresi volontari sportivi , D.Lgs 120/2023) / Aderenti/ Tessera Divulgativa Promozionale Non Agonistica
- Atleti Club Paralimpico/Atleti Club Deaflympics /Atleti Top/Club Azzurro
- le Entità convenzionate
- le Società Affiliate
- Soggetti A _*Presidente, Segretario Generale, Segretario, Componenti del consiglio direttivo, Componenti di Giunta e del Consiglio Nazionale, Collegio Revisori dei Conti, Presidenti dei Comitati Regionali, Componenti Organi Centrali/ Territoriali (Componenti di Giunta e Consiglio Regionale), Componenti Organi Centrali / Territoriali / di Giustizia, Delegati Provinciali, tutti i soggetti normodotati (collaboratori federali che non svolgono attività sportiva rientranti tra le figure previste dalla L.36/2021) dipendenti,dipendenti con la qualifica di "Quadro" e tutti i soggetti incaricati formalmente dall'Ente.*

per quanto siano tenuti a pagare ai sensi di legge a titolo di risarcimento capitale, interessi e spese per danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'Assicurazione.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare ai sopracitati soggetti da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

A titolo esemplificativo e non limitativo:

- Le attività che la Federazione organizza durante l'anno, anche con la propria organizzazione territoriale, attività teoriche e pratiche, manifestazioni sportive, promozionali e gare;
- Le attività sportive e ricreative rientranti nell'ambito dei Progetti Regionali e Provinciali indette organizzate e svolte in conformità delle norme stabilite dai rispettivi regolamenti tecnici federali, ivi inclusi i relativi allenamenti autorizzati e controllati;
- Le indispensabili operazioni preliminari e finali relative alle gare, alle manifestazioni, agli allenamenti come sopra specificati, purchè il fatto si avvenuto sui campi, sulle piste, negli impianti, nei locali
- accessori ed in genere nei luoghi e sui percorsi destinati allo svolgimento dei relativi Progetti Provinciali e Regionali, compreso il soggiorno degli atleti partecipanti nelle sedi in cui si effettuano le gare, durante il periodo di durata della relativa trasferta;
- I viaggi, limitatamente agli spostamenti organizzati dal Contraente e dagli altri Enti interessati, in funzioni o per i compiti di partecipazione ai progetti, per portarsi ai luoghi e per tornare dai luoghi delle gare, delle manifestazioni e degli allenamenti e svolti con mezzi di trasporto pubblici o da noleggio. La copertura per i rischi di viaggio viene estesa ai trasferimenti che gli atleti partecipanti effettuano con mezzi da impiegare in gara e/o in allenamento per recarsi al luogo ove si svolgono le manifestazioni. Tale garanzia si intende prestata dal punto di raccolta e per tutto il tragitto necessario per portarsi al luogo di allenamento e/o gara, durante l'eventuale soggiorno e successivo ritorno al centro di raccolta;
- Le attività di Promozione connesse al Progetto Nazionale per lo sport paralimpico a scuola destinato agli Istituti Scolastici convenzionati con la Federazione;

- Le iniziative ed attività previste in attuazione di programmi nazionali e locali secondo i format definiti dalla Federazione.

La garanzia comprende i rischi derivanti dallo svolgimento di tutte le attività istituzionalmente e statutariamente demandate all'Ente quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo, amministrazione, promozione, organizzazione, gestione e controllo delle attività, sia a livello pratico ed esecutivo (attività di gestione amministrativa e federale in genere, campionati, tornei, camp, manifestazioni in genere, attività delle rappresentative nazionali, attività arbitrale, attività delle società committenza di lavori di progettazione, costruzione, manutenzione, ristrutturazione, verifica, collaudo di impianti sportivi e sedi federali, ecc..). L'assicurazione comprende anche l'esercizio di tutte le attività complementari, preliminari, accessorie, commerciali, assistenziali, sportive e ricreative e vale sia nel caso in cui gli assicurati agiscano nella qualità di proprietario, sia nel caso in cui agiscano come esercenti, conduttori, gestori o committenti. L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all' Ente per fatto di :

- tutte le società, le Entità convenzionate quindi per fatto dei dirigenti, dipendenti, ausiliari, atleti e comunque di tutti gli associati e/o iscritti in genere ed a qualsiasi titolo ai predetti enti sportivi; Soggetti non in rapporto di dipendenza con la Federazione né rientranti nella definizione di ausiliari, di cui la Federazione si avvalga sia nella realizzazione delle attività oggetto della garanzia, sia per esigenze gestionali interne, quali pulizia, vigilanza, ristoro e spaccio, rifornimento e consegna e simili.

E' altresì compresa la responsabilità durante l'intera fase di trasferimento di tesserati federali in genere quali a titolo esemplificativo atleti, addetti, tecnici, dirigenti ed arbitri nel solo caso che dette attività, manifestazioni, tornei, gare e/o stage sportivi siano direttamente organizzate e/o effettuata e/o gestite dalla Federazione anche tramite le proprie strutture periferiche, locali e/o decentrate.

Relativamente a tutti i dipendenti, quadri, i componenti di organi statutari, centrali e periferici, gli arbitri, gli ufficiali di campo, i giudici e gli osservatori, gli atleti e i componenti lo staff tecnico delle rappresentative nazionali, la garanzia è prestata anche per i danni conseguenti a fatti accidentali verificatisi il periodo di trasferta e/o missione (viaggio e permanenza) per incarichi specificamente previsti e/o autorizzati dalla Federazione.

Art. 47 Massimali di garanzia

L'assicurazione vale per i risarcimenti (capitali, interessi e spese), fino alla concorrenza dei massimali in aggiunta alle spese di difesa di cui alle norme che regolano l'assicurazione indicati nella Sezione " Somme Assicurate".

I limiti di indennizzo sopra riportati rappresentano la massima esposizione della società per sinistro e per periodo assicurativo annuo. In caso di sinistro che coinvolga contemporaneamente sia la garanzia RCT che la garanzia RCO la compagnia non risarcirà la somma maggiore di Euro 2.500.000,00.

Limite di indennizzo per Malattie professionali Euro 1.000.000,00.

Art. 48 Scoperti e franchigie

Alla presente assicurazione si applicano, per ciascun sinistro, i seguenti scoperti e/o le seguenti franchigie, fatte salve eventuali fattispecie diversamente regolate in polizza:

- Sezione R.C.T. Franchigia fissa per ogni sinistro Euro 200,00
- Sezione R.C.O. Franchigia fissa per ogni sinistro Euro 2.500,00

Art. 49 Franchigia opponibile al terzo

Si prende atto tra le parti che la liquidazione dei sinistri di cui alla presente garanzia verrà effettuata al terzo danneggiato al netto della franchigia prevista dalle condizioni della presente convenzione.

Art. 50 Altre Assicurazioni

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente assicurazione ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza dei limiti previsti dal presente contratto. Per quanto coperto sia dalla presente assicurazione sia dalle altre polizze, stipulate dal medesimo Contraente/ Assicurato, la Società risponde solo per le somme eccedenti le suddette polizze fino alla concorrenza dei limiti previsti dal presente contratto, In caso di inoperatività delle suddette polizze, la presente assicurazione opererò senza tenere conto dei contratti preesistenti. L'assicurato è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del C.C.).

Art. 51 Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto tramite il Broker alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile. Agli effetti dell'assicurazione di responsabilità civile verso prestatori di lavoro, l'Assicurato deve denunciare soltanto i sinistri mortali, quelli per i quali ha ricevuto notizia dell'avvio di inchiesta da parte delle autorità competenti e quelli per i quali ha ricevuto richiesta di risarcimento. Agli effetti dell'assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi l'Assicurato deve denunciare soltanto i sinistri per i quali abbia ricevuto richiesta di risarcimento da parte di terzi reclamanti. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 CC).

Art. 52 Gestione delle vertenze di danno – Spese Legali -

La Società assume fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti od azioni spettanti all' Assicurato stesso. L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda. La Società ha diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro gli Assicurati, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Art. 53 Delimitazioni

Soggetti non considerati terzi

Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione RCT:

- il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- i dipendenti dell'Assicurato nonché tutti coloro che indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisca l'assicurazione.

Sono esclusi dall'assicurazione della Responsabilità Civile verso terzi (R.C.T.). i danni:

a) da furto;
b) alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
c) derivanti dalla proprietà di fabbricati e dei relativi impianti fissi;
d) alle cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
e) ai mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni;
f) alle cose trovatesi nell'ambito di esecuzione dei lavori;
g) da circolazione di veicoli a motore su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate nonché

da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;

h) prodotti a cose dopo la loro messa in circolazione;
i) alle opere in costruzione e quelle sulle quali si eseguono i lavori;
j) cagionati da operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera verificatesi dopo l'esecuzione dei lavori;
k) ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano i lavori;
l) cagionati da opere, installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori; per le opere che richiedono spostamenti successivi dei lavori, e comunque ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori che la riguardano e comunque dopo 30gg da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso ed aperta al pubblico;
m) a condutture ed impianti sotterranei in genere
n) a fabbricati ed a cose in genere dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazioni del terreno da qualsiasi causa determinati;
o) da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, professionali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
p) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli art. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile;
q) da inquinamento in genere, comunque cagionato; interruzioni, deviazioni, impoverimento ed alterazioni di sorgenti, di corsi d'acqua sotterranei, di falde acquifere e di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
r) dovuti ad errori od omissioni, disguidi o ritardi nella redazione, consegna, conservazione, pubblicazione, diffusione di atti, documenti, valori e simili; da responsabilità volontariamente assunte e non derivanti direttamente dalla legge;
s) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratici etc..)
t) verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata o non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione
u) di qualunque natura, comunque occasionati, direttamente o indirettamente derivanti, seppure in parte, dall'esposizione e/o contatto con l'asbesto, l'amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'asbesto o l'amianto;
v) da detenzione o impiego di esplosivi;
w) direttamente o indirettamente causati o derivati da, verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni.

L'assicurazione della Responsabilità Civile verso i Prestatori di Lavoro (R.C.O.) non comprende i danni:

a) verificatesi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratici etc…)
b) da detenzione o impiego di esplosivi;
c) di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, né per i danni da campi elettromagnetici;
d) verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;
e) direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni;
f) causato o derivati da, o verificatosi in occasione di qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.

Ai fini dell'assicurazione RCT/RCO non sono compresi i danni:

a) da detenzione o impiego di esplosivi;
b) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici etc.);
c) derivanti da malattie professionali;
d) conseguenti ad atti di terrorismo e sabotaggio e atti di guerra in genere;
e) derivanti da amianto;
f) risultanti dalla generazione di campi elettrici o magnetici o di radiazioni elettromagnetiche da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto;
g) derivanti da sostanze o organismo geneticamente modificati e derivati o frutto di ingegneria genetica o bio-ingegneria.

Art. 54 Limiti territoriali

L'assicurazione R.C.T. ed R.C.O. sono operanti per i danni che avvengono nel mondo intero.

Art. 55 Validità Temporale della Garanzia

Le garanzie prestate con la presente sezione di polizza valgono per i sinistri verificatisi durante il periodo di validità dell'assicurazione.

Art. 56 Soggetti considerati terzi

- il presidente/legale rappresentante, per quei casi in cui lo stesso ed i suoi famigliari subiscano un danno in qualità di tesserati/associati a causa di terzi e senza che possa essere imputata responsabilità alcuna alla Federazione.

Inoltre si prende atto fra le parti che rientrano nel novero dei terzi:

- quando l'Assicurato non è una persona fisica non sono considerati terzi esclusivamente i prestatori di lavoro da lui dipendenti, i prestatori d'opera presi in affitto tramite Ditte regolarmente autorizzate, e i prestatori di lavoro para-subordinati, assicurati ai sensi del D.P.R. 30.06.1965, n. 1124 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni, nonché ai sensi del Dlgs 23.02.2000 n. 38, quando opera la garanzia R.C.O. di cui al seguente articolo.
  I predetti prestatori di lavoro sopra definiti, sono considerati terzi qualora subiscano il danno mentre non sono in servizio ed in caso di danni a cose di loro proprietà.
- Sono altresì considerati terzi i prestatori di lavoro, limitatamente ai danni corporali causati da crollo strutturale totale o parziale dei fabbricati, anche durante la vigenza del servizio.
- Partecipanti alle attività di natura sportiva di cui ai progetti nazionali, regionali e provinciali, ivi inclusi i volontari;
- Gli enti organizzatori intesi a titolo esemplificativo e non limitativo i Comitati Regionali, gli Istituti scolastici pubblici e privati, i Centri sportivi e le Società sportive, le palestre, le piscine che abbiano avuto autorizzazione ufficiale alla manifestazione sportiva dai suddetti comitati.

Sono altresì considerati terzi:

- le persone investite di una carica in seno all'Ente assicurato in relazione a danni subiti, alla persona ed alle cose, durante l'espletamento del mandato;
- i dipendenti non obbligatoriamente assicurati presso l'INAIL;
- Lavoratori con rapporto di lavoro somministrato;
- A titolo di maggior precisazione, si prende atto fra le parti che sono considerati terzi tutti coloro che non rientrano nel novero dei prestatori di lavoro come definiti al punto a) che precede, (compresi gli amministratori), anche nel caso di partecipazione alle attività dell'Assicurato stesso, (manuali e no), a qualsiasi titolo intraprese, nonché per la presenza, a qualsiasi titolo e/o scopo, nell'ambito delle suddette attività.

Art. 57 Sono considerati terzi fra di loro

- i tesserati;
- il coniuge, i genitori, i figli degli Assicurati, nonché qualsiasi parente od affine con essi convivente, esclusivamente nel caso in cui, pur sussistendo i precedenti rapporti, il danno si sia verificato durante l'effettivo svolgimento delle attività per cui è operante la garanzia ed alle quali partecipano contemporaneamente danneggiante e danneggiato, con l'esclusione dei danni da essi subiti derivanti da Rischio Elettivo dello Sport praticato.

Art. 58 Verifiche e controlli

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli; il Contraente o l'Assicurato, è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione richiesta.
La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.
Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società ed Assicurati in proporzione al rispettivo interesse.
La Società non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 59 Pluralità di Assicurati

Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di Assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati fra di loro.

Art. 60 Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia al diritto di rivalsa e surrogazione nei confronti dei dipendenti del Contraente/Assicurato, delle persone delle quali la Contraente si avvale nello svolgimento della propria attività a qualsiasi titolo, nonché nei confronti dei dipendenti, del Segretario e delle persone che ricoprono una carica, salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo dei soggetti sopra indicati. La Società rinuncia al diritto di rivalsa e surrogazione anche nei confronti di FSN, FSNP, Consorzi, Associazioni, patronati ed Enti in genere senza scopo di lucro che possano collaborare con il Contraente per le Sue attività od utilizzare Suoi locali, attrezzature od altri beni, salvo sempre il caso di dolo, e purché l'Assicurato, a sua volta, non eserciti l'azione nei confronti del responsabile.

SEZIONE ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per:

- morte e lesioni personali
- distruzione o deterioramento materiale di cose

in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività descritta in polizza comprese quelle accessorie, collaterali, complementari, commerciali e collegate a quella dichiarata svolta con qualsiasi mezzo.
L'assicurazione vale inoltre per la responsabilità civile derivante all'Assicurato da fatto, anche doloso, di persone delle quali deve rispondere.

Art. 61 Responsabilità Civile Personale

La garanzia comprende la responsabilità civile personale:

- del presidente e degli organi direzionali della Federazione e dei suoi Organi Centrali e Periferici
- dei tesserati partecipanti alle manifestazioni sportive, ricreative e culturali, comprese le attività di allenamento, di corsi, di gare organizzate dalla Federazione, dai suoi Organi Centrali e Periferici, dalle Associazioni/Gruppi sportivi affiliati;
- di ciascun "prestatore di lavoro "(compresi quadri e dirigenti) titolare, familiare coadiuvante, associato in partecipazione, socio dell'Assicurato, per danno conseguenti a fatti colposi verificatisi durante lo svolgimento delle proprie mansioni, arrecati:
    - alle persone considerate terzi (escluso l'Assicurato/contraente) in base alle condizioni di polizza, entro il limite del massimale RCT;
    - agli altri prestatori di lavoro, limitatamente alle lesioni corporali dagli stessi subite in occasione di lavoro o di servizio, entro il limite del massimale pattuito per la garanzia RCO.

Nel caso in cui siano in possesso dei requisiti eventualmente previsti ai sensi della normativa vigente, la presente garanzia è estesa, limitatamente ai danni per morte e per lesioni personali, anche alla responsabilità civile personale dei prestatori di lavoro " nella loro qualità di responsabili della sicurezza o addetti al servizio per la sicurezza e la salute dei lavoratori di cui al D. Lgs. 81/2008 e successive modifiche e/o integrazioni. La Società si impegna altresì a tenere indenne la persona designata quale "Responsabile del servizio di prevenzione", ai sensi del citato Decreto per un periodo di 2 anni dalla cessazione dell'attività aziendale o dalle sue dimissioni.

Art. 62 Proprietà e conduzione dei fabbricati ove si svolge l'attività

Si conviene tra le Parti che la garanzia comprende la Responsabilità civile derivante all'Assicurato nella sua qualità di proprietario dei fabbricati nei quali si svolge l'attività assicurata e degli impianti fissi destinati alla loro conduzione, compresi ascensori e montacarichi.
L'assicurazione comprende altresì i rischi relativi all'esistenza di:

- antenne radiotelevisive
- aree di pertinenza dei fabbricati (anche se tenute a giardino o parco compresi alberi anche di alto fusto), relative recinzioni, muri di cinta, tettoie, strade private di accesso, attrezzature sportive e per giochi

La garanzia non comprende i danni derivanti:

- da spargimento d'acqua salvo che siano conseguenti a rotture accidentali di tubazioni o condutture, trabocco o rigurgito di fognatura di esclusiva pertinenza dei fabbricati assicurati nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio ed in genere da insalubrità dei locali;

Limitatamente ai suddetti danni la garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia assoluta di € 250,00.

La garanzia comprende i danni derivanti da lavori di ordinaria manutenzione, pulizia e simili. Qualora tali attività siano affidate a terzi, la garanzia comprende la responsabilità civile dell'Assicurato nella sua qualità di committente dei lavori, anche ai sensi del D. Lgs. 09/04/2008 n. 81 e successive modifiche e/o integrazioni.

L'assicurazione comprende inoltre la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella sua qualità di committente di lavori di straordinaria manutenzione, trasformazione o ampliamento dei fabbricati assicurati, anche ai sensi del D. Lgs. 09/04/2008 n. 81 e successive modifiche e/o integrazioni.

Si intendono comunque esclusi i danni derivanti da lavori di sopraelevazione e/o demolizione.

Art.63 Responsabilità civile derivante dal D. Lgs. N. 81/2008

Ad integrazione di quanto previsto in polizza si precisa che l'assicurazione RCT vale anche per :

- la responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi del D.Lgs. 81/2008 in materia di sicurezza del lavoro per danni involontariamente cagionati ai dipendenti;
- la responsabilità civile personale del responsabile e degli addetti al servizio per la sicurezza e la salute dei lavoratori, di cui al D. Lgs. 81/2008. Questa estensione vale a condizione che tali mansioni siano svolte dall'Assicurato, dagli Amministratori o dai dipendenti dell'assicurato stesso.

Art. 64 Committenza di lavori di trasformazione, costruzione, demolizione ed ampliamento di ambienti (anche ai sensi del D. Lgs. 81/2008)

Ad integrazione di quanto regolato in polizza si precisa che l'assicurazione è operante anche i danni derivanti dalla committenza di lavori di trasformazione, costruzione, demolizione, sopraelevazione ed ampliamento di fabbricati, ambienti o impianti (compresi impianti sportivi, tribune, stadi, palazzetti e simili) nei quali si svolge l'attività descritta in polizza. Per effetto dell'entrata in vigore del D. Lgs. 81/2008 e successive variazioni, con effetto e nei termini previsti dallo stesso, si conviene di estendere la garanzia di RCT prestata con la presente polizza alla Contraente / Assicurata, nella sua qualità di committente delle opere civili o di genio civile per le quali si intende applicabile il decreto stesso. L'estensione di garanzia è comunque subordinata al fatto che, ove previsto dal precitato decreto, la Contraente/ Assicurata abbia dato specifico e formale incarico al "responsabile dei lavori e/o ai coordinatori per la progettazione e per l'esecuzione dei lavori", nell'ambito delle rispettive competenze professionali previste e definite dal decreto stesso ed è valida anche per tali responsabili e/o coordinatori se prestatori di lavoro dell'Assicurato. L'estensione di garanzia viene concessa nell'ambito del massimale previsto n polizza per i danni a terzi e nei limiti contrattuali non derogati e/o variati. Se al momento del sinistro esistono anche altre assicurazioni da chiunque stipulate per i rischi previsti dalla presente clausola, questa, fermi i limiti dei massimali previsti dal contratto, ha effetto soltanto per la parte di danno eccedente quella assorbibile dall'altra o dalle altre assicurazioni.

Art. 65 Proprietà e/o conduzione di fabbricati e/o terreni nei quali si svolge l'attività

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella sua qualità di proprietario e/o conduttore dei fabbricati, strade, piazzali e/o terreni nei quali si svolge l'attività descritta in polizza e degli impianti fissi destinati alla loro conduzione, compresi ascensori, montacarichi, impianti sportivi (tribune, stadi, palazzetti e simili). L'assicurazione comprende i rischi delle antenne radiotelevisive, gli spazi adiacenti di pertinenza del fabbricato, anche tenti a giardino, compresi parchi, alberi di alto fusto, attrezzature sportive e per giochi, strade provate e recinzioni in genere, nonché cancelli anche automatici. L'assicurazione comprende inoltre i danni derivanti dalla manutenzione ordinaria e straordinaria nonché la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella sua qualità di committente dei lavori di manutenzione straordinaria. Per la committenza dei lavori previsti ed in conformità al D. Lgs. 81/2008 la garanzia opera alla condizione che l'Assicurato abbia designato, ove previsto dal citato decreto, il responsabile dei lavori, il coordinatore per la progettazione ed il coordinatore per l'esecuzione dei lavori. La garanzia non comprende i danni derivanti da umidità,

stillicidio ed in genere da insalubrità dei locali, inclusi quelli provocati da funghi e/o muffe. La garanzia comprende i danni a terzi derivanti da spargimento di acqua o da rigurgito di fogne conseguenti a rotture accidentali di tubazioni o condutture.

Art. 66 Danni da incendio

A deroga di quanto indicato all'articolo "Esclusioni", si conviene tra le Parti di estendere la garanzia alla responsabilità civile imputabile all'Assicurato per i danni cagionati a cose di terzi derivanti da incendio di cose di proprietà dell'Assicurato o da lui detenute.
Resta inteso che qualora l'Assicurato fosse coperto da polizza incendio con la garanzia "Ricorso terzi", la presente opererà in secondo rischio per l'eccedenza rispetto alle somme assicurate con la suddetta polizza incendio.
Detta estensione di garanzia è prestata con l'applicazione, per ciascun sinistro, di uno scoperto del 10% con il minimo di € 1.000,00 ed un limite di indennizzo di € 500.000,00 per sinistro ed anno assicurativo.

Art. 67 Danni a cose in consegna e custodia

A parziale deroga di quanto indicato all'articolo "Esclusioni" si conviene fra le Parti che la garanzia comprende i danni alle cose di terzi in consegna e/o custodia dell'Assicurato purché i danni non si verifichino durante l'uso, il trasporto, la movimentazione, carico/scarico e/o sollevamento di tali cose e/o durante l'esecuzione di lavori delle stesse. Tale garanzia si intende prestata fino alla concorrenza di un massimo risarcimento di € 200.000,00 sinistro ed anno assicurativo e con l'applicazione di una franchigia di € 500,00 per sinistro.

Art. 68 Estensione RC strutture periferiche e personale dei tecnici e/o addetti

Si intende inclusa in garanzia la responsabilità civile della Federazione e/o delle sue strutture periferiche e/o personale dei tecnici e/o addetti incaricati formalmente dalla stessa Federazione per la custodia e per la "*culpa in vigilando*" su atleti anche minorenni tesserati federali che vengono seguiti in ogni fase della giornata sportiva e non:

- durante le gare / allenamenti / stage in Italia o all'estero;
- durante il soggiorno e/o residenza-permanenza anche per lunghi periodi (con vitto, alloggio, frequenza a scuola etc..) presso Centri Sportivi italiani o esteri

Art. 69 Committenza auto ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile imputabile all'Assicurato per danni cagionati a terzi dai suoi dipendenti ed eventuali lavoratori parasubordinati o dai lavoratori con rapporto di lavoro regolare sotto tutte le forme previste dal D. Lgs. 10/09/2003 n. 276 in relazione alla guida di autovetture, ciclomotori e motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Assicurato o allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati. La garanzia vale anche per i danni corporali subiti dalle persone trasportate.

Art. 70 Danni a mezzi sotto carico o scarico

Si conviene tra le Parti di estendere la garanzia alla responsabilità civile imputabile all'Assicurato per i danni subiti dai mezzi di trasporto di terzi durante le operazioni di carico o scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni.
Sono esclusi i danni da mancato uso, da furto e da incendio.
Detta estensione di garanzia è prestata con l'applicazione, per ciascun sinistro, di uno scoperto del 10% con il minimo di € 250,00 su ogni indennizzo dovuto.

Art. 71 Danni da interruzione d'attività, o sospensioni totali o parziali di attività

A deroga di quanto indicato all'articolo "Esclusioni", si conviene tra le Parti di estendere la garanzia alla responsabilità civile imputabile all'Assicurato per danni da interruzione o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi purché conseguenti a sinistro

indennizzabile a termini di polizza. Detta estensione di garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 150.000,00 per sinistro.

Art. 72 Inquinamento accidentale

A deroga di quanto indicato all'articolo "Esclusioni" si precisa che la garanzia si estende ai danni conseguenti a contaminazione dell'acqua, dell'aria o del suolo congiuntamente o disgiuntamente provocati da sostanze di qualunque natura emesse o comunque fuoriuscite a seguito di rottura accidentale di impianti e condutture.
Detta estensione di garanzia è prestata con l'applicazione, per ciascun sinistro, di uno scoperto del 10 % con il minimo di € 2.500,00 e con un limite di indennizzo di € 200.000,00 per sinistro ed anno assicurativo.

Art. 73 Altre persone che partecipano ai lavori o presenti in azienda a vario titolo

Premesso che l'Assicurato può avvalersi, nel rispetto della vigente legislazione, anche dell'opera di persone (incluse fra queste: tirocinanti, stagisti, borsisti, studenti, consulenti e simili), non rientranti nella definizione di prestatori di lavoro si conviene:

- di considerare terzi anche tali persone;
- di comprendere in garanzia i danni a terzi causati da tali persone mentre partecipano all'attività oggetto della presente assicurazione.

Il massimale di polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico anche nel caso di corresponsabilità tra l'assicurato e le suddette persone.

Art. 74 Mancato o insufficiente servizio di vigilanza

L'assicurazione comprende i danni per mancato o insufficiente servizio di vigilanza o di intervento sulla segnaletica, sui ripari o sulle recinzioni del centro equestre posti a protezione della incolumità di terzi.

Art. 75 Estensioni diverse

L'assicurazione copre anche i rischi derivanti:

- da fatto commesso da persone non dipendenti dell'Assicurato con incarico di sovrintendere, controllare, assistere, organizzare e sorvegliare le attività descritte in polizza quali: allenatori, giudici di gara, istruttori, insegnanti, massaggiatori, medici e tutte le persone componenti lo staff tecnico, dirigenti, accompagnatori nonché tutti i componenti lo staff dirigenziale ed amministrativo, limitatamente all'attività svolta per conto della Federazione e dei suoi Organi Centrali Periferici e degli Enti Convenzionati
- dalla fornitura e/o locazione delle attrezzature e/o materiale necessario allo svolgimento delle attività assicurate;
- dalla partecipazione ad esposizioni, fiere, mostre, mercati, compreso il rischio inerente alla proprietà, conduzione, allestimento, montaggio e smontaggio degli stand e dei relativi impianti;
- proprietà, conduzione, manutenzione, pulizia, riparazione di impianti sportivi in genere anche per i danni subiti dai Soci e/o frequentatori degli impianti stessi.
- derivante dall'esistenza e gestione di:
  - mensa o posto di ristoro;
  - bar, ristorante e distributori automatici di cibi e bevande;

  Di tali servizi possono occasionalmente usufruire anche estranei restando inteso che qualora la gestione di questi servizi sia data in appalto a terzi l'assicurazione opera esclusivamente per la responsabilità imputabile all'Assicurato nella sua qualità di committente.
  La garanzia vale anche per i danni fisici cagionati dai generi alimentari somministrati, sempreché la somministrazione ed il danno siano avvenuti durante il periodo di validità dell'assicurazione;

- dall'erogazione dei servizi sanitari, medici ed infermieristici prestati all'interno dei complessi sportivi, compresa la responsabilità personale dei sanitari e degli addetti ai servizi, fermo restando che, in caso di esistenza di altre coperture assicurative concernenti la responsabilità personale dei sanitari e degli addetti ai servizi, la garanzia s'intende prestata in secondo rischio;
- dal servizio di vigilanza effettuato con guardiani anche armati e con cani;
- dalla proprietà e manutenzione di insegne, striscioni e cartelli pubblicitari e quant'altro di simile, ovunque installati nell'ambito dei limiti territoriali indicati in polizza con esclusione dei danni alle cose sulle quali gli stessi sono installati. Qualora la manutenzione fosse affidata a terzi l'assicurazione opera esclusivamente per la responsabilità imputabile all'Assicurato nella sua qualità di committente.
- dall'esercizio di appositi spazi attrezzati a parcheggio di veicoli a motore, compresi i danni ai veicoli medesimi, anche se di proprietà dei dipendenti. Tale garanzia è prestata con una franchigia assoluta di € 100,00 per ciascun veicolo assicurato, con esclusione dei danni da furto e quelli conseguenti a mancato uso;
- dall'organizzazione di attività dopolavoristica e ricreativa, convegni, congressi, corsi di formazione, compresi i danni corporali subiti da corsisti o stagiares;
- dall'organizzazione di visite all'azienda e dalla presentazione e dimostrazione dei prodotti dell'azienda stessa;
- dalle operazioni di consegna, prelievo e rifornimento di merci;
- da servizio antincendio interno o da intervento diretto di prestatori di lavoro dell'Assicurato a tale scopo;
- dalle operazioni di pulizia dei locali e manutenzione degli impianti adibiti dall'Assicurato all'attività assicurata;
- dalla proprietà e/o all' uso di macchinari in genere, impianti e veicoli (compresi muletti e macchini operatrici), macchine semoventi e quant'altro di similare, anche se di proprietà di terzi, purché usati per conto proprio e per le attività assicurate;
- dalla proprietà/conduzione di tribune, gradinate ed impianti sportivi in genere comprese le operazioni di progettazione, montaggio, collaudo, manutenzione, riparazione e installazione degli stessi;
- RC derivante dalle apparecchiature concesse in comodato a terzi; la garanzia è inoltre operante per danni provocati da apparecchiature che l'assicurato ha in comodato d'uso o servizio
- RC per i danni (escluso il furto) ai veicoli di dipendenti e/o di terzi stazionanti in parcheggi ed aree dell'Ente, compresi i veicoli del Segretario, direttore, dei Consiglieri e degli Amministratori
- RC derivante alla Contraente per danni provocati a terzi da stagisti, ricercatori, praticanti, borsisti, consulenti, ed altre persone non dipendenti mentre operano per conto dell'Assicurato ed anche mentre gli stessi, a seguito di Convenzione/ Progetto, esplicano la loro attività presso le aziende e/o Enti e/o associazioni locali ecc, per addestramento, corsi di istruzione professionale, studi, prove ed altro.

Art.76 Conduzione Impianto Sportivo Tre Fontane (Roma) del Comitato Italiano Paralimpico (poi denominato CIP)

A Parziale deroga ed integrazione di quanto indicato nelle CGA si precisa che durante l'utilizzo dell'impianto sportivo denominato TRE FONTANE di proprietà del Comitato Italiano Paralimpico (poi denominato CIP), si intendono operanti le seguenti condizioni assicurative:

Novero dei Terzi

Estensione della qualifica di terzi ai dipendenti del CIP, subappaltatori e ai loro dipendenti.

In caso di sinistro, esclusivamente nei confronti dei citati terzi, la Società non potrà eccepire riserve o eccezioni con riguardo agli articoli 1892 e 1893 del c.c., fatti salvi i conseguenti diritti di rivalsa della Società.

Trasmissione di denuncia di sinistro

Qualora CIP fosse chiamato a rispondere per evento dannoso ascrivibile per legge all'Assicurato principale, è data facoltà di trasmettere direttamente la denuncia di sinistro all'Impresa assicuratrice.

La Società ("Impresa assicuratrice") si impegna a dare immediato avviso scritto aL CIP., di ogni modifica contrattuale in senso peggiorativo rispetto alle clausole/condizioni previste nel presente documento nonché di ogni inadempienza del contraente/Assicurato principale che possa comportare la non operatività della garanzia, anche con specifico riguardo al mancato pagamento del premio ai sensi dell'art. 1901 del c.c.

In tale specifico caso CIP avrà la facoltà di provvedere direttamente al pagamento del premio, entro un periodo di 60 giorni dal mancato versamento del premio da parte del contraente/Assicurato principale, periodo durante il quale la Società si impegna a mantenere operativa la polizza di assicurazione.

Pagamento dei sinistri

I sinistri, indennizzabili ai sensi della presente polizza, verranno pagati direttamente al terzo danneggiato senza applicazione delle eventuali franchigie o scoperti previsti in polizza, i quali rimangono comunque sempre a carico dell'Assicurato. In tal caso il terzo danneggiato ricevuto il pagamento rilascerà atto di completa liberatoria.

Solo con il benestare della Società l'Assicurato Principale potrà indennizzare direttamente il terzo, con l'intesa che successivamente la Società liquiderà il sinistro al proprio assicurato.

Cessazione dell'Assicurazione/Scadenza naturale del Contratto La Società si impegna a dare avviso scritto al CIP:

- con un preavviso di almeno 60 giorni, dell'intenzione o della decisione di esercitare il recesso
- dal Contratto principale per qualunque motivo ed anche se conseguente al mancato pagamento del premio;
- con un preavviso di almeno 30 giorni, qualora avendo il Contraente avanzato richiesta di proroga o rinnovo del Contratto, non intenda accordare tale proroga o rinnovo alle medesime condizioni in corso;
- con un preavviso di almeno 30 giorni in caso di disdetta della polizza;
- immediatamente qualora venga a conoscenza di atti o situazioni, inclusa ogni inadempienza del Contraente, che possano invalidare in tutto o in parte l'assicurazione;
- con un preavviso di almeno 60 giorni, in caso di naturale scadenza della polizza.

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

Art.77 Oggetto dell'assicurazione -Responsabilità Civile verso figure soggette all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. (R.C.O.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

a) ai sensi di legge per gli infortuni sofferti, durante il periodo di validità della presente assicurazione, da prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati, iscritti e non iscritti all'INAIL ai sensi del DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e s.m.i. e ai sensi del Dlgs 23.02.2000 n. 38 e s.m.i., incluse le figure di collaborazione previste dal D. Lgs n. 276 del 10.09.2003 (c.d LEGGE BIAGI) e s.m.i., ivi compresi Lavoratori con rapporto di lavoro somministrato, lavoratori distaccati presso altre aziende, anche qualora l'attività svolta sia diversa da quella descritta in polizza e quelli a domicilio/distanza (c.d. telelavoro), lavoratori interinali come definiti dalla legge 24.06.1997 n. 196 e s.m.i.,
b) ai sensi del codice civile e ai sensi di altre leggi civilistiche, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e decreti legislativi, oppure leggi, di cui al punto precedente, o eccedenti le prestazioni dalle stesse normative previste, causati alle figure lavorative di lavoro di cui al precedente punto, per morte, lesioni personali e danni a cose.
c) Ai sensi di legge per danni corporali sofferti dai dipendenti non soggetti all'assicurazione obbligatoria presso l'INAIL durante od in occasione dell'attività lavorativa.
d) Per gli infortuni subiti dai prestatori di lavoro durante il rischio in "itinere" anche nell'eventuale assenza di analoga copertura da parte dell'Inail.

L'assicurazione si estende anche a coloro (es: gruppo volontari protezione civile, studenti, borsisti, allievi, tirocinanti, lavoratori socialmente utili, ecc.) che prestano servizio presso l'Assicurato per addestramento, corsi di istruzione professionale, studi, prove ed altro e che per essere assimilati agli apprendisti vengono assicurati contro gli infortuni sul lavoro a norma di legge.

Vengono inoltre parificati a dipendenti tutte le figure, inclusi amministratori, assicurati contro gli infortuni sul lavoro a norma di legge.

I dipendenti, soggetti all'assicurazione obbligatoria INAIL, inviati all'estero saranno considerati terzi qualora l'INAIL non riconosca la propria copertura assicurativa.

L'invalidità permanente viene calcolata sulla base delle tabelle di cui agli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazione e/o integrazioni e D.lgs 23.02.2000 n. 38 e s.m.i., dal D. Lgs n. 276 del 10.09.2003 e s.m.i.

Relativamente alla componente "Danno Biologico" l'assicurazione si intende prestata con l'applicazione della franchigia di € 2.582,28 per ogni persona infortunata.

L'assicurazione R.C.O. , è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge L'assicurazione conserva tuttavia la propria validità anche se l'Assicurato non è in regola con gli obblighi di cui sopra in quanto ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia.

La garanzia R.C.O si intende operante anche nel caso in cui i dipendenti, lavoratori parasubordinati e lavoratori di cui al dlg 276/2003 soggetti e non soggetti INAIL si trovino nell'ambito dei luoghi di lavoro oltre il normale orario di lavoro.

La Società si impegna a tacitare civilmente la controparte indipendentemente dalla perseguibilità d'ufficio del reato commesso dall'Assicurato o da persona della quale questi debba rispondere ai sensi dell'art. 2049 C.C. ed indipendentemente dall'accertamento giudiziale.

A questo riguardo si conviene che ogni decisione in merito sarà di volta in volta concordata tra la Contraente e la Società, tenendo conto degli interessi della Contraente, dell'Assicurato e delle persone delle quali la Contraente e l'Assicurato debbano rispondere ai sensi del citato art. 2049 C.C.

Art. 78 Estensione malattie professionali

La garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) è estesa, con le stesse modalità, al rischio delle malattie professionali indicate dalle tabelle allegate al D.P.R. 30.06.1965, n. 1124 o contemplate dal D.P.R. 09.06.1975, n. 482 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni, nonché ai sensi del Dlgs 23.02.2000 n. 38 e s.m.i.,, in vigore al momento del sinistro, dal D. Lgs n. 276 del 10.09.2003 e s.m.i., nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali dalla magistratura.

L'estensione spiega i suoi effetti per le richieste di risarcimento per la prima volta avanzate nei confronti dell'Assicurato durante il periodo di decorrenza della polizza indipendentemente dall'epoca in cui si siano verificati gli eventi che hanno dato luogo alla malattia o lesione.

Il Contraente/Assicurato dichiara di non essere a conoscenza alla data di perfezionamento del presente contratto di circostanze o situazioni che possano determinare, durante la validità del contratto stesso un sinistro risarcibile ai sensi della presente estensione di garanzia o una richiesta di risarcimento occasionata da sinistri o da fatti verificatisi anteriormente alla decorrenza contrattuale.

Il massimale di garanzia indicato in polizza per sinistro rappresenta comunque la massima esposizione della Società:

a) per più danni, anche se manifestatisi in tempi diversi durante il periodo di validità della garanzia, originati dal medesimo tipo di malattia professionale;
b) per più danni verificatisi in uno stesso periodo annuo di assicurazione.

La garanzia non vale:

1) per quei prestatori di lavoro per i quali si sia manifestata ricaduta di malattia professionale precedentemente indennizzata o indennizzabile;
2) per le malattie professionali conseguenti:
   - alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge, da parte dei rappresentanti legali dell'Assicurato;
   - alla intenzionale mancata prevenzione del danno, per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni, da parte dei rappresentanti legali dell'Assicurato.

La presente esclusione 2) cessa di avere effetto per i danni verificatisi successivamente al momento in cui, per porre rimedio alla situazione, vengano intrapresi accorgimenti che possono essere ragionevolmente ritenuti idonei in rapporto alle circostanze.

La Società ha diritto di effettuare in qualsiasi momento ispezioni per verifiche e/o controlli sullo stato degli stabilimenti ed uffici dell'Assicurato, ispezioni per le quali l'Assicurato stesso é tenuto a consentire il libero accesso ed a fornire le notizie e la documentazione necessaria.

Sono inclusi in garanzia le denunce pervenute alla contraente entro tre anni dalla cessazione del rapporto di lavoro del dipendente.

Art. 79 Esclusioni

La presente garanzia non comprende unicamente i danni:

- da detenzione od impiego di esplosivi;
- verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, ne per i danni da campi elettromagnetici;
- verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;
- direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo,
- indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni;
- causato o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.

Art. 80 Rivalsa INPS ed Istituti similari

Tanto l'assicurazione R.C.T. quanto l'assicurazione R.C.O. valgono anche per le azioni di rivalsa esperita dall'INPS, ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 giugno 1984, n. 222, e successive modificazioni ed integrazioni o da enti similari.

Art. 81 Denuncia dei sinistri e obblighi dell'assicurato

La Contraente e le sue strutture devono fare denuncia alla Società soltanto degli infortuni per i quali ha luogo l'inchiesta pretorile a norma della legge infortuni.
Inoltre, se per l'infortunio viene iniziato procedimento penale, deve darne avviso alla Società appena ne abbia notizia.
La Società ha diritto di avere in visione i documenti concernenti sia l'assicurazione obbligatoria sia l'infortunio denunciato in relazione all'assicurazione stessa che abbia dato luogo al reclamo per responsabilità civile.

Art. 82 Dichiarazioni inesatte sul rischio

Si da atto che ogni errore, omissione, inesatta dichiarazione ed imprecisa individuazione di un qualsiasi rischio che non sia frutto di dolo in cui l'Assicurato sia incorso all'atto della stipula del contratto e durante il corso di esso, non determina nullità di garanzia, decadenza del diritto di indennizzo, applicazione della regola proporzionale, ma avrà il solo effetto di far rettificare il premio di base al vero stato di rischio salvo che non si sia in presenza di aggravamento tale che, se conosciuto non avrebbe consentito l'assicurazione.

SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI E RESPONSABILITA ' CIVILE AD ADESIONE PER PERSONALE E PARTECIPANTI, COLLABORATORI, VOLONTARI NON TESSERATI IN CASO DI GARE O MANIFESTAZIONI

Art.83 Oggetto della garanzia

Alle condizioni che seguono è data facoltà agli aderenti, che ne facciano espressa richiesta scritta e ne onorino il relativo premio, di integrare le coperture Infortuni e RCT previste nella presente Convenzione in occasioni di gare. manifestazioni sportive, ricreative e culturali Eventi sportivi, Openday, Openday multidiscpilari o altre attività autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della Contraente.

La copertura è rivolta a:

- **Personale** non tesserato
- **Partecipanti, collaboratori, volontari**

1) Modalità per la comunicazione di personale addetto da assicurare

Al fine di aderire alla formula integrativa, l'aderente dopo aver provveduto alla compilazione del modulo previsto pubblicato sul sito federale ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via email all'indirizzo integrative.paralimpiche@magitaliagroup.com con indicazione di:

- Denominazione della manifestazione da assicurare;
- L'elenco nominativo del personale addetto;
- Decorrenza e durata della manifestazione;
- Fotocopia dell'avvenuto versamento al broker a mezzo bonifico bancario, dell'importo del premio dovuto.

Premio: per ogni giornata di manifestazione e/o gara è il seguente:

- Fino a 30 addetti Euro 20,00

Il premio per ogni addetto oltre i primi 30 è stabilito in Euro 0,50 per giornata.

2) Modalità per la comunicazione dei Partecipanti, collaboratori e Volontari a manifestazioni

Al fine di aderire alla formula integrativa, l'aderente dopo aver provveduto alla compilazione del modulo previsto pubblicato sul sito federale ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via email all'indirizzo integrative.paralimpiche@magitaliagroup.com con indicazione di:

- Denominazione della manifestazione da assicurare;
- L'elenco nominativo del personale addetto;
- Decorrenza e durata della manifestazione;
- Fotocopia dell'avvenuto versamento al broker a mezzo bonifico bancario, dell'importo del premio dovuto.

Premio: per ogni giornata di manifestazione e/o gara è il seguente:

- Fino a 300 partecipanti Euro 100,00
- Da 301 a 1.000 partecipanti Euro 200,00
- Da 1001 a 5000 partecipanti Euro 300,00
- Oltre 5000 Euro 40,00 per ogni 1.000 partecipanti in eccesso ai 5.000

Art. 84 Decorrenza e scadenza della formula integrativa

Le garanzie previste dalla formula integrativa decorreranno dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio dovuto e cesseranno alla scadenza richiesta.

Art.85 Garanzia e somme assicurate

INFORTUNI

€ 80.000,00 Morte
€ 80.0000,00 Invalidità Permanente
Franchigia 5%

RCT

per ogni sinistro	€ 500.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 500.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 500.000,00

Franchigia fissa per ciascun sinistro: euro 200,00.

Le garanzie saranno operanti in occasione di gare e/o manifestazioni,Eventi sportivi, Openday, Openday multidiscpilari o altre attività rientranti negli scopi della Contraente, compreso il rischio in itinere anche con mezzi propri o come trasportati.

Art.86 Adesione alla formula integrativa

Al fine di aderire alla formula integrativa, dopo aver provveduto alla compilazione del modulo allegato ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via email indirizzo integrative.paralimpiche@magitaliagroup.com

SEZIONE SOMME ASSICURATE

Art.87 SEZIONE SOMME ASSICURATE

GARANZIA INFORTUNI	
TESSERATI / ADERENTI/TESSERE PROMOZIONALI NON AGONSITICHE/SOGGETTI A	
Caso Morte	€ 80.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 80.000,00
ATLETI CLUB PARALIMPICO /ATLETI CLUB ATLETI CLUB DEAFLYMPICS /ATLETI TOP /CLUB AZZURRO	
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Rimborso Spese Mediche (Art.44) Visite extraospedaliere	€ 15.000,00 € 800,00
Diaria da ricovero (Art.45)	€ 50,00 (al giorno Max 60gg Franchigia 5 gg)

GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI	
CONTRAENTE	
per ogni sinistro	€ 5.000.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 5.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 5.000.000,00
TESSERATI / TESSERE PROMOZIONALI NON AGONSITICHE / ATLETI CLUB PARALIMPICO/ ATLETI CLUB DEAFLYMPICS /ATLETI TOP /CLUB AZZURRO / SOGGETTI A	
per ogni sinistro	€ 500.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 500.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 500.000,00

COMITATI TERRITORIALI/ SOCIETA' AFFILIATE	
per ogni sinistro	€ 2.500.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 2.500.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 2.500.000,00

GARANZIA RESPONSABILITÀ VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

CONTRAENTE	
per ogni sinistro	€ 2.500.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 2.500.000,00

SOCIETA' AFFILIATE	
per ogni sinistro	€ 1.500.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.500.000,00

Art. 88 Sanction Limitation and Exclusion Clause - Clausola di limitazione ed esclusione di attività soggette a Sanzioni

La Società, in qualità di assicuratore e/o riassicuratore, non sarà tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica Italiana , dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati uniti d'America.

IL CONTRAENTE LA COMPAGNIA