

CONVENZIONE MULTIRISCHI PER
L'ASSICURAZIONE IFORTUNI,
RIMBORSO SPESE MEDICHE E
RESPONSABILITA' CIVILE GENERALE
A FAVORE DELLA FEDERAZIONE
ITALIANA TRIATHLON, DEI SUOI
ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE
SOCIETA' AFFILIATE ED AGGREGATE E
DEI SUOI TESSERATI

CIG 8516313BCD

Sommario

CONVENZIONE ASSICURATIVA

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione	5
Art. 2 Obblighi della Federazione	5
Art. 3 Foro competente - clausola arbitrale	5

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE 7

Art. 4 DEFINIZIONI	7
--------------------------	---

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI 9

Art. 5 Manifestazioni unitarie	10
Art. 6 Assicurazioni per conto altrui	10
Art. 7 Assicurazione Obbligatoria degli Sportivi.....	10
Art. 8 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	10
Art. 9 Aggravamento del rischio	10
Art. 10 Diminuzione del rischio	10
Art. 11 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio	10
Art. 12 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	11
Art. 13 Titoli che danno diritto all'assicurazione	11
Art. 14 Denuncia dei sinistri	11
Art. 15 Oneri fiscali	11
Art. 16 Modifiche dell'Assicurazione	11
Art. 17 Rinvio alle norme di legge	11
Art. 18 Interpretazione del Contratto	11
Art. 19 Rescissione del contratto	11
Art. 20 Foro competente	11
Art. 21 Dichiarazioni della Società	11
Art. 22 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte	12

SEZIONE INFORTUNI 12

Art. 23 Soggetti Assicurati	12
Art. 24 Oggetto del rischio	12
Art. 25 Estensioni di garanzia	14
Art. 26 Esclusioni	15
Art. 27 Esonero denuncia di infermità	15
Art. 28 Esonero denuncia altre assicurazioni	15

Art. 29 Rinuncia alla rivalsa	16
Art. 30 Persone non assicurabili	16
Art. 31 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari	16
Art. 32 Infortuni determinati da calamità naturali	16
Art. 33 Evento con pluralità di infortuni	16
Art. 34 Validità territoriale	16
Art. 35 Limite di età	16
Art. 36 Criteri di indennizzabilità	17
Art. 37 Rischio volo	17
Art. 38 Prestazioni	17
Art. 39 Invalidità permanente – franchigia assoluta	19
Art. 40 Controversie sulla natura degli infortuni	19
Art. 41 Pagamento dell'indennità	20
Art. 42 Estensioni speciali	20
Art.43 Prestazioni aggiuntive	21
Art.44 Diaria da ricovero da infortuni.....	22
Art.45 Rimborso Spese mediche	22
Art. 46 Denuncia degli infortuni	24
Art. 47 Rinuncia al diritto di surrogazione	24

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE ALL'ESTERO.....25

Art.48 Prestazioni.....	25
Art. 49 Stati patologici preesistenti	25
Art. 50 Esclusioni	26

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI 26

Art. 51 Descrizione del rischio	26
Art. 52 Oggetto dell'assicurazione	26
Art. 53 Limiti Territoriali	26
Art. 54 Responsabilità civile personale	26
Art. 55 Novero dei terzi	27
Art. 56 Altre assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e di limiti	27
Art. 56.1 Cumulabilità indennizzo	27
Art. 57 Gestione delle vertenze e spese di resistenza	28
Art. 58 Esclusioni	28
Art. 59 Franchigia	29

Art. 60 Non cumulo dei massimali 30

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.).....30

Art. 61 Soggetti assicurati 30

Art. 62 Oggetto dell'assicurazione -Responsabilità Civile verso figure soggette 30
all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. (R.C.O.)

Art. 63 Tessere giornalieri..... 30

Art. 64 Estensione malattie professionali 31

Art. 65 Esclusioni 31

Art. 66 Denuncia dei sinistri e obblighi dell'assicurato 32

SEZIONE SOMME ASSICURATE GARANZIA INFORTUNI.....32

CONVENZIONE ASSICURATIVA
PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE PER CONTO E A FAVORE
DELLA FEDERAZIONE ITALIANA TRIATHLON, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE
SOCIETÀ AFFILIATE ED AGGREGATE E DEI SUOI TESSERATI

Tra la **FEDERAZIONE ITALIANA TRIATHLON (F.I.T.R.I.)** e la Compagnia di Assicurazioni, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Società**, viene stipulata la seguente convenzione per le garanzie contro Infortuni, Responsabilità Civile Generale a favore della FITRI dei suoi Organi Centrali e Periferici, delle Società e dei suoi Tesserati.

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di 4 anni, con inizio dalle ore 24 del 01/01/2021 e termina alle ore 24.00 del 01/01/2025, salvo la possibilità per le Parti di rescindibilità alla scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di almeno 90 giorni. La stazione appaltante si riserva la facoltà, nei limiti di cui all'art. 63 co. 5 del Codice, di affidare all'aggiudicatario, la ripetizione del servizio secondo termini e modalità di cui alla documentazione della Gara.

Art. 2 Obblighi della Federazione

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. 3 Foro competente - clausola arbitrale

La decisione di ogni controversia che dovesse insorgere in relazione a validità, interpretazione, esecuzione e/o scioglimento della presente Convenzione sarà rimessa ad un Collegio arbitrale composto da tre arbitri, dei quali uno nominato da ciascuna delle parti e il terzo di comune accordo dai primi due.

La Parte che intenda promuovere l'arbitrato notificherà all'altra, a mezzo Ufficiale Giudiziario, atto di nomina del proprio arbitro. L'altra parte, entro 20 giorni dal ricevimento della predetta notifica, a sua volta notificherà, a mezzo Ufficiale Giudiziario, atto di nomina dell'arbitro da lei designato. I due arbitri così nominati dalle parti designeranno, entro 20 giorni dalla notifica dell'atto di nomina del secondo arbitro, il terzo che presiederà il Collegio. Ove, nei predetti termini, le parti non provvedano alla nomina del proprio arbitro ovvero i due arbitri nominati dalle parti non si accordino per la designazione del terzo, provvederà, su istanza della parte più diligente, il presidente del Tribunale di Roma.

Salvo quanto espressamente previsto dagli artt. 806 e seguenti c.p.c., competerà agli arbitri regolare la procedura arbitrale nel modo che sarà dagli stessi ritenuto più opportuno in relazione alla natura della controversia, ma sempre nel rigoroso rispetto del principio del contraddittorio, e disporre in ordine alle spese.

Il Collegio, che avrà Sede in Roma, deciderà in via rituale e secondo diritto e dovrà pronunciare il lodo entro il termine di giorni 90 (novanta) dalla accettazione salvo proroga del termine.

Salvo quanto sopra convenuto, per le controversie non deferibili ad arbitri è competente in via esclusiva il foro di Roma.

**REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE
PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA
FEDERAZIONE ITALIANA TRIATHLON
DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETÀ AFFILIATE ED AGGREGATE E DEI SUOI
TESSERATI**

Art. 4 DEFINIZIONI

Assicurato:	la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa
Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Società:	Compagnia di Assicurazioni.
Premio:	la somma dovuta dalla Contraente alla Società
Tesserato:	ogni singolo soggetto od Ente iscritto o aderente alla Contraente
Atleta:	il tesserato che svolge l'attività sportiva rientrante negli scopi della Contraente a titolo agonistico, non agonistico, amatoriale o ludico
Dirigente	il soggetto tesserato con tale titolo
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
Contraente:	la FEDERAZIONE ITALIANA TRIATHLON (FITRI)
Beneficiari:	l'assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato
Franchigia:	è l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico che per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo.
Massimale:	è l'importo massimo della prestazione della Società
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.

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.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro; per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base alla Tabella A di cui al Decreto del 3-11-2010, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale n° 296 del 20 dicembre 2010, al netto della franchigia prevista dalla presente convenzione.
Ricovero:	permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
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;
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;
Trattamento chirurgico:	provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura
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

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 5 Manifestazioni unitarie

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

Art. 6 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. 7 Assicurazione obbligatoria degli sportivi

L'art. 51 della Legge n. 289 del 27/12/2002 e s.m.i. prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione infortuni per atleti, tecnici e dirigenti. Pertanto, in deroga a quanto previsto all'art. 14, Assicuratore e Contraente concordano che l'Assicuratore è sempre tenuto a risarcire l'Assicurato, salvo il diritto di rivalersi nei confronti della Contraente, per le garanzie previste dal regolamento di attuazione della legge stessa.

Art. 8 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del 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).

Art. 9 Aggravamento del rischio

Il 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

Art. 10 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 del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 11 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 verrà effettuato sulla base degli effettivi assicurati previsti alla Sezione Premi.

Entro la data del 31.01 di ciascun anno 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 risultanti dalle regolazioni attive devono essere pagate entro 90 giorni dalla relativa comunicazione.

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Assicuratore deve fissare mediante un atto formale un ulteriore termine non inferiore a 30 gg, 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. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Assicuratore di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Allo scadere della presente Convenzione, se la Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'Assicuratore, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 12 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 consegna il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 13 *“Titoli che danno diritto all'assicurazione”* della presente Sezione, e scadrà al quindicesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzidetto.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che se la prima rata di premio viene pagata alla decorrenza della polizza per il pagamento delle rate successive, laddove è previsto il frazionamento del premio, 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.

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

Art. 13 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 Tessera nominativa e numerata della FITRI;
- affiliazione alla FITRI per le Società Affiliate ed Aggregate;

Ai fini assicurativi i documenti sopra indicati sono equipollenti e qualificano il soggetto portatore come "Tesserato", ai fini della presente Convenzione.

Art. 14 Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato 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.

Art. 15 Oneri fiscali

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

Art. 16 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 17 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 Interpretazione del Contratto

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

Art. 19 Rescissione del contratto

La Società può recedere dal contratto di assicurazione esclusivamente secondo quanto stabilito al precedente Articolo 1 "*Durata e decorrenza della Convenzione*".

Art. 20 Foro competente

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

Art. 21 Dichiarazioni della Società

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

Art. 22 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

SEZIONE INFORTUNI

Art. 23 Soggetti Assicurati

Assicurati: in ottemperanza all'Art. 1 del Decreto del 03.11.2010 emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20.11.2010 n. 296, la presente copertura opera nell'interesse degli sportivi dilettanti tesserati con la Federazione Italiana Triathlon, con la qualifica di atleta, tecnico o dirigente, di seguito denominati "soggetti assicurati".

La Federazione Italiana Triathlon è denominata "soggetto obbligato".

Ai fini dell'applicazione del decreto emarginato:

per atleti si intendono tutti i soggetti tesserati che svolgono attività sportiva a titolo agonistico, non agonistico, amatoriale o ludico;

per dirigenti si intendono tutti i soggetti tesserati dal soggetto obbligato con tale qualifica

per tecnici si intendono tutti 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 e al loro perfezionamento tecnico.

Titolo per le prestazioni assicurative: per avere diritto alle prestazioni assicurative oggetto del Decreto del 03.11.2010 emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20.11.2010 n. 296 è necessario essere tesserati in data certa antecedente all'infortunio, secondo le modalità previste dal soggetto obbligato ed essere in regola con il pagamento del premio assicurativo in data certa antecedente all'infortunio, fatto salvo quanto previsto al punto "Pagamento del premio".

Art. 24 Oggetto del rischio

Art. 24.1 Ambito di copertura per tesserati - atleti disabili - atleti nazionali - atleti di interesse olimpico/paralimpico – atleti categoria 6-13 anni

1. Infortuni occorsi durante ed a causa dello svolgimento delle attività sportive, degli allenamenti collegiali e durante le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara od allenamento ufficiale, ovvero in occasione dell'espletamento delle attività proprie della qualifica di tecnico o dirigente rivestita nell'ambito dell'organizzazione sportiva della FITRI.
2. L'assicurazione opera a condizione che le attività di cui al punto 1 si svolgano secondo le modalità, i tempi e nelle strutture o nei luoghi previsti dal regolamento sportivo della singole organizzazioni sportive della FITRI.

3. L'assicurazione è estesa alle conseguenze di infortuni che avvengono durante gli allenamenti collegiali, purché questi siano previsti, disposti, autorizzati e controllati dai tecnici delle singole organizzazioni sportive della FITRI. Relativamente al ciclismo per gli allenamenti su strada è obbligatoria la presenza dell'auto dell'organizzazione sportiva. Alla denuncia deve essere allegata – pena la decadenza del diritto all'indennizzo - una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organizzazione sportiva della FITRI per la quale l'Assicurato risulti tesserato, che si assume la responsabilità della veridicità della dichiarazione resa.
4. L'assicurazione è estesa anche in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggero o in forma individuale, verso e dal luogo di svolgimento delle attività previste dal punto 1. Sono esclusi gli incidenti verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque di inosservanza delle norme che regolano il trasferimento.
L'assicurazione è operante 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 alle attività previste dal punto 1 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 dell'attività stessa.
5. L'assicurazione è operante senza limiti di età e per il mondo intero, a condizione che le attività previste dal punto 1 siano svolte nelle occasioni e circostanze previste dal regolamento sportivo e dai calendari o da accordi della FITRI, purché definiti in data certa antecedente all'evento che ha generato l'infortunio.
6. L'assicurazione è estesa alle conseguenze di infortuni che avvengono durante gli allenamenti, anche individuali SOLO PER GLI ATLETI NAZIONALI, purché questi siano previsti, disposti, autorizzati, o controllati dalle organizzazioni sportive della FITRI. In tal caso, alla denuncia deve essere allegata – pena la decadenza del diritto di indennizzo – una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organizzazione sportiva della FITRI per la quale l'Assicurato risulti tesserato, che si assume la responsabilità della veridicità della dichiarazione resa.
7. Relativamente ai Tesserati disabili sono indennizzabili le lesioni che abbiano nell'infortunio la loro causa diretta, esclusiva e provata e che producano, entro due anni dall'infortunio, la morte o l'invalidità permanente e/o l'aggravarsi dell'invalidità permanente già preesistente del soggetto assicurato e/o un danno e/ una patologia ulteriore; l'indennizzo è corrisposto per le conseguenze dirette ed esclusive dell' infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; nei casi di preesistenti disabilità, si applica il disposto del dell'art. 11, comma 2, del Decreto 6 ottobre 2011 della Presidenza del Consiglio dei Ministri (in GURI n. 28 del 3 febbraio 2012) in materia di assicurazione obbligatoria per i tesserati al Comitato Italiano Paralimpico – CIP ed agli enti riconosciuti dal CIP, ai sensi del quale: in caso di infortunio determinante una lesione, una patologia, un invalidità permanente già preesistente la prestazione assicurativa consiste nell'erogazione di un indennizzo la cui misura è determinata facendo applicazione di quanto previsto nella tabella lesioni di cui all'Allegato A del predetto Decreto.

Art. 24.2 Ambito di copertura per tessere giornalieri

Infortuni occorsi agli atleti non tesserati che partecipano alle gare amatoriali promosse dalla Federazione, tramite sottoscrizione di Tessera Giornaliera. Sono esclusi dalla copertura gli allenamenti ed i trasferimenti, entrambi svolti sia in forma individuale sia in forma collegiale.

Art. 24.3 Ambito di copertura per ATLETI NAZIONALI

Oltre a quanto indicato nell'ambito di copertura di cui all'Art. 24.1, l'assicurazione è estesa agli infortuni occorsi durante i raduni collegiali e le competizioni delle squadre nazionali.

Art. 24.4 Ambito di copertura per ATLETI DI INTERESSE OLIMPICO/PARALIMPICO della Federazione

Infortuni delle 24 ore.

Art. 24.5 Ambito di copertura per PRESIDENTE E SEGRETARIO GENERALE

Infortuni delle 24 ore.

Art. 24.6 Ambito di copertura per CONSIGLIERI E REVISORI DEI CONTI

Infortuni occorsi esclusivamente durante lo svolgimento delle loro mansioni per conto della Federazione e precisamente durante riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, compreso il rischio in itinere, sempre che sia documentato attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio del contraente, e che l'infortunio si sia verificato durante e/o in occasione degli eventi sopra

Art 24.7 Ambito di copertura ATTIVITA' PROMOZIONALI:

Infortuni occorsi durante lo svolgimento delle manifestazioni programmate dalla Società organizzatrice di individui non tesserati. La Società organizzatrice si impegna raccogliere i dati ritenuti opportuni (Nome, cognome, codice fiscale) e inviarli unitamente al pagamento richiesto all'assicurazione.

Per Attività promozionali si intende un'attività svolta con individui non tesserati e prevalentemente giovani.

Art. 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.

Art. 26 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) 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;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 35 – Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- g) da guerra e insurrezioni;
- h) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- i) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- j) 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.);
- k) dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertate in base alle normative vigenti.

Art. 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.35 Criteri di indennizzabilità.

Art. 28 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che il 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.

Art. 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.

Art. 30 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoici, affettivi (quali 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.

Art. 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, del 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.

Art. 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. L'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 10.000.000,00.

Art. 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 Euro 5.000.000,00

Art. 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.

Art. 35 Limite di età

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

Art. 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. 38lett. 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 FITRI 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.

Art. 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:

Euro 5.000.000,00 per il caso morte

Euro 5.000.000,00 per il caso invalidità permanente Euro 5.000,00 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.

Art. 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 lesioni Allegato A del Decreto del 03.11.2010 emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20.11.2010 n. 296, 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.
- 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.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a 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 sopra 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.

Art. 39 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. 38, lett. c), non supera il 5%. Tale limite è ridotto al 4% nel caso di atleti appartenenti alla categoria 6-13 anni.

Qualora la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore al 5% (al 4% nel caso di atleti appartenenti alla categoria 6-13 anni) l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.

Art. 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 41 Pagamento dell'indennità

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

Art. 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 tesserato genitore

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

Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 25 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 7.500,00, 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 7.500,00.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 37 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. 37 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. 37 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.

Art. 43 Prestazioni aggiuntive

Indennizzo per prestazioni aggiuntive:

- nel caso di morte di un Assicurato genitore, il capitale spettante ai figli minorenni conviventi è aumentato del 50%. Ai figli minorenni sono equiparati i figli maggiorenni che siano portatori di invalidità permanente pari o superiore al 50%;
- all'Assicurato che non abbia compiuto il quattordicesimo anno di età alla data dell'infortunio sono rimborsate, fino alla concorrenza di € 1.000 per infortunio indennizzabile a termini di polizza, le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito;
- nel caso di morso di animali, insetti e aracnoidi, che comportino un ricovero in istituto di

cura ed a seguito di relativa diagnosi che accerti detto evento, all'Assicurato sono rimborsate, fino alla concorrenza di € 1.000 per infortunio indennizzabile a termini di polizza, le relative spese documentate;

- nel caso di avvelenamento acuto da ingestione o assorbimento volontario di sostanze che comporti un ricovero con almeno un pernottamento in istituto di cura ed a seguito di relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, all'Assicurato sono rimborsate, fino alla concorrenza di € 1.000 per infortunio indennizzabile a termini di polizza, le relative spese documentate;
- nel caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, a seguito di diagnosi di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione, sono rimborsate, fino alla concorrenza di € 1.000 per infortunio indennizzabile a termini di polizza, le relative spese documentate;
- qualora l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, a causa dell'entità delle lesioni, determini l'impossibilità di frequentare lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporta la perdita dell'anno scolastico, al soggetto assicurato è corrisposto un indennizzo incrementato del 20%.

Art.44 Diaria Ricovero da infortunio

La presente garanzia viene in caso di ricovero in istituto di cura seguito di evento qualificabile come infortunio a termini di polizza, la società paga all'Assicurato la somma giornaliera assicurata, con il limite massimo di giorni per ciascun ricovero così come riportato nell'allegato 1 alla sezione " Somme Assicurate " per la categoria di assicurati per cui è prevista la presente garanzia. La società effettuerà il pagamento per gli infortuni indennizzabili a termini di polizza, dietro presentazione di un certificato medico rilasciato dall'ospedale o casa di cura, dal quale risulti la descrizione dell'infortunio, le cause che lo determinarono e la durata del ricovero.

Art. 45 Rimborso Spese Mediche

Tesserati - Atleti disabili

La Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma assicurata riportata nell'allegato 1 – Somme Assicurate - per ogni infortunio, le spese rese necessarie dalla cura di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e sostenute:

- in caso di ricovero in istituto di cura per:
 - a) accertamenti diagnostici (e relativi onorari dei medici) effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero;
 - b) onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento - comprese le endoprotesi - trattamenti riabilitativi, rette di degenza durante il ricovero;
 - c) accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti, trattamenti riabilitativi nei 90 giorni successivi alla dimissione. Le prestazioni sanitarie indicate nel presente comma c)

sono assicurate soltanto se il ricovero ha comportato almeno un pernottamento in istituto di cura;

- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale per:
onorari dei medici, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento.
Per intervento chirurgico ambulatoriale si intende un provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruento, eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante;
- in caso di intervento riparatore del danno estetico per:
la chirurgia plastica, purché l'intervento riparatore avvenga entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, e non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto.
Per danno estetico si intende la deturpazione al viso obiettivamente constatabile.

Le spese indennizzabili in base alla presente Condizione Particolare verranno rimborsate nella misura dell' 80%; il rimanente 20%, con il minimo di € 100 resta a carico dell'Assicurato.

Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni di cui al punto 1) b) sono sostituite dal pagamento di una diaria di € 75 per ogni pernottamento, per un massimo di 90 pernottamenti per infortunio.

Presidente – Segretario Generale – Consiglieri e Revisori – Atleti di interesse olimpico/paralimpico

La Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma assicurata riportata nell'allegato 1 – Somme Assicurate - per ogni infortunio, le spese rese necessarie dalla cura di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e sostenute:

- in caso di ricovero in istituto di cura per:
 - a) accertamenti diagnostici (e relativi onorari dei medici) effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero;
 - b) onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento - comprese le endoprotesi - trattamenti riabilitativi, rette di degenza durante il ricovero;
 - c) accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti, trattamenti riabilitativi nei 90 giorni successivi alla dimissione;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale per:
onorari dei medici, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento.
Per intervento chirurgico ambulatoriale si intende un provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruento, eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante;
- in caso di intervento riparatore del danno estetico per:
la chirurgia plastica, purché l'intervento riparatore avvenga entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, e non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto.
Per danno estetico si intende la deturpazione al viso obiettivamente constatabile.

Atleti di interesse olimpico/paralimpico

Per gli infortuni verificatisi durante i raduni collegiali e le competizioni della squadre nazionali e durante gli allenamenti anche individuali, purché previsti, disposti autorizzati o controllati dalle organizzazioni della FITRI la garanzia è operante:

- con un limite di € 10.000 per sinistro, purchè l'infortunio abbia comportato almeno un pernottamento in istituto di cura;
- con un sottolimito di € 500 per sinistro per i trattamenti fisioterapici non connessi a ricovero;

Le spese indennizzabili in base alla presente Condizione Particolare verranno rimborsate nella misura dell' 80%; il rimanente 20%, con il minimo di € 100 resta a carico dell'Assicurato.

Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni di cui al punto 1) b) sono sostituite dal pagamento di una diaria di € 75 per ogni pernottamento, per un massimo di 90 pernottamenti per infortunio.

Art. 46 Denuncia degli infortuni

In caso di sinistro, il 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 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. La denuncia 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 ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Compagnia legittimo impedimento alla trattazione del sinistro;
- b) In caso di sinistro occorso in allenamento anche individuale previsto disposto ed autorizzato o controllato dall'organizzazione sportiva, anche per i tramite dei suoi organismi periferici e delle società affiliate o aggregate della Federazione, ai fini dell'ammissione del sinistro all'indennizzo, la denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo per il quale l'assicurato è tesserato che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione stessa.
- c) Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- d) Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;
- e) 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.

Art. 47 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.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE ALL'ESTERO

Soggetti Assicurati: Atleti Nazionali, durante i raduni collegiali e le competizioni all'estero

Art.48 Prestazioni:

a) Ricovero

In caso di ricovero reso necessario da malattie improvvise insorte o infortuni occorsi durante la permanenza all'estero, la società assicurativa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato fino alla concorrenza del massimale di € 52.000 (con il sottolimito di 5.000 per i ricoveri connessi ad infortunio, purché comportanti un pernottamento in istituto di cura e con il sottolimito di € 1.500 senza ricovero) per persona per:

- ◆ rette di degenza;
- ◆ onorari dell'equipe che effettua l'intervento chirurgico, materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria;
- ◆ assistenza medica, infermieristica; cure, trattamenti di fisiokinesiterapia e riabilitazione, medicinali; accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- ◆ visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, trattamenti di fisiokinesiterapia e riabilitazione, effettuati nei 60 giorni successivi al ricovero, purché ad esso inerenti.

b) Accesso a Pronto Soccorso Pubblico

In caso di accesso a Pronto Soccorso Pubblico reso necessario da malattie improvvise insorte o infortuni occorsi durante la permanenza, la società assicurativa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per le cure mediche erogate – comprovate da referto della prestazione – con il limite di € 1.100 per persona e con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 100 per sinistro.

c) Rientro Funerario

In caso di decesso all'estero in conseguenza di ricovero indennizzabile a termini di polizza, la società assicurativa rimborsa le spese per il rimpatrio della salma, fino alla concorrenza di € 1.100 per sinistro.

Art.49 Stati Patologici Preesistenti

La società assicurativa rinuncia, al momento della stipulazione della polizza, a richiedere agli Assicurati dichiarazioni relative al proprio stato di salute.

L'assicurazione è comunque operante esclusivamente per le prestazioni conseguenti a malattie improvvise o infortuni occorsi dopo l'effetto dell'assicurazione.

Pertanto, la garanzia non vale per le prestazioni conseguenti o correlabili a situazioni patologiche già in atto o preesistenti all'effetto dell'assicurazione, nonché per le malattie della gravidanza e del puerperio.

Art. 50 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le spese sostenute a seguito di infortuni occorsi in conseguenza di:

- ◆ guerre e insurrezioni;
- ◆ guida o uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei e di aeromobili;
- ◆ stato di ubriachezza;
- ◆ uso di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- ◆ atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ◆ infermità mentali, sindromi organiche cerebrali e loro conseguenze.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Art. 51 Descrizione del rischio

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante ai sensi di legge all'Assicurato nella sua qualità di FEDERAZIONE ITALIANA TRIATHLON.

La garanzia comprende pertanto – a titolo puramente esemplificativo e non limitativo – i rischi derivanti dalla promozione, organizzazione, gestione e controllo dell'attività sportiva del Triathlon sia a livello pratico (campionati, tornei, manifestazioni in genere, ecc...) che a livello formativo - didattico e promozionale (corsi, stages, conferenze, iniziative pubblicitarie e promozionali, ecc...).

Art. 52 Oggetto dell'assicurazione

la FEDERAZIONE ITALIANA TRIATHLON, i suoi tesserati e ogni singola società ad essa affiliata relativamente alle attività previste dallo Statuto Federale e nell'ambito delle iniziative intraprese dalla Federazione o dalle società affiliate, con l'esclusione dell'attività svolta dai singoli tesserati a titolo personale.

Si precisa che la garanzia non comprende i danni subiti alle biciclette degli atleti di qualsiasi categoria. Inoltre, la garanzia non comprende i danni conseguenti a carenza di manutenzione del manto stradale.

Art.53 Limiti Territoriali

La presente assicurazione vale per i danni che avvengono nel Mondo intero.
Non saranno risarciti i danni derivanti da condanne punitive e/o esemplari.

Art. 54 Responsabilità civile personale

L'assicurazione si estende alla responsabilità civile personale derivante ai tesserati partecipanti alle manifestazioni sportive, ricreative e culturali, comprese le attività di allenamento, di corsi, di gare organizzate dalla Contraente e dai Comitati Centrali e Periferici, dalle Società Sportive affiliate ed aggregate, per danni involontariamente cagionati a terzi ai sensi di legge.

La presente estensione di garanzia è prestata entro i limiti della normativa e dei massimali convenuti per l'assicurazione di R.C.T. per danni a terzi, e, ove sia operante, di R.C.O. per danni a prestatori di lavoro. In ogni caso i massimali per sinistro della R.C.T. e della R.C.O.

convenuti in polizza restano il limite entro cui la Società può essere chiamata a rispondere anche in caso di corresponsabilità dei soggetti sopra menzionati con l'Assicurato o fra di loro.

Per quanto attiene la figura dei tecnici, le garanzie si intenderanno operanti solo ed esclusivamente se all'atto del sinistro, l'assicurato risulti in regola con l'autorizzazione rilasciata dalla Federazione.

Art. 55 Novero dei terzi

Non sono considerati terzi i prestatori di lavoro - dipendenti e non dipendenti - nei confronti dei quali la Contraente, le sue strutture e le Società affiliate ed aggregate alla FITRI siano tenute all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L., quando subiscano il danno in occasione di servizio.

Sono considerati Terzi fra di loro:

- i Tesserati, ed i Tesserati stessi aderenti alla FITRI nei confronti di quest'ultima, dei Comitati Centrali e Periferici, delle Società Sportive affiliate ed aggregate;
- il coniuge, i genitori, i figli degli Assicurati, nonché qualsiasi parente o 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.

Art. 56 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.

Art. 56.1 – Cumulabilità indennizzo

Ai fini della presente Sezione, qualora il verificarsi di un evento dannoso dia diritto alla liquidazione di un capitale nella sezione infortuni della presente convenzione, la garanzia opererà con una franchigia pari all' importo liquidato dalla Sezione Infortuni.

Art. 57 Gestione delle vertenze e spese di resistenza

La Società assume, fino a quando né ha interesse, 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.

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 penale.

La Società si impegna 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.

Art. 58 Esclusioni

L'assicurazione R.C.T. non comprende:

- a) le gare che coinvolgono i natanti in quanto soggette ad apposita normazione del D.lgs. 209/2005, recante Codice delle Assicurazioni private – CAP, che ha abrogato e sostituito la legge n. 990 del 24/12/1969;
- b) i rischi di responsabilità civile dei proprietari e/o dei conducenti degli autoveicoli e natanti al seguito di gare sportive.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i danni:

- c) conseguenti a 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;
- d) provocati a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- e) provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da questi detenute;
- f) da furto;

- g) 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 per legge;
- h) alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate;
- i) ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano i lavori;
- j) derivanti dalla circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore e dalla navigazione di natanti a motore;
- k) derivanti dalla detenzione o dall'impiego di aeromobili;
- l) cagionati da opere ed installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori, nonché i danni cagionati da prodotti e cose dopo la consegna a terzi; per le opere che richiedono spostamenti successivi e, comunque, ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori che la riguardano e, comunque, dopo trenta giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso od aperta al pubblico;
- m) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli Artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile;
- n) da detenzione od impiego di esplosivi;
- o) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- p) 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;
- q) verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;
- r) 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
- s) causato o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.
- t) La garanzia non comprende i danni subiti alle biciclette degli atleti di qualsiasi categoria.
- u) La garanzia non comprende i danni conseguenti a carenza di manutenzione del manto stradale.

Art. 59 Franchigia

L'assicurazione si intende prestata previa detrazione di Euro 0,00 per ogni sinistro che comporti danni a cose.

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

Le franchigie di cui sopra non troveranno applicazione in caso di sinistro riferito a fatto riconducibile ad attività svolta dagli Istruttori di riferimento dell'Ente Affiliato/Aggregato.

Si precisa che la franchigia di € 250,00 per sinistro, deve essere a carico di chi risulta essere responsabile del danno.

Art. 60 Non cumulo dei massimali

Qualora lo stesso sinistro interessi contemporaneamente sia la garanzia RCT che la garanzia RCO, la massima esposizione della Società non potrà superare il massimale previsto per la garanzia di RCT.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

Art. 61 Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per la Contraente, per i Comitati Centrali e Periferici, per i Comitati Organizzatori Locali, per le Società di Capitali dalla Contraente partecipate, per le Società Sportive affiliate ed aggregate, quando svolgono attività organizzate FITRI.

Art.62 Oggetto dell'assicurazione - Responsabilità Civile verso figure soggette all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. (R.C.O.)

La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile verso i prestatori di lavoro subordinato da lui dipendenti, i prestatori di lavoro parasubordinati e quelli appartenenti all'area dirigenziale, siano essi:

- non soggetti all'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro,
- assicurati, ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, nonché ai sensi del Dlgs. 23/02/2000 n° 38, per gli infortuni (escluse le malattie professionali) da essi sofferti.

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

La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. Non costituisce però causa di decadenza della copertura la mancata assicurazione di personale presso l'INAIL, se ciò deriva o da inesatta ed erronea interpretazione delle norme di legge vigenti, o da una involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL.

L'assicurazione R.C.O. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS e/o dall'INAIL ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

Art. 63 Tessere Giornaliere

A maggior precisazione si estende l'operatività della garanzia RC anche per gli atleti non tesserati che partecipano alle gare promosse dalla Federazione, tramite sottoscrizione di tessera giornaliera. Sono esclusi dalla copertura gli allenamenti e i trasferimenti, entrambi svolti sia in forma individuale sia in forma collegiale.

- A parziale deroga delle condizioni di polizza, si conferma che la garanzia non comprende i danni subiti dalle biciclette degli atleti. Inoltre, la garanzia non comprende i danni conseguenti a carenza di manutenzione del manto stradale.

- La garanzia RC viene esclusa durante gli allenamenti individuali.

- Gli studenti che prenderanno parte alle manifestazioni sportive giornaliere, organizzate dalla Federazione con le scuole, su tutto il territorio nazionale, avranno copertura assicurativa tramite sottoscrizione della tessera giornaliera. Al termine dell'annualità assicurativa verrà regolato il premio, in base alle adesioni raccolte.

Art. 64 Estensione malattie professionali

A parziale deroga delle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione la garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) è estesa al rischio delle malattie professionali (escluse asbestosi e silicosi) tassativamente indicate nelle tabelle allegata al DPR n.1124 del 30 giugno 1965, o contemplate dal D.P.R. del 9 giugno 1975 n.482 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni, in vigore al momento del sinistro, nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali dalla Magistratura.

L'estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino in data posteriore a quella della stipulazione del presente documento e siano conseguenza di fatti colposi commessi dall'Assicurato o da persone delle quali deve rispondere, verificatisi durante il tempo dell'assicurazione.

L'estensione non ha effetto per le malattie che si manifestino dopo 12 mesi dalla data di cessazione della polizza o della data di cessazione del rapporto di lavoro.

Ferme, in quanto compatibili, le Condizioni Generali di assicurazione in punto di denuncia dei sinistri, l'Assicurato ha l'obbligo di denunciare senza ritardo alla Società l'insorgenza di una malattia professionale rientrante nella garanzia e di fare seguito, con la massima tempestività, con le notizie, documenti e gli atti relativi al caso denunciato.

Art. 65 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, né 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. 66 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.

Allegato 1

SOMME ASSICURATE

Sezione Infortuni

A) TESSERATI*

Morte	Euro	100.000,00
Invalidità Permanente	Euro	100.000,00
Rimborso Spese di cura	Euro	500,00
Diaria da ricovero	Euro	50,00

B) TESSERATI ATLETI DISABILI

Morte	Euro	100.000,00
Invalidità Permanente	Euro	100.000,00
Rimborso Spese di cura	Euro	500,00
Diaria da ricovero	Euro	50,00

C) TESSERE GIORNALIERE

Morte	Euro	100.000,00
Invalidità Permanente	Euro	100.000,00

D) PRESIDENTE

Morte	Euro	500.000,00
Invalidità Permanente	Euro	500.000,00
Rimborso Spese di cura	Euro	10.000,00

E) SEGRARIO GENERALE

Morte	Euro	300.000,00
Invalità Permanente	Euro	300.000,00
Rimborso Spese di cura	Euro	10.000,00

F) CONSIGLIERI E REVISORI

Morte	Euro	300.000,00
Invalità Permanente	Euro	300.000,00
Rimborso Spese di cura	Euro	10.000,00

G) ATLETI NAZIONALI (raduni collegiali e competizioni delle squadre nazionali)

Morte	Euro	120.000,00
Invalità Permanente	Euro	120.000,00

H) ATLETI DI INTERESSE OLIMPICO/PARALIMPICO – h. 24

Morte	Euro	50.000,00
Invalità Permanente	Euro	150.000,00
Rimborso Spese di cura	Euro	10.000,00

I) TESSERATI CAT. 6-13 anni

Morte	Euro	100.000,00
Invalità Permanente	Euro	100.000,00
Rimborso Spese di cura	Euro	500,00
Diarìa da ricovero	Euro	50,00

J) GIUDICI

Morte	Euro	150.000,00
Invalità Permanente	Euro	130.000,00
Rimborso Spese di cura	Euro	750,00
Diarìa da ricovero	Euro	50,00

K) ATTIVITA' PROMOZIONALI

Morte	Euro	80.000,00
Invalità Permanente	Euro	80.000,00

* Ai fini della corretta comprensione della Sezione Infortuni, si precisa che dal computo dei tesserati sono escluse, pur se tesserati con la FITRI, le seguenti categorie: (i) i tesserati atleti disabili; (ii) il Presidente; (iii) il Segretario Generale; (iv) i Consiglieri e revisori; (v) le tessere giornaliere; (vi) gli atleti di interesse olimpico/paralimpico; (vii) i tesserati categoria 6-13 anni; (viii)

Sezione Rimborso Spese Mediche all'Estero

A) ATLETI NAZIONALI

Rimborso spese di cura	Euro 52.000,00 (con il sottolimito di 5.000 per i ricoveri connessi ad infortunio, purché comportanti un pernottamento in istituto di cura e con il sottolimito di € 1.500 senza ricovero.
Rimborso spese in caso di accesso al pronto soccorso	Euro 1.100,00
Rimborso spese per il rimpatrio della salma	Euro 1.100,00

Sezione Responsabilità Civile

<i>Tesserati</i>	
per ogni sinistro	€ 1.500.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.500.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 1.500.000,00
<i>La Contraente</i>	
per ogni sinistro	€ 1.500.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.500.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 1.500.000,00
<i>Società affiliate</i>	
per ogni sinistro	€ 1.500.000,00
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
<i>Tessere giornaliere</i>	
per ogni sinistro	€ 1.500.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.500.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 1.500.000,00

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

Contraente, Comitati Regionali e Provinciali

per ogni sinistro

€ 1.500.000,00

ma con il limite per ogni persona danneggiata di

€ 500.000,00