

**POLIZZA MULTIRISCHI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E RESPONSABILITÀ CIVILE
GENERALE A FAVORE DEI TITOLARI DI LICENZA
DELLA FEDERAZIONE SPORTIVA AUTOMOBILE CLUB D'ITALIA
CIG B3286ECDD9**

**CAPITOLATO TECNICO
AUTOMOBILE CLUB D'ITALIA**

SOMMARIO

AUTOMOBILE CLUB D'ITALIA.....	1
1 - Durata e decorrenza della polizza.....	6
2 - Obblighi della Contraente	6
3 - Foro competente - clausola arbitrale	6
4 - Clausola Broker.....	
5 - Manifestazioni unitarie	6
6 - Assicurazioni per conto altrui.....	6
7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	6
8 - Aggravamento del rischio.....	6
9 - Diminuzione del rischio.....	7
10 - Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio	7
11 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.....	7
12 - Titoli che danno diritto all'assicurazione	7
13 - Denuncia dei sinistri.....	8
14 - Oneri fiscali.....	8
15 - Modifiche dell'Assicurazione	8
16 - Rinvio alle norme di legge.....	8
17 - Interpretazione del Contratto	8
18 - Rescissione del contratto	8
19 - Foro competente	8
20 - Dichiarazioni della Società.....	8
21 - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte	8
23 - Soggetti Assicurati.....	9
24 - Oggetto del rischio	10
25 - Estensioni di garanzia.....	10
26 - Esclusioni.....	11
27 - Esonero denuncia di infermità.....	11
28 - Esonero denuncia altre assicurazioni	11
29 - Rinuncia alla rivalsa	11
30 - Persone non assicurabili	11
31 - Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari.....	12
32 - Infortuni determinati da calamità naturali	12
33 - Evento con pluralità di infortuni.....	12
34 - Validità territoriale.....	12
35 - Limite di età.....	12
36 - Criteri di indennizzabilità	12
37 - Rischio volo.....	12
38 - Prestazioni.....	13
39 - Franchigia.....	14
40 - Controversie sulla natura degli infortuni	14
41 - Pagamento dell'indennità.....	15
42 - Estensioni speciali.....	15
43 - Rimborso Spese Mediche.....	16
44 - Denuncia degli infortuni.....	16
45 - Rinuncia al diritto di surrogazione	17
46 - Descrizione del rischio	19

48 - Oggetto dell'assicurazione.....	19
60 - Vincolo di solidarietà	22
<i>L'assicurazione vale esclusivamente per la personale responsabilità dell'Assicurato....</i>	<i>22</i>
<i>In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti non rientranti in tale definizione, gli assicuratori risponderanno soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.</i>	<i>22</i>
61 - Danni in serie	22
<i>In caso di sinistri in serie la data della prima richiesta sarà considerata come data di tutte le richieste anche per quelle presentate successivamente alla cessazione dell'assicurazione.</i>	<i>22</i>
62 - Obblighi in caso di sinistro	22
63 - Gestione delle vertenze e spese di resistenza.....	23
64 - Gestione delle vertenze in caso di sinistro - Spese legali	23
65 - Altre assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e di limiti... 23	
SEZIONE 1 - INFORTUNI	25
SEZIONE 1 - INFORTUNI INTEGRATIVA	25
SEZIONE 2 - RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE	25
SEZIONE PREMI	26
A) - PREMI UNITARI INFORTUNI	26
B) PREMI COMPLESSIVI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE	26

DEFINIZIONI

Ambulatorio

La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Beneficiari

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 l'assicurazione ovvero l'ACI Automobile Club d'Italia.

Day Hospital

Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

Dirigente

Il soggetto tesserato con tale titolo.

Franchigia

È l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico che per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento improvviso, che si verifichi indipendentemente dalla volontà dell'assicurato, 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.

Istituto di cura

L'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale

È l'importo massimo della prestazione della Società.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dalla Contraente alla Società.

Ricovero

Permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto

È 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.

Società di assicurazione - Assicuratore

L'impresa, il gruppo di imprese o il soggetto che presta l'assicurazione.

Tesserato

Ogni singolo soggetto od Ente iscritto o aderente alla Contraente.

Tecnici

i soggetti tesserati in qualità di maestri, istruttori, allenatori, collaboratori e le analoghe figure comunque preposte all'insegnamento delle tecniche sportive, all'allenamento degli atleti ed al loro perfezionamento tecnico.

Trattamento chirurgico

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Tra la AUTOMOBILE CLUB D'ITALIA (ACI) e la SOCIETA' ASSICURATRICE AFFIDATARIA DEL SERVIZIO designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole Contraente e Società, viene stipulata la seguente polizza per le garanzie infortuni Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti (GU n.296 del 20-12-2010) e responsabilità civile generale a favore dei licenziati dell'ACI.

1 - Durata e decorrenza della polizza

La presente polizza viene stipulata per la durata di anni 4, con inizio dalle ore 00,00 del 1 febbraio 2025 e termina alle ore 24,00 del 31 gennaio 2029.

E' diritto del Contraente e della Società formulare rescissione del contratto dopo il secondo anno di contratto con comunicazione scritta far pervenire all'altra parte entro il 31 ottobre dell'anno precedente a quello di rescissione del contratto.

2 - Obblighi della Contraente

La **Contraente** 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.

3 - Foro competente

Per le controversie tra Contraente e Società è' competente in via esclusiva il foro di Roma.

Art. 4 Clausola Broker

Il Contraente dichiara e la Società prende atto che per la stipula del presente contratto non ci si avvale dell'intermediario assicurativo (Broker).

5 - Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti gli assicurati anche in caso di partecipazione, a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali ACI abbia ufficialmente aderito.

6 - Assicurazioni per conto altrui

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

7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

8 - Aggravamento del rischio

La Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile

9 - Diminuzione del rischio

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

10 - Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio

Premesso che:

- i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva Sezione Premi;
- l'importo complessivo previsto alla Sezione Premi (numero adesioni – premio unitario – premio totale), deve considerarsi quale premio minimo anticipato alla Società per ciascun anno assicurativo;

si conviene che il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio verrà effettuato sulla base degli effettivi assicurati previsti alla Sezione Premi.

Per la Sezione Infortuni non verranno considerati nella durata di polizza eventuali periodi in cui, per provvedimento dell'Autorità o del Governo, venga impedito lo svolgimento dell'attività sportiva federale per periodi superiori a giorni 15gg. In tale ipotesi i periodi in questione saranno recuperati con un corrispondente proporzionale riduzione del premio.

Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, o della minore durata del contratto, la Contraente fornirà alla Società elenco riportante il numero degli Assicurati (iscritti) suddivisi per categoria riferito all'anno assicurativo decorso, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 60 giorni dalla relativa comunicazione.

11 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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 in cui consegua il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 12 *“Titoli che danno diritto all'assicurazione”* della presente Sezione, e scadrà al quindicesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzidetto.

Il premio annuo lordo è frazionato in rate semestrali con scadenze rispettivamente al 31/12, 30/06 di ogni anno.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 00,00 del 1 febbraio 2025, 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 comprensivo verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

A parziale deroga del precedente comma, e solo ed esclusivamente per la garanzia infortuni, in caso di mancato pagamento del premio da parte della Contraente, qualora l'Assicurato possa esibire il titolo che dà diritto all'assicurazione rilasciato precedentemente la data di infortunio, l'assicuratore provvede ad erogare la prestazione assicurativa, fatto salvo il diritto di rivalsa ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo, in data posteriore alla adesione alla Polizza, 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 dell'ACI, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati alla Contraente e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dalla Contraente stessa.

12 - Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto senza distinzione di attività praticata, rientrando comunque negli scopi della Contraente, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, alle garanzie assicurative è:

- La licenza nominativa e numerata ACI per i titolari di “licenza conduttori” e di “licenza speciale”;

- relativamente alla categoria “C”, tutti i documenti necessari in possesso della Contraente in grado di dimostrare l’incarico o la funzione affidatagli;
- per l’ACI costituisce titolo il presente contratto.

13 - Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Società entro 30 giorni dall'evento ovvero dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli art.1913 e 1915 del Codice Civile.

14 - Oneri fiscali

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

15 - Modifiche dell'Assicurazione

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

16 - Rinvio alle norme di legge

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

17 - Interpretazione del Contratto

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

18 - Rescissione del contratto

Il Contraente e la Società possono recedere dal contratto di assicurazione esclusivamente secondo quanto stabilito al precedente articolo 1 *“Durata e decorrenza della Polizza”*.

19 - Foro competente

Per ogni controversia inerente questo contratto il foro competente sarà quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

20 - Dichiarazioni della Società

La Società dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni della Contraente e/o Assicurato.

21 - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

22 - Estensione territoriale

Per entrambe le sezioni – Assicurazione Infortuni e Responsabilità Civile - l'assicurazione vale per il mondo intero.

SEZIONE 1 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

23 - Soggetti Assicurati

La presente assicurazione è prestata, anche in esecuzione di quanto previsto dal Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 3.11.2010 (GU n.296 del 20.12.2020) a favore delle persone, comprese nelle sotto riportate categorie "A", "B" e "C" e la copertura, per le categorie A,B esplicherà i suoi effetti solo a condizione che al momento del sinistro la "licenza" rilasciata dalla Contraente risulti in corso di validità.

– **Soggetti A – Titolari di "Licenza conduttori":**

Rientrano in tale novero le persone fisiche titolari di "licenza di conduttore" auto e karting, nazionale o internazionale, rilasciata dalla Contraente ed in corso di validità; per le discipline che prevedano esplicitamente la presenza di un equipaggio composto di due persone, entrambi vengono convenzionalmente considerati conduttori.

Sono assimilati ai conduttori i soggetti persone fisiche che abbiano come unica licenza quella di concorrenti-conduttori.

Per tutte le persone di cui ai precedenti commi, la garanzia esplica i propri effetti per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione della partecipazione allo sport automobilistico, compresi gli allenamenti liberamente svolti o al fine di effettuare test sul veicolo e/o sui relativi pneumatici, sia a livello amatoriale che agonistico, intendendosi per tali sia le fasi preparatorie ed accessorie alla manifestazione che la manifestazione stessa, purché tutte svolte sotto l'egida della Contraente e dunque in eventi autorizzati, consentiti o approvati dalla medesima e/o iscritti al Calendario Sportivo Nazionale o comunque effettuali nel rispetto della normativa federale applicabile alla specialità di riferimento.

– **Soggetti B – Titolari di "Licenza speciale":**

rientrano in tale novero le persone fisiche in possesso della "licenza speciale" auto e karting, limitatamente a coloro che ricoprono le funzioni di:

- Ufficiale di gara;
- Medico federale e Medico collaboratore;
- Istruttore;
- Direttore Sportivo e Direttore Tecnico di scuderia;
- Assistenti meccanici;
- Ispettori e delegati sicurezza piste e percorsi;
- Dirigenti Sportivi.

La garanzia è valida per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento degli adempimenti connessi alle funzioni sopra descritte.

– **Soggetti C – Componenti Organi e Organismi Sportivi dell' ACI:**

Rientrano in tale novero le persone componenti gli organi e organismi sportivi dell' ACI e, più precisamente:

- Organi di gestione : Presidente, Segretario, Membri Giunta Sportiva, Membri Consiglio Sportivo Nazionale.
- Organismi tecnici e consultivi: Membri delle Commissioni per Settori Attività Sportiva, Membri del Gruppo Ufficiali di Gara, Membri Gruppi di lavoro permanenti, Membri Gruppi di lavoro temporanei.
- Organismi territoriali : Delegazioni Regionali (Presidenti dei comitati, Fiduciari, Referenti karting).
- Organi di giustizia come previsti dal Regolamento della Giustizia : membri del Giudice Sportivo, del Tribunale Sportivo Nazionale, del Tribunale Federale Nazionale, Corte Sportiva

d'appello, Corte Federale d'appello, della Procura Federale, dei Collegi Arbitrali Sportivi di cui al titolo XX del Regolamento Nazionale Sportivo.

La garanzia vale esclusivamente per gli infortuni derivanti dal "rischio della carica", ovvero per gli infortuni indennizzabili a termini di polizza che gli Assicurati subiscano durante la partecipazione alle riunioni, documentate dagli appositi verbali e registri, nel corso dello svolgimento, per disposizioni dell'ACI e dei suoi organismi, di ogni altra funzione inerente alla carica di ciascuno specificatamente ricoperta, purché risultino da mandato desumibile da verbali, registrazioni, relazioni o lettere di incarico, documenti tutti che la Contraente si obbliga ad esibire su richiesta degli incaricati dalla Società.

24 - Oggetto del rischio

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli **infortuni** che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva organizzata sotto l'egida dell'ACI, ivi compresi gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale e comprese le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara o allenamento.

La copertura è inoltre estesa alle altre attività fisiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, pesistica, atletica, purché rientranti nel programma di allenamento, potenziamento e/o recupero necessari all'attività sportiva.

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi missioni e relativi trasferimenti, compreso il rischio in itinere, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio della Contraente.

L'assicurazione opera a condizione che le attività anzi descritte si svolgano secondo le modalità, i tempi e nelle strutture o nei luoghi previsti dal regolamento sportivo federale.

L'assicurazione opera anche in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggeri o in forma individuale, verso e da luogo di svolgimento delle attività di cui ai precedenti commi, esclusi gli incidenti verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque inosservanza delle norme che regolano il trasferimento.

L'assicurazione opera a condizione che l'infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato all'attività di cui ai precedenti commi, ed in data e orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione al termine dell'attività stessa.

25 - Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) 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;
- 9) le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
- 10) le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari;
- 11) gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

Sono inoltre considerati in garanzia gli infortuni:

- sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- conseguenti a colpi di sonno;

- subiti dall'Assicurato affetto da diabete, alla condizione che l'infortunio stesso non sia conseguenza diretta di tale affezione nonché delle relative complicanze;
- derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato provi di non averne preso parte attiva.

26 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 37 – Rischio volo;
- da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare, competizioni e relative prove di veicoli a motore e di natanti a motore in genere;
- dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- da guerra e insurrezioni;
- da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.),
- eventi nucleari/chimici/biologici/batterologici in caso di guerra,
- eventi derivanti da pandemie.

27 - 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 o che dovessero in seguito intervenire.

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dall'art. 36 - Criteri di indennizzabilità.

28 - Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che la Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Compagnie per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, lesione, ed indennità di ricovero, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

29 - 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 dell'infortunio.

30 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sintomi e disturbi mentali organici.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

31 - 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, della Contraente e del Beneficiario.

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

32 - 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.

33 - 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 € 6.000.000,00 (seimilioni/00).

34 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, con l'intesa che la valutazione e la liquidazione dei danni avvengono in Italia, con pagamento degli indennizzi in euro.

35 - Limite di età

La garanzia della presente sezione viene prestata senza limiti di età a condizione che le attività siano svolte nelle occasioni e circostanze previste dai regolamenti sportivi federali e dei calendari o da accordi dei soggetti obbligati, purché definiti in data certa antecedente all'evento che ha generato l'infortunio.

36 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche preesistenti all'infortunio stesso; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

In caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo Art. 38 lett. c) – lesioni, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (indetta dalla FSN o a cui partecipi la Società Sportiva previa approvazione della Federazione di appartenenza per la quale il soggetto assicurato risulti tesserato) iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa, la prestazione assicurativa è dovuta anche se il decesso sia una conseguenza indiretta dell'infortunio.

37 - Rischio volo

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

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

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi per aeromobile:

€ 5.200.000,00 per il caso morte

€ 5.200.000,00 per il caso invalidità permanente

€ 5.200,00 per il caso inabilità temporanea;

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti.

La garanzia inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

38 – Prestazioni

a) - Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

b) – Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

c) – Lesioni

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue: per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella tabella A allegata al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 3 novembre 2010 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale N. 296 del 20 Dicembre 2010 (assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti) alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti fermo quanto previsto dall'art. 36.

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 diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture “scomposte” determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle “amputazioni” si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà venti volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.

- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso. Il termine che precede si intenderà nullo qualora il medico dovesse posticipare l'intervento per motivi connessi allo sviluppo dell'infortunato
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradentale 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 sovra riscaldati) 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 applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

39 – Franchigia

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, alla somma complessiva delle percentuali indicate nella tabella A allegata al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 3 novembre 2010 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale N. 296 del 20 Dicembre 2010 (assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti), relative alle singole lesioni riportate, come richiamata all'art 38c del presente capitolato, verrà applicata una franchigia nella misura qui di seguito riportata:

- per i Soggetti "A" non si darà luogo ad indennizzo qualora l'invalidità permanente sia di grado pari od inferiore al 4% della totale;
- per i Soggetti "B" e "C" non si darà luogo ad indennizzo qualora l'invalidità permanente sia di grado pari od inferiore al 4% della totale.

Pertanto qualora il complesso delle lesioni riportate non eccedesse la franchigia anzidetta non si darà luogo ad alcun indennizzo.

Viceversa qualora il complesso delle lesioni riportate risultasse superiore al 4% si darà luogo ad indennizzo solo per la parte eccedente tale percentuale.

Infine, qualora il complesso delle lesioni riportate risultasse superiore al 60% si darà luogo alla liquidazione dell'intero massimale previsto.

40 - 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. In caso di mancato accordo sul 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 dei medici.

Il Collegio medico, 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. E' data facoltà al Collegio medico 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 provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico 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 operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

41 - Pagamento dell'indennità

Nel caso di infortunio il pagamento dell'indennità sarà effettuato in euro e comunque in Italia entro 5 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di definizione.

42 - Estensioni speciali

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%.

La predetta garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentano scuole nella Repubblica di San Marino, nonché scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

Beneficio speciale in caso di morte del soggetto assicurato genitore

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

Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 26 lettera g), l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

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 5.000,00.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 38 lett c), per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 38 lett. c), 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, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 38 lett. c), a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate

Danno estetico

Al soggetto assicurato che non abbia compiuto il 14° anno di età alla data dell'infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito.

Indennità giornaliera da ricovero

In caso di ricovero in Istituto di cura, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma assicurata 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 3 giorni

Il giorno di ricovero ed il giorni di dimissione saranno considerati come unico giorno.

In caso di Day Hospital la diaria da ricovero si intenderà pari al 50% del valore assicurato.

43 - Rimborso Spese Mediche

Entro il limite della somma assicurata a questo titolo, la Società rimborsa le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio che comporti intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.) per:

- 1) 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);
- 2) Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.

Inoltre l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, per:

- a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- b) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
- c) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
- d) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- e) Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori.

La garanzie previste nel presente articolo si intendono estese ai casi di forzata completa immobilità, limitatamente alle frattura vertebrale anche se non dovesse comportare ricovero.

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 150,00.

Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di € 4.000,00 per anno e per persona ed un massimo di € 80,00 per singola prestazione.

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.

44 - Denuncia degli infortuni

In caso di sinistro, la Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono:

- a) darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui la 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. La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora

dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento dei dati trasmessi ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi della normativa vigente; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Compagnia legittimo impedimento alla trattazione del sinistro;

- b) documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- c) trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;
- d) consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

45 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e/o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ASSICURAZIONE INFORTUNI INTEGRATIVA OPZIONE FACOLTATIVA PER OGNI SINGOLO ASSICURATO
--

1 - OPZIONE FACOLTATIVA PER OGNI SINGOLO ASSICURATO

I singoli Assicurati, di età inferiore ai 75 anni, con il presente contratto possono richiedere, alla Società le seguenti integrazioni, il cui costo rimane interamente a carico degli stessi:

a) **aumento delle somme assicurate:**

I.caso morte per infortunio: ulteriori € 100.000,00 (centomila/00) oltre i primi € 195.000,00 (centonovantacinquemila/00) assicurati alla voce Somme Assicurate della sezione Infortuni;

II.caso invalidità permanente da infortunio: ulteriori € 200.000,00 (duecentomila/00) oltre i primi € 210.000,00 (duecentodiecimila/00) assicurati alla voce Somme assicurate della sezione Infortuni

b) **estensione della garanzia alla indennità giornaliera a seguito di ricovero per infortunio:**

in istituto di cura e relativa convalescenza: somma assicurata € 100,00 (cento/00) pro die.

In caso di ricovero in istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di day-hospital, reso necessario da infortunio, la Società corrisponde l'indennità convenuta per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 180 giorni per ogni sinistro e per ogni annualità assicurativa.

Ai fini del conteggio delle giornate di degenza, si conviene fra le Parti che il giorno di entrata e quello di uscita dall'istituto di cura sono considerati come una sola giornata di ricovero.

In aggiunta a tale indennità, la Società corrisponderà una diaria per convalescenza nella stessa misura purché:

- il ricovero si sia protratto per almeno 5 giorni consecutivi;
- il ricovero non sia avvenuto in regime di day-hospital.

In ogni caso l'indennità per convalescenza non verrà riconosciuta per un periodo superiore a 30 giorni, per sinistro e per anno assicurativo.

c) **Riduzione della franchigia:**

Riduzione di un punto percentuale (1%) della franchigia assoluta, prevista all'art.39 della sezione infortuni, sulle somme indicate dalla lettera a) II della presente sezione.

2 - DISCIPLINA PER LE ADESIONI

Per l'estensione a quanto riportato al precedente art.1 della presente appendice, l'Assicurato dovrà completare e sottoscrivere il modulo di adesione telematico pubblicato sul sito Federale ed inviarlo alla C.L.S. della Società con le modalità che verranno diffuse sul sito medesimo unitamente alla copia del pagamento dell'importo dovuto.

La garanzia assicurativa, per ogni singolo aderente, avrà decorrenza dalle ore 24,00 del giorno di adesione e scadenza al termine dell'annualità assicurativa in corso prevista dalla polizza di cui la presente appendice forma parte integrante.

Il relativo premio dovrà essere corrisposto sulla base del conteggio riportato sul modello di adesione predisposto dalla Società.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE
--

46 - Descrizione del rischio

L'assicurazione è prestata a favore di tutti i soggetti indicati nel successivo art.47 per tutte le attività inerenti l'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative rientranti negli scopi della Contraente.

47 - Soggetti assicurati

– **Soggetti B – Titolari di “Licenza speciale”:**

rientrano in tale novero le persone fisiche in possesso della “licenza speciale” auto, karting, automodellismo dinamico, esport, limitatamente a coloro che ricoprono le funzioni di:

- Ufficiale di gara;
- Medico federale e Medico collaboratore;
- Istruttore;
- Direttore Sportivo e Direttore Tecnico di scuderia;
- Assistenti meccanici;
- Ispettori e delegati sicurezza piste e percorsi,
- Dirigenti Sportivi

La copertura esplicherà i suoi effetti solo a condizione che al momento del sinistro la “licenza speciale” rilasciata dalla Contraente risulti in corso di validità.

Pertanto, la garanzia è valida per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento degli adempimenti connessi alle funzioni sopra descritte.

– **Soggetti C – Componenti Organi e Organismi Sportivi dell' ACI:**

Rientrano in tale novero le persone componenti gli organi e organismi sportivi dell' ACI. e, più precisamente:

- Organi di gestione : Presidente, Segretario, Membri Giunta Sportiva, Membri Consiglio Sportivo Nazionale.
- Organismi tecnici e consultivi: Membri delle Commissioni per Settori Attività Sportiva, Membri del Gruppo Ufficiali di Gara, Membri Gruppi di lavoro permanenti, Membri Gruppi di lavoro temporanei.
- Organismi territoriali : Delegazioni Regionali (Presidenti dei comitati, Fiduciari, Referenti).
- Organi di giustizia come previsti dal Regolamento della Giustizia : membri del Giudice Sportivo, del Tribunale Sportivo Nazionale, del Tribunale Federale Nazionale, Corte Sportiva d'appello, Corte Federale d'appello, della Procura Federale, dei Collegi Arbitrali Sportivi di cui al titolo XX del Regolamento Nazionale Sportivo.

48 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare per danni a terzi (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile, anche nell'ambito di procedimento penale, ai sensi di legge, a causa di qualsiasi fatto colposo, di errore o di omissione, commesso nello svolgimento dell'attività professionale esercitata.

La garanzia è estesa ai danni a terzi determinati da azione od omissione dolosa commessa, sempre nell'ambito e nello svolgimento dell'attività professionale esercitata, da persone del cui operato l'Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere.

49 - Copertura a favore degli eredi

In caso di morte o incapacità dell'Assicurato, la presente assicurazione prosegue fino alla data della sua naturale scadenza a favore degli eredi o successori o tutori dell'Assicurato stesso, purché questi ne rispettino le condizioni.

50 - Trattamento dei dati personali

La presente assicurazione comprende anche la responsabilità civile derivante all'Assicurato per le perdite patrimoniali cagionate a terzi in conseguenza dell'errato trattamento (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) dei dati personali di terzi (GDPR e e ss.mm.ii), purché conseguenti a fatti involontari e non derivanti da comportamento illecito continuativo escluse le ipotesi di Cyber crime.

La presente estensione di garanzia viene prestata fino alla concorrenza di un massimale per anno assicurativo pari ad € 500.000,00 (cinquecentomila/00).

51 - Copertura sostituti

Nel caso di sostituzione temporanea o permanente dell'Assicurato, l'assicurazione si intende automaticamente operante nei confronti dei relativi sostituti dal momento del loro incarico e l'ammontare del premio relativo alla figura del sostituto sarà compensato con quello già corrisposto per l'Assicurato sostituito.

52 - Massimale assicurato

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza del massimale di:

€ 5.000.000,00 (cinquemilioni/00)

che rappresenta il limite per evento ed aggregato annuo fino alla concorrenza del quale l'Assicuratore è tenuto a rispondere per capitale, interessi e spese, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate dall'Assicurato nello stesso periodo assicurativo.

53 - Limiti di indennizzo e franchigia

Fermo restando il massimale assicurato di cui alla Sezione "Somme assicurate", le garanzie di cui alla presente sezione vengono prestate fino alla concorrenza per evento dei seguenti limiti per eventuali danni a:

- persona: € 500.000,00 (cinquecentomila/00) per ciascun danneggiato;
- cose o animali: € 50.000,00 (cinquantamila/00) anche se appartenenti a più persone.

In ogni caso, rimarrà a carico dell'Assicurato una franchigia di € 1.000,00 (mille/00) per ogni singolo sinistro, senza che egli possa, sotto pena di decadenza del diritto al risarcimento, farla assicurare da altri assicuratori.

54 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Le garanzie di cui alla presente sezione non trovano efficacia per i rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. 209/2005 (codice delle assicurazioni private) e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione.

L'assicurazione non vale inoltre per i danni causati e/o avvenuti:

- a) in relazione ad attività professionali diverse da quella dichiarata;
- b) in relazione ad attività professionali svolte dopo la cessazione dell'assicurazione prevista dal successivo art. 59) – Cessazione dell'assicurazione;
- c) per danni causati da dolo dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 48) - Oggetto dell'assicurazione;
- d) per tutte le obbligazioni di natura fiscale o contributiva, per multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni, che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo vengano poste a carico dell'Assicurato, nonché per indennità di natura punitiva;
- e) per richieste di risarcimento già presentate all'Assicurato prima della data di effetto della presente assicurazione;
- f) per la stipulazione e/o la mancata stipulazione e/o la modifica di assicurazioni, nonché per il pagamento e/o mancato o tardivo pagamento di premi ;
- g) per situazioni e circostanze già note all'Assicurato alla data di effetto della presente assicurazione e suscettibili di causare o aver causato danni a terzi;

- h) richieste di indennità derivanti da inadempienza dell'Assicurato nella sua funzione di datore di lavoro nei confronti di dipendenti o ex dipendenti;
- i) per danni derivanti, direttamente o indirettamente, dalla proprietà, dal possesso o dall'uso di terreni, fabbricati, animali, aeromobili, imbarcazioni, natanti o qualsiasi altro mezzo di locomozione o di trasporto;
- j) per responsabilità che l'Assicurato assuma con patto contrattuale, obbligazione o garanzia, salvo i casi in cui le predette responsabilità sussistano per legge anche in assenza di patto contrattuale, obbligazione o garanzia;
- k) per violazione di diritti d'autore, copyright, brevetti, licenze, marchi di fabbrica, diritto d'esclusiva;
- l) per danni che derivino o traggano origine da raccomandazioni fatte dall'Assicurato.

Sono altresì esclusi i danni e le responsabilità:

- m) che si verifichino o insorgano in occasione di guerra, invasione, azione di nemici esterni, ostilità, operazioni belliche (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, tumulti civili che costituiscano o assumano le proporzioni di una sollevazione, potere militare, usurpazione di potere o qualsiasi atto di terrorismo;
- n) che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche;
- o) basate o derivanti, direttamente o indirettamente, oppure conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, da danno ambientale;
- p) derivanti dall'impiego o dalla presenza di amianto;
- q) danni causati o derivanti da fenomeno pandemico.

55 - Inizio e termine della garanzia

La garanzia della presente sezione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alla Contraente e/o all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione, indipendentemente dalla data in cui il fatto che ha originato il sinistro sia stato posto in essere in un periodo non superiore ai 2 (due) anni precedenti la stipula della polizza.

L'assicurazione è altresì operante per i sinistri denunciati agli Assicuratori nei 6 (sei) mesi successivi alla scadenza della presente polizza (periodo di garanzia postuma) purché afferenti a fatti posti in essere durante il periodo di efficacia dell'assicurazione stessa.

La presente garanzia postuma non avrà alcuna validità nei casi di licenziamento per giusta causa e cesserà immediatamente nel caso l'Assicurato stipulasse durante tale periodo altra copertura assicurativa analoga alla presente a garanzia degli stessi rischi.

56 - Premio annuo lordo iniziale

Il premio annuo lordo iniziale della presente sezione viene calcolato sulla base del numero degli Assicurati preventivamente dichiarato dalla Contraente e più precisamente:

Numero di Assicurati preventivato	Premio lordo unitario per Assicurato	TOTALE PREMIO ANNUO LORDO INIZIALE
B: 18.136	€	€
C: 250	€	€

Pertanto il premio annuo lordo iniziale suesposto costituisce il premio anticipato dovuto alla Società, fermo il disposto del successivo art.57) – Regolazione del premio.

57 - Regolazione del premio

Il premio della presente sezione, convenuto in base ad elementi di rischio variabili come meglio specificato nel precedente art. 56) Premio lordo iniziale, viene anticipato in via provvisoria in base al conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ogni periodo assicurativo annuo – o della minore durata del contratto – sulla base del relativo consuntivo.

A tale scopo, entro 60 (sessanta) giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo o della minore durata del contratto, la Contraente è tenuta a comunicare alla Società i dati necessari, cioè l'indicazione

degli elementi variabili contemplati in polizza.

Tale dichiarazione è effettuata anche ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1898 del Codice Civile.

In base a tale dichiarazione la Società provvederà ad emettere apposita appendice di regolazione premio.

L'eventuale differenza attiva o passiva della stessa dovrà essere così regolata:

- in caso di differenza attiva, la Contraente è tenuta al pagamento del relativo premio entro i 60 (sessanta) giorni successivi al ricevimento dei documenti di cui sopra;
- in caso di differenza passiva, la Società provvederà alla restituzione del relativo premio, al netto delle imposte, entro 60 (sessanta) giorni dalla comunicazione delle variazioni avvenute da parte della Contraente.

Qualora la Contraente non effettui nei termini prescritti la comunicazione dei dati in questione, ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 (trenta) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente per il recupero del premio o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali la Contraente è tenuta a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

58 - Persone considerate "terzi"

Sono considerati "terzi" tutte le persone diverse dall'Assicurato, con esclusione del coniuge o convivente e dei figli dell'Assicurato, dei familiari conviventi, dei dipendenti di ogni ordine e grado della Contraente, delle ditte e aziende di cui l'Assicurato sia titolare o contitolare o rappresentante di fronte alla legge o di cui sia – direttamente o indirettamente – azionista o socio di maggioranza o controllante.

Sono inoltre considerati terzi gli Assicurati fra di loro.

59 - Cessazione dell'assicurazione

Oltre agli altri casi previsti dalla legge e salva la garanzia postuma di cui all'art.55 – Inizio e termine della garanzia - della presente sezione, l'assicurazione cessa dalla data in cui l'Assicurato incorra in uno dei seguenti casi:

- sospensione – limitatamente alla durata della stessa - o radiazione da registrazione obbligatoria prevista dalla legge per l'esercizio dell'attività professionale dichiarata ovvero per il periodo di non validità della licenza sportiva per qualsiasi altro motivo;
- insolvenza o fallimento;
- alienazione della propria attività o fusione con quella di altri.

60 - Vincolo di solidarietà

L'assicurazione vale esclusivamente per la personale responsabilità dell'Assicurato.

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti non rientranti in tale definizione, gli assicuratori risponderanno soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

61 - Danni in serie

In caso di sinistri in serie la data della prima richiesta sarà considerata come data di tutte le richieste anche per quelle presentate successivamente alla cessazione dell'assicurazione.

62 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, la Contraente/Assicurato deve darne avviso scritto agli assicuratori ai quali è assegnata la polizza ovvero al broker, in deroga all'art.1913 Codice Civile, entro 30 (trenta) giorni da quando si è verificata una delle seguenti circostanze:

- ricevimento di richiesta di risarcimento presentata per iscritto;

- ricevimento di diffida, scritta o verbale, nella quale un terzo esprima l'intenzione di attribuire all'Assicurato una responsabilità civile professionale;
- ricevimento richiesta di indennità, mandato di comparizione o citazione e ordinanza e di qualsiasi atto giudiziario.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art.1915 Codice Civile).

Né l'Assicurato né i suoi incaricati dovranno fare alcuna ammissione di responsabilità, confessione di colpevolezza, offerta, promessa, pagamento o risarcimento senza il consenso scritto dell'assicuratore.

63 - Gestione delle vertenze e spese di resistenza

La Società assume, fino alla loro definizione, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile sia penale, a nome dell'Assicurato, designando, previa intesa con lo stesso, ove occorra, legali e/o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti od azioni spettanti all'Assicurato stesso.

In caso di azione giudiziale, in qualsiasi sede promossa contro l'Assicurato, è facoltà dell'Assicurato designare propri legali e tecnici dandone comunicazione alla Società e sono a carico della Società le spese sostenute, per resistere all'azione promossa dal danneggiato contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali e/o tecnici che non siano designati nelle modalità di cui sopra e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia derivanti da condanna penale.

La Società e l'Assicurato si impegnano reciprocamente a fornire tempestivamente copia degli atti processuali ed ogni informazione relativa all'andamento delle liti giudiziali.

Si precisa che la difesa dell'Assicurato viene assunta dalla Società in sede sia civile sia penale fino alla definitiva tacitazione dei terzi e ad esaurimento del giudizio nel grado in corso al momento della liquidazione del sinistro.

64 - Gestione delle vertenze in caso di sinistro - Spese legali

Gli assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze sia in sede stragiudiziale che giudiziale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso con l'assenso dell'Assicurato.

In caso di azione giudiziale, in qualsiasi sede promossa contro l'Assicurato, è facoltà dell'Assicurato designare propri legali e tecnici dandone comunicazione alla Società e sono a carico degli assicuratori le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra assicuratori ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse, fermo restando il limite di un quarto del massimale di cui sopra.

Gli assicuratori non riconoscono spese incontrate dall'Assicurato per i legali o i tecnici che non siano da essi designati e non rispondono di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

65 - Altre assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e di limiti

Qualora a favore dell'Assicurato fossero in corso al momento del sinistro altre assicurazioni sui medesimi rischi coperti dalla presente polizza, quest'ultima si considera operante nei casi e con le modalità seguenti:

- a) se il rischio non fosse garantito nelle predette altre assicurazioni ma lo fosse in base alle garanzie prestate con la presente polizza a favore dell'Assicurato stesso, saranno operanti per quel rischio i capitali e/o massimali e le condizioni previsti in quest'ultima, come se le predette altre assicurazioni non esistessero;
- b) se il rischio fosse garantito e liquidato in base alle predette altre assicurazioni ma i massimali e/o capitali o le somme in esse previsti fossero insufficienti a coprire l'intero danno, la presente polizza risarcirà l'Assicurato per la sola parte di danno eccedente quella risarcita a norma delle predette altre assicurazioni, nei limiti ed alle condizioni tutte della presente polizza.

SOMME ASSICURATE

SEZIONE 1 - INFORTUNI

Soggetti "A"	Caso morte	€ 195.000,00
	Caso invalidità permanente – franchigia 4%	€ 210.000,00
	Rimborso spese mediche – scoperto 10% minimo € 150,00	€ 10.000,00
Soggetti "B"	Caso morte	€ 195.000,00
	Caso invalidità permanente – franchigia 4%	€ 210.000,00
	Rimborso spese mediche – scoperto 10% minimo € 150,00	€ 10.000,00
Soggetti "C"	Caso morte	€ 195.000,00
	Caso invalidità permanente – franchigia 4%	€ 210.000,00
	Rimborso spese mediche – scoperto 10% minimo € 150,00	€ 10.000,00

SEZIONE 1 - INFORTUNI INTEGRATIVE

Integrative		
Integrativa A:	Caso Morte	€ 295.000,00
	Caso Invalidità Permanente	€ 410.000,00
Integrativa B:	Estensione alla Diaria da ricovero e convalescenza per € 100,00/die	
Integrativa C:	Riduzione di un punto percentuale (1%) della franchigia assoluta, prevista all'art.39 della sezione infortuni, sulle somme indicate dalla lettera a) II della sezione infortuni integrative	

SEZIONE 2 - RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza del massimale di:

€ 5.000.000,00 (cinquemilioni/00)

che rappresenta il limite per evento ed aggregato annuo fino alla concorrenza del quale l'Assicuratore è tenuto a rispondere per capitale, interessi e spese, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate dall'Assicurato nello stesso periodo assicurativo.

SEZIONE PREMI

A) - PREMI UNITARI INFORTUNI

Soggetti A	n. 20.935	x	€	=	€
Soggetti B	n. 18.136	x	€	=	€
Soggetti C	n. 250	x	€	=	€
Integrativa	n.	x	€	=	€
=====					
Totale premi				=	€

Per la Sezione Infortuni non verranno considerati nella durata di polizza eventuali periodi in cui, per provvedimento dell'Autorità o del Governo, venga a impedito lo svolgimento dell'attività sportiva-federale per periodi superiori a giorni 15gg. In tale ipotesi i periodi in questione saranno recuperati con un corrispondente proporzionale riduzione del premio.

B) PREMI COMPLESSIVI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

Soggetti B	n. 18.136	x	€	=	€
Soggetti C	n. 250	x	€	=	€
=====					
Totale premi				=	€

PREMIO MINIMO ANNUALE

La Contraente riconosce un premio annuale, corrispondente al totale dell'importo derivato dalla somma dei premi relativi alla SEZIONE PREMI, di Euro €

PAGAMENTO DEL PREMIO

La Contraente riconosce un premio minimo annuale complessivo di €

Il pagamento dei premi verrà corrisposto in 2 rate di €

ACI

LA SOCIETA'