

MAG



POLIZZA CONVENZIONE MULTIRISCHI
INFORTUNI – RCTO /RSM



FEDERAZIONE ITALIANA
DI ATLETICA LEGGERA

Contratto infortuni n. 440886547

Contratto RCT-O n. in emissione

Contratto RSM n. 440886546

Lotto Unico INFORTUNI/RCT-O/RSM
Decorrenza 31.12.2024
Scadenza 31.12.2026

CONVENZIONE ASSICURATIVA MULTIRISCHI A FAVORE DELLA FIDAL - FEDERAZIONE ITALIANA ATLETICA LEGGERA, DEI SUOI TESSERATI, SUOI ORGANI PERIFERICI E ALLE ASSOCIAZIONI E SOCIETA' SPORTIVE AFFILIATE

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.

Assistenza Infermieristica

L'assistenza prestata da personale munito di diploma.

Assicurato

La persona o l'Ente il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Associazioni Sportive

Associazioni e Società sportive affiliate alla F.I.D.A.L.

Atleta TOP

Atleta tesserato F.I.D.A.L. definito TOP dalla direzione tecnica federale.

Atleta di interesse della direzione tecnica federale

Tesserato F.I.D.A.L. di interesse della direzione tecnica federale che viene saltuariamente e temporaneamente convocato dalla Federazione. A titolo esemplificativo e non limitativo per gare nelle squadre nazionali, stage, allenamenti, controlli tecnici.

Beneficiario

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

Contraente

F.I.D.A.L. Federazione Italiana Atletica Leggera

Day Hospital

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

Franchigia

L'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro,

viene dedotto dall'indennizzo.

Inabilità temporanea

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

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 20 dicembre 2010, n° 296. S, al netto della franchigia prevista dalla presente convenzione.

Infortunio

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

Invalidità permanente

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

Istituto di cura

L'ospedale, la clinica o istituto universitario, la casa di cura, le strutture di pronto soccorso, gli ambulatori e le strutture di riabilitazione 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 e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale

L'importo massimo della prestazione della Società.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione

Premio

La somma dovuta dalla Contraente alla Società

Ricovero

Periodo di degenza in istituto di cura (pubblico o privato). Viene considerata ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purché certificata da cartella clinica.

Scoperto

L'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

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

L'impresa assicuratrice nonché le eventuali coassicuratrici

Soggetti A:

Presidente, Membri del Consiglio Federale, Revisori dei Conti Nazionali, Segretario Generale, Presidenti e Membri dei Consigli Regionali e Provinciali, Revisori dei Conti Periferici, Delegati Regionali e Provinciali, Componenti Giunta Nazionale, Presidenti Regionali.

Soggetti B:

Delegati Tecnici, Massaggiatori, Allenatori e responsabili della preparazione atletica con un contratto in essere con F.I.D.A.L., Direttori Agonistici e Tecnici, Direttori Sportivi, Giudici di Gara in attività, Membri delle Commissioni federali Tecniche Agonistiche e Funzionali, Membri degli Organi di Giustizia Federali, Membri di Federazioni Internazionali, Volontari Sportivi (Art.29-Dlgs 120 /2023), Medici e Paramedici Federali e Membri Commissione Antidoping, Giudici Internazionali, Nazionali, Regionali e Provinciali, , Benemeriti Giudici Assistenti Internazionali Regionali.

Tesserato

Ogni singolo soggetto iscritto alla Federazione Italiana Atletica Leggera autorizzato e convocato

Tessera Divulgativa Promozionale Non Agonistica

Attività presso la struttura di un Ente affiliato, sotto la vigilanza di un tecnico e/o istruttore federale.
(Validità 15 gg)

Trattamento chirurgico

Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista.

**CONVENZIONE ASSICURATIVA MULTIRISCHI A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA
ATLETICA LEGGERA DEI SUOI TESSERATI, ORGANI PERIFERICI E ALLE ASSOCIAZIONI E
SOCIETA' SPORTIVE AFFILIATE**

Tra la FEDERAZIONE ITALIANA ATLETICA LEGGERA qui di seguito in brevità definita anche "F.I.D.A.L." e la Compagnia di Assicurazione, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole Contraente e Società, viene stipulata la seguente convenzione per le seguenti coperture assicurative:

- Polizza sezione Infortuni;
- Polizza sezione R.C. T tesserati, a favore della F.I.D.A.L., dei suoi Organi Centrali e Periferici, delle Società affiliate e dei suoi Tesserati.

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di Due (2) anni con decorrenza dalle ore 24.00 del 31.12.2024 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2026.

È facoltà della Contraente, alla naturale scadenza del 31.12.2026, richiedere alla Compagnia la proroga della convenzione assicurativa fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione di nuova convenzione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni, proroga che dovrà essere concessa alle condizioni economiche e normative vigenti all'atto della richiesta.

Non si applica al presente contratto l'obbligo di disdetta mediante lettera raccomandata inviata da una delle parti entro 180 giorni prima di ciascuna annualità.

Art. 2 - Titoli che danno diritto all'assicurazione

I titoli che costituiscono diritto alle garanzie assicurative, senza distinzione di attività praticata purché rientrante negli scopi della Federazione Italiana Atletica Leggera, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, sono la registrazione ovvero la registrazione on-line in caso di tesseramento elettronico, effettuata direttamente anche dal singolo tesserato- RUN CARD -.

La registrazione a cura della F.I.D.A.L. a mezzo dei suoi organi periferici (Comitati regionali, provinciali, territoriali, Società, etc.) da questa specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Si precisa inoltre che la F.I.D.A.L., le associazioni e le società sportive affiliate alla F.I.D.A.L. ed i

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

Soggetti A, B e C sono da intendersi automaticamente assicurati.

Per gli Atleti di interesse della direzione tecnica federale la presenza nell'apposito elenco nominativo di convocazione. Per gli Atleti TOP la presenza nell'elenco nominativo fornito dalla direzione tecnica federale.

Art. 3 - 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. 4 - Foro competente - clausola arbitrale

Le controversie che dovessero insorgere fra le parti della presente Convenzione, escluse quelle non compromettibili ad arbitri, inerenti all'interpretazione e/o l'esecuzione e/o lo scioglimento della presente Convenzione saranno deferite al Tribunale di Roma.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI**Art. 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 F.I.D.A.L. 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 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Variazioni del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (ex artt. c.c. 1892, 1893 e 1894). L'omissione della dichiarazione da parte della Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza aggravante del rischio durante il corso della polizza medesima non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 8 – Aggravamento del rischio

Ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile 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.

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

Art. 10 – Buona fede

Si conviene che l'eventuale omissione, incompletezza, inesattezza della dichiarazione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio durante il corso della validità del presente contratto non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte o incomplete dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

L'assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio concordato tra le parti in relazione al maggior rischio esistente, con decorrenza retroattiva dal momento in cui la circostanza aggravante ha avuto inizio, ma il massimo di una annualità dal momento dell'accertamento e/o notifica.

Art. 11 – Pluralità di Assicurati

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

Art. 12 - Costituzione del Premio- Incasso degli acconti e regolazioni premio

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla "Sezione premi" nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

La Contraente fornirà quindi alla Società, entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo annuale ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti del Contraente inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati. A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

Per "parametri di riferimento" si intende:

per la Sezione RCT/O:

1. n. Soggetti A / B
2. n. Atleti Top e Atleti di interesse della direzione tecnica federale
3. n. Tesserati;
4. Run Card

5. Contraente
6. N. Società affiliate
7. Tessera promozionale

per la Sezione Infortuni:

1. n. Soggetti A/B;
2. n. Atleti Top e Atleti di interesse della direzione tecnica federale;
3. n. Tesserati;
4. Run Card;
5. Tessera promozionale

per la Sezione Rimborso Spese Mediche:

N. Soggetti Atleti Top:

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

Art. 13 - Frazionamento del Premio Annuo

Il premio annuale viene corrisposto in DUE rate semestrali anticipate di cui la prima alla decorrenza del presente contratto. Per le successive rate viene stabilito un periodo di mora di 60 giorni.

Art. 14 - 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 del rilascio del titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi dell'art. 2 del presente contratto "Titoli che danno diritto all'assicurazione", e scade il 31.12 successivo di ogni anno, ferma restando la disponibilità da parte della Contraente di inviare alla Società, su supporto meccanografico, l'elenco nominativo di tutti i Tesserati iscritti, nonché gli elenchi o calendari contenenti l'indicazione della data e del luogo delle gare e/o manifestazioni organizzate sotto l'egida della F.I.D.A.L.

Durata e decorrenza Tessera RUN CARD: La stessa decorre dalle ore 24:00 del giorno del tesseramento online – purché sia compreso nel periodo di durata della Convenzione (fissato al precedente Art 1) e scade alle ore 24:00 del 365° giorno successivo (366° in caso di anno bisestile).

I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del broker.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2023, anche se la prima rata di premio non è stata pagata. Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 60 giorni. Trascorso tale termine, senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio verrà effettuato, ferme 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 all'adesione alla Convenzione ma anteriore alla segnalazione dei nominativi alla Società, quest'ultima esprime riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del sinistro.

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

L'assicurazione vale pregiudizialmente solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi della legge dello Statuto e dei Regolamenti della Contraente, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti dalla Contraente stessa, e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dall'organizzazione della FIDAL dei suoi Organi Periferici e delle Società/Associazioni Sportive Affiliate. Limitatamente alla Sezione Infortuni l'assicurazione cesserà comunque alle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza del tesseramento stesso anche nel caso di cessazione di validità dell'assicurazione.

Sempre e solo limitatamente alla Sezione Infortuni, in caso di omesso pagamento del premio da parte del Contraente, qualora l'assicurato possa esibire la tessera associativa per la qualifica rivestita al momento del sinistro rilasciata prima della data dell'Infortunio, la Società provvederà ad erogare l'indennizzo fatto salvo il diritto di rivalsa ai sensi dell'articolo 1916 del c.c.

Art. 15 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 16 - Estensione territoriale

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

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

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 - Altre assicurazioni

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

Art. 19 - Oneri fiscali

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

Art. 20 - 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. 21 - Coassicurazione (se applicabile)

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

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

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di

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

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

Art. 22 – Clausola Broker

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

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

- a) Il Broker provvede alla gestione del contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale modifica dell'incarico al Broker.
- b) Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 30 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente. Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.
- c) La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire, almeno 15 giorni prima della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti.
- d) Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il pagamento verrà effettuato dal Contraente al Broker (su conto separato e dedicato di cui all'Art.117 del D.lgs. 209/2005, in ossequio alla vigente normativa art.3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136, giusta determinazione A.V.C.P. 18 novembre 2010 n. 8 paragrafo 4° punto quinto) che provvederà al versamento agli Assicuratori.
- e) In caso di mancato perfezionamento e/o incasso il Broker provvederà a restituire alla Società i documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi.
- f) La polizza e le eventuali successive appendici dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.
- g) Si intende operante il disposto dell'art. 118 comma 1 del D.lgs. 209/2005. Pertanto, il pagamento effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso.
- h) In caso di coassicurazione, il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo fax o PEC le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.
- i) I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

- quello dell'incasso, fermo restando i termini temporali della copertura.
- j) Il Broker sarà remunerato dagli assicuratori aggiudicatari dell'appalto. Il compenso riconosciuto al Broker, sotto forma di ritenuta sui premi di assicurazione e all'atto del pagamento dei medesimi sarà pari a quanto indicato nella convenzione tra Ente e Broker ovvero pari al 10%, applicata al premio imponibile e per ogni rata di premio pagata; tale remunerazione non potrà mai rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente / Contraente.
 - k) Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
 - l) La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.
 - m) Ai sensi dell'Art.48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008, n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'Art.3 del Decreto. Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'Art.72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'Art.1901 del Codice civile nei confronti della Società stessa. L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nei documenti di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni ai sensi del Dlgs 50/2016 e successive modifiche nonché Dlgs 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti al primo capoverso del presente articolo.

Art. 23 – Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla F.I.D.A.L. gli estremi identificativi dei conti correnti bancari e/o postali dedicati, anche se non in via esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità ed al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire, salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata, tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati alla F.I.D.A.L.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, comma 8 della Legge.

Art. 24 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società s'impegna a fornire al Contraente ogni sei mesi il dettaglio dei sinistri, in formato Excel, così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato all'Assicurato);
- d) sinistri respinti (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

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

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

Il dettaglio dei sinistri dovrà indicare per ciascuno sinistro:

- numero sinistro attribuito dall'assicuratore;
- struttura del Contraente dove il sinistro è accaduto o in ogni caso il luogo di verifica dell'evento e indicazione dei veicoli e/o beni danneggiati;
- data denuncia;
- valore del danno denunciato;
- stato sinistro;
- causale del sinistro;
- valore degli scoperti-franchigie applicati in sede di liquidazione;
- data della liquidazione.

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

Art. 25 Prescrizione dei diritti

I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto sul quale il diritto si fonda (il diritto si fonda art. 2952 del Codice civile).

Art. 26 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. 12 ed 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.

SEZIONE INFORTUNI

Art.27 - Soggetti Assicurati

L'Assicurazione vale per tutti i Tesserati, i Soggetti A, B, e gli Atleti TOP e Atleti di interesse della direzione tecnica federale.

Art. 28 - Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dai soggetti assicurati in occasione di eventi fortuiti, violenti ed esterni che producano:

- la morte;
- l'invalidità permanente.

Le garanzie saranno operanti in occasione di:

- l'esercizio e lo svolgimento, anche al solo scopo ricreativo, di attività sportive rientranti negli scopi della Contraente e delle Associazioni e Società sportive affiliate (compreso ma non limitatamente

- a preparazione, allenamenti anche individuali, corsi e gare), nonché lo svolgimento dei relativi preliminari;
- riunioni, incarichi, missioni, attività di promozione e organizzazione delle attività sportive e turistiche ricreative volte alla pratica degli sport rientranti negli scopi della Contraente, dei suoi organi periferici, della Associazioni e delle Società Sportive affiliate.
 - l'Assicurazione opera anche in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggeri o in forma individuale, verso e dal luogo dello svolgimento delle attività di cui sopra esclusi gli infortuni verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque di inosservanza di 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 a l lo svolgimento delle attività coperte dall'assicurazione ed in date ed 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.

Art. 29 - Estensioni di garanzia

La copertura è operante anche per gli eventi indennizzabili a termini di polizza, verificatisi:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- infezioni conseguenti a infortunio – escluso HIV, il Covid 19 e le sindromi influenzali equivalenti -, sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
- gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
- l'annegamento;
- l'assideramento e/o il congelamento;
- colpi di sole e/o di calore;
- gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze gravi;
- le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
- le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari con un sotto limite di euro 1.000,00.

Art. 30 - Esclusioni

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

- 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) abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- c) assunzione di sostanze dopanti, violazione delle norme degli ordinamenti statali e di quello sportivo, accertate in base alle normative vigenti;
- d) disturbi mentali o psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) azioni delittuose commesse o tentate dell'assicurato; in occasione di eventi determinati da una

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

azione costituente reato commesso dal soggetto assicurato o dalla sua partecipazione a risse o tumulti o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o dall'ordinamento sportivo;

- g) movimenti tellurici, inondazioni, ed eruzioni vulcaniche;
- h) guerra e insurrezione, salvo per i primi 14 giorni qualora l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace;
- i) pratica dei seguenti sport: speleologia, sport aerei in genere, paracadutismo;
- j) partecipazione a gare, prove ed allenamenti per discipline non rientranti negli scopi della Contraente e delle Associazioni e Società sportive;
- k) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- l) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- m) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Art. 31 - 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, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche, ma sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se l'evento avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art. 32 - 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 Società per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative **previste in** polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione, 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. 33 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, salvo patto speciale, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano 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.

Art.34 - Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 35 - Limiti di età

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

Art. 36 - Infortuni determinati da calamità naturali

A parziale deroga dell'art.1912 del Codice civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni o inondazioni. Resta però convenuto che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, che colpisca, in un unico evento (intendendosi per evento tutti gli infortuni avvenuti in un arco di tempo della durata di 72 ore consecutive), più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di **euro 5.000.000** per tutti gli indennizzi.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

La presente garanzia non è valida nel caso di polizze con durata inferiore ad 1 anno. Il suddetto limite non è soggetto ad adeguamento garanzia.

Art. 37 - Limite di indennizzo per singolo evento

In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati con la presente polizza convenzione l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare la somma di **euro 5.000.000,00**.

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti ad ogni assicurato in caso di sinistro sono ridotti con imputazione proporzionale ai capitali assicurati per le singole persone.

Art. 38 - Criteri di indennizzabilità

Caso Morte

In caso di morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed a causa di esso, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o in mancanza, agli eredi legittimi.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per la garanzia invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove questa sia maggiore.

Qualora, a seguito di un evento indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito per il caso morte non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 C.C. Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione - entro 30 giorni dalla richiesta rivolta ai beneficiari della somma pagata.

Per i soli infortuni che determinino la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva indetta dall'organizzazione sportiva per la quale il soggetto assicurato risulti tesserato, iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa.

Caso Invalidità permanente

- per 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 **i1n5**

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

Gazzetta Ufficiale 20.11.2010 n. 296, alla quale verrà applicato il massimale di riferimento

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, eccetto per casi di cartilagini di accrescimento ancora aperte”, certificate, per le quali l’intervento chirurgico deve obbligatoriamente essere posticipato.
- ✓ In caso di lesioni dei legamenti delle articolazioni di 3° grado (circostanza che deve essere strumentalmente accertata) la Compagnia corrisponderà un’indennità forfettaria pari ad euro 200,00;
- ✓ 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”.
- ✓ 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 **quattro volte** superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento con il limite di Euro 500.000,00.
- ✓ In presenza di frattura cranica l’indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella 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.

- ✓ Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
- ✓ In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
- ✓ Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
- ✓ La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%. In caso di lesioni plurime, l'indennizzo è dovuto in misura pari alla somma delle percentuali relative alle singole lesioni subite.
- ✓ In caso

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sui criteri di indennizzo sono demandate per iscritto al collegio medico di cui al successivo art. 40 "Controversie sulla natura degli Infortuni".

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

Per i tesserati Runcard sarà necessario presentare in caso di infortunio, il certificato di pronto soccorso.

Art. 39 Franchigia Invalidità Permanente

Non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore alla Franchigia del 4%.

Per i tesserati Runcard non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore alla Franchigia del 6%.

Si prende atto che per la sola categoria Atleti TOP e solo per gli infortuni occorsi durante le convocazioni nazionali, la franchigia prevista sulla garanzia IP si intende annullata. Le prestazioni di garanzia previste per questa categoria sono quindi erogate senza applicazione di franchigia.

Art. 40 - Controversie sulla natura degli Infortuni

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze degli eventi indennizzabili a termini di polizza le Parti si obbligano a conferire un mandato ad un collegio di tre medici (uno per parte più un terzo designato dai primi due) i quali tenendo presenti le condizioni di polizza e le norme di legge, prenderanno decisioni inappellabili e vincolanti per le Parti.

Tale Collegio Medico risiede nel comune che sia sede di Istituto Universitario di medicina legale e delle assicurazioni più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da lei designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

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 – Invalidità Permanente – Anticipo Indennizzo

Qualora trascorsi tre mesi dal termine delle cure mediche, sia prevedibile che all'Assicurato residui un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 25%, la Società, quando richiesto, corrisponderà all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Art. 42 - Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

Nel caso in cui invalidità permanente sia di grado non inferiore al 60%, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

Art. 43 Rimborso spese mediche atleti di interesse della direzione tecnica federale e Soggetti B

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa agli Assicurati il costo delle cure mediche fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato nella sezione Somme Assicurate.

Per cure mediche si intendono:

- a) Spese ospedaliere o cliniche;
- b) Onorari a medici e a chirurghi;
- c) Spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi di trasporto speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- d) Spese fisioterapeutiche in genere, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante;
- e) Spese per le prime protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per le operazioni di plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di € 800,00 per anno e per persona ed un massimo di € 50,00 per ciclo di terapia.

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.

La presente garanzia è prestata con uno scoperto di euro 100,00 per sinistro.

Art. 44 Estensioni speciali*Perdita dell'anno scolastico*

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo delle entità della percentuale di invalidità permanente, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporti la perdita dell'anno scolastico, all'assicurato verrà corrisposto l'indennizzo incrementato del 25%.

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, sarà aumentata del 50%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 45% della totale.

Danno estetico

Si conviene che, per gli Assicurati di età non superiore ai 14 anni, la Società rimborserà le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 38 "Criteri di indennizzabilità - Caso Morte", per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, verrà corrisposto il rimborso delle relative spese documentate.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 38 "Criteri di indennizzabilità - Caso Morte", a seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, verrà corrisposto il rimborso delle relative spese documentate.

Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art.38 "Criteri di indennizzabilità - Caso Morte", a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione verrà corrisposto il rimborso delle relative spese documentate.

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.

Rimborso spese di trasporto

In caso di infortunio indennizzabile ai termini di polizza, la Società rimborsa le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato alla struttura sanitaria più idonea con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato e fino alla somma massima di € 500,00 per persona/anno assicurativo. Nel caso in cui il trasporto venga necessariamente attuato mediante elicottero/eliambulanza la somma assicurata si intende elevata ad € 2.000,00 per sinistro/persona/anno assicurativo.

Art. 45- Rischio volo

La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o 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 di passeggeri;

*da aeroclubs.

Se più Assicurati subiscono un infortunio nello stesso evento, l'esborso a carico dell'Impresa non potrà

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

superare la somma di € 5.200.000, complessivamente per aeromobile, relativamente al rischio di volo, restando inteso che in detto limite rientrano anche gli indennizzi riferentisi ad altri Assicurati per lo stesso rischio con altre eventuali polizze stipulate dallo stesso Contraente con la Società.

Pertanto, qualora i predetti indennizzi calcolati per le singole polizze dovessero eccedere, nel totale, tale importo, gli stessi verranno ridotti con imputazione proporzionale ai capitali previsti sulle singole polizze stipulate con la Società.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Il rischio di salita e discesa è considerato rischio aereo.

La presente garanzia è estesa agli infortuni derivanti da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale, ferme restando le esclusioni a questo riguardo previste.

Art. 46 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

La denuncia degli infortuni, con indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che li hanno determinati, corredata da ogni documentazione clinica atta ad accertare l'infortunio subito deve essere fatta per iscritto ed inviata alla Società entro 30 giorni dall'evento stesso o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli Art. 1913 e 1915 del Codice civile.

La documentazione di cui sopra deve consentire inequivocabilmente l'identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relativo referto.

Ricevuta la necessaria documentazione, la Società, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in euro. L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questi ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Denuncia della morte

Ad integrazione di quanto sopra stabilito, la denuncia della morte, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che l'hanno determinata, corredata dalla documentazione atta ad accertare l'indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto ed inviata entro 30 giorni dall'evento stesso o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli art. 1913 e 1915 del C.C..

Art. 47 - Cessazione della copertura

La copertura prestata ai sensi del presente contratto cesserà immediatamente qualora l'Assicurato dovesse risultare definitivamente positivo a controlli antidoping.

SEZIONERESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI**Art. 48 - Descrizione attività**

La seguente descrizione viene riportata a titolo esemplificativo e non limitativo, dato che la presente polizza esplica la propria validità per tutti i casi in cui possa essere reclamata una responsabilità, anche quale committente, organizzatore od altro dell'Assicurato, salve le esclusioni espressamente menzionate.

L'attività dei soggetti assicurati riguarda:

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

- la promozione e l'organizzazione delle attività sportive e turistiche ricreative volte alla pratica degli sport rientranti negli scopi della Contraente;
- l'esercizio e lo svolgimento dell'attività sportiva, anche al solo scopo ricreativo, compreso ma non limitatamente a preparazione, allenamenti anche individuali, corsi e gare, nonché lo svolgimento dei relativi preliminari;
- riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, regolarmente organizzati ed assistiti dagli appositi accompagnatori con gli ordinari mezzi pubblici di trasporto, di proprietà o a disposizione della FIDAL dei suoi organi periferici, delle Associazioni e Società Sportive affiliate. Si considerano mezzi pubblici di trasporto anche gli automezzi a noleggio da rimessa, appositamente noleggiati, con o senza autista dell'impresa, per spostamenti collettivi di complessi di atleti o di squadre.

L'assicurazione è prestata a favore delle Società Affiliate e della Contraente comprese le strutture periferiche per tutte le attività inerenti all'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative rientranti negli scopi della Contraente.

Sono comprese tutte le attività di allenamento, di corsi, manifestazioni sportive, ricreative e culturali, di iniziative associative, di gare, organizzate dalla FIDAL per proprio conto dai Comitati o Delegazioni Territoriali e dalle Società Sportive affiliate.

Art. 49 - Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per la FIDAL, i suoi organi periferici, le Associazioni e Società Sportive affiliate, per i soggetti A, B, gli Atleti Top e gli atleti di interesse della direzione tecnica federale e di tutti i Tesserati.

Art. 50 - Oggetto della Assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali, per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta comprese tutte le operazioni e attività accessorie, sussidiarie e/o complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, nessuna esclusa né eccettuata ovunque nell'ambito della validità territoriale della polizza, in applicazione delle leggi e/o delle delibere dei propri organi e/o comunque di fatto svolti. Per i soggetti A, B, e per gli Atleti top e gli atleti di interesse della direzione tecnica federale le garanzie saranno operanti anche in occasione di riunioni organizzative e di missioni, compreso il rischio in itinere anche con mezzi propri e come trasportati su mezzi di altro convocato.

La garanzia RCT si estende a prestatori d'opera presi in affitto tramite ditte regolarmente autorizzate. Sono compresi sia i danni subiti da tali soggetti che quelli provocati a terzi e/o dipendenti dell'Assicurato da tali soggetti.

È comunque garantita l'azione di rivalsa esperita dall'INPS e/o dall'INAIL.

Art. 51- Novero dei Terzi

Si conviene fra le parti che:

- tutti i soggetti, sia persone fisiche, che giuridiche, agli effetti della presente polizza vengono considerati "Terzi" tra di loro;
- non sono considerati terzi le persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato, dipendenti o non dipendenti di quest'ultimo, quando subiscano il danno in

occasione di servizio, ed operi nei loro confronti la successiva garanzia "Responsabilità Civile verso le persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato". In caso

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

- contrario detti soggetti saranno considerati terzi a tutti gli effetti;
- gli Assicurati sono considerati terzi fra di loro per sinistri che si siano verificati durante lo svolgimento dell'attività rientranti negli scopi della FIDAL;
 - non sono considerati terzi fra di loro, il coniuge, i genitori, i figli degli assicurati, nonché qualsiasi altro parente od affine con loro convivente ad eccezione dei casi riguardanti la lesione personale in cui, pur sussistendo i predetti rapporti, la lesione stessa si sia verificata durante le attività coperte dalle presenti garanzie.

Art. 52 - Altre Assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e limiti

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

- 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;
- 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. 53- Esclusioni

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

- a) i danni da furto;
- b) i danni ricollegabili a rischi di responsabilità civile per i quali, in conformità al D.Lgs. n.209 del 09
- c) Settembre 2005 Titolo X, e successive variazioni ed integrazioni, l'Assicurato sia tenuto all'assicurazione obbligatoria, nonché da impiego di aeromobili; si intende compresa la Responsabilità civile derivante da danni a Terzi Trasportati sui veicoli a motore di proprietà dell'Assicurato mentre circolano all'interno delle aree di pertinenza;
- d) i danni a cose dovute a cedimento o franamento del terreno se tali danni derivino da lavori che implicino sottomurature o altre tecniche sostitutive;
- e) i rischi di proprietà di fabbricati, dell'esercizio di ogni attività di gestione che non abbia carattere di manifestazione, dell'esercizio di bar, spacci, mense, ristoranti, alberghi, case per ferie ed altri esercizi commerciali anche se usati esclusivamente dai tesserati;
- f) i danni provocati a cose che l'assicurato abbia in consegna, o detenga a qualsiasi titolo;
- g) i danni provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato e da questi detenute;
- h) i danni alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate;
- i) i danni ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano dei lavori;
- j) i danni conseguenti a guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra;
- k) i danni derivanti da estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di asbesto puro e/o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto; sono altresì esclusi i danni derivanti da uso di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
- l) i danni provocati da campi elettromagnetici.

Art. 54 – Esclusioni specifiche dell'Assicurazione RCT dei Tesserati (non valide per ASD affiliate)

Limitatamente all'Assicurazione RCT dei Tesserati, l'Assicurazione di cui alla presente sezione NON comprende la Responsabilità Civile relativa ai danni:

- Provocati sotto l'influsso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
- Derivanti da condotta deliberatamente imprudente dell'Assicurato;
- Derivanti dall'inosservanza della normativa ufficiale;
- Cagionati dall'esercizio di qualsiasi attività professionale, o connessi con affari, locazioni o noleggi di beni dell'Assicurato;
- Causati dalla proprietà, uso o custodia di animali;
- Causati dalla proprietà, detenzione od uso di armi, anche da fuoco;
- Da atti dolosi;
- Derivanti da inquinamento dell'ambiente, da qualsiasi causa determinato;
- Da furto;
- Derivanti dalla proprietà, possesso, uso e guida di veicoli a motore o attrezzature motorizzate di qualsiasi genere;
- Indiretti;
- Conseguenti all'esercizio delle attrezzature, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento della attività sportiva;
- Derivanti dalla proprietà o conduzione di fabbricati;
- Provocati a cose che l'Assicurato abbia in consegna o detenga a qualsiasi titolo;
- Provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da questi detenute;
- Alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate;
- Ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano dei lavori.

Art. 55 - Responsabilità civile verso persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato (RCO)

La Società si obbliga a tenere indenne gli Assicurati di quanto questi siano tenuti a pagare (capitale, interessi e spese) quali civilmente responsabile:

- a) ai sensi degli art. 10 e 11 del DPR 30 giugno 1965 n. 1124, per gli infortuni e malattie professionali, compreso il danno biologico, sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti, la garanzia si intende estesa anche ai lavoratori parasubordinati di cui art.5 del D.lgs n.38 del 23 febbraio 2000;
- b) nonché ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento dei danni eccedenti non rientranti nella disciplina del DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e del D.lgs 23/02/2000 n.38, cagionati ai prestatori di lavoro suddetti per morte e lesione personale, compreso il danno biologico, dalla quale sia derivata una invalidità permanente, valutata sulla base delle tabelle di cui al DPR n. 1124.

La Società, inoltre, è obbligata a tenere indenne gli Assicurati delle conseguenze di azioni di regresso che, in relazione agli eventi sopra citati, fossero esperite dall'INAIL ed anche dall'INPS ai sensi della legge 12 giugno 1984 n. 222.

La sentenza che accerta la responsabilità civile e costituisce l'INAIL in credito verso la persona civilmente responsabile costituisce titolo a identificare l'INAIL stesso quale creditore della Società, che è quindi obbligata nei limiti ed alle condizioni del presente contratto, a rimborsare a detto Istituto l'importo degli indennizzi a suo carico e delle spese accessorie.

Non costituisce motivo di decadenza delle presenti garanzie, la mancata assicurazione presso

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

l'INAIL di personale quando ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti al riguardo, nonché da omissione involontaria della segnalazione preventiva di nuove posizioni assicurative INAIL.

La Società mette a disposizione degli Assicurati l'importo del danno allorché le richieste avversarie risultino fondate in base a valutazioni concordate fra gli Assicurati e la Società stessa. Il libro paga è conservato a cura della FIDAL ed esibito dalla stessa per ogni accertamento o controllo richiesto dalla Società.

Le presenti garanzie sono operanti anche:

- nei confronti degli apprendisti e del personale in prova per brevi periodi anche quando non esista ancora regolare denuncia degli stessi all'INAIL;
- nei confronti delle persone che si trovino presso gli Assicurati per addestramento, stage, tirocinio, corsi di formazione, studi, ricerche lavoratori di lavoro temporaneo che prestano servizio presso la Contraente ai sensi della legge 24/06/1997 n.196 o altro, anche se non sottoposti all'assicurazione obbligatoria.

L'assicurazione RCO non vale per i danni:

- da detenzione o 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.);
- derivanti direttamente e/o indirettamente, seppur in parte, da amianto o da qualsiasi altra sostanza o prodotto contenente in qualunque forma o misura amianto;
- da campi elettromagnetici.

Art. 56- Gestione delle vertenze e spese di resistenza

La Società assume la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando di intesa con lo stesso, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. La difesa dell'Assicurato viene assunta fino alla definitiva tacitazione dei terzi e ad esaurimento del giudizio nel grado in corso al momento della liquidazione del sinistro.

Sono a carico della Società 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 Società e Assicurato in proporzione al rispettivo interesse. La Società non riconosce peraltro le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende. La Società si impegna a fornire tempestivamente copia degli atti processuali ed ogni informazione relativa all'andamento delle liti giudiziali.

Art. 57 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del Codice civile, la denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Società - Broker o all'ufficio all'uopo preposto:

- in caso di sinistro di "responsabilità civile verso terzi", entro 30 giorni da quando l'Assicurato ha avuto conoscenza della richiesta risarcitoria avanzata dai danneggiati o dai loro aventi causa. Nei casi di particolare gravità l'Assicurato è tenuto a darne notizia nel più breve tempo possibile;
- in caso di sinistro di "responsabilità civile verso i propri prestatori di lavoro", si conviene che il Contraente dovrà denunciare il sinistro unicamente in caso di:
 - formale notifica, al Contraente e/o a un Assicurato, della apertura di un'inchiesta per infortunio sul lavoro o per malattia professionale, o dell'apertura di un procedimento penale;

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

- formale richiesta di risarcimento da parte del danneggiato, suoi aventi diritto e/o legali o da parte di Enti di previdenza o assistenza aventi diritto a esperire azioni di regresso.

Fermo quanto sopra stabilito, l'Assicurato, venuto a conoscenza del sinistro, deve darne notizia alla Società tempestivamente e trasmetterle al più presto un dettagliato rapporto scritto. Deve, inoltre fornire alla Società ed ai suoi mandatari tutte le informazioni, i documenti e le prove che possano venirgli richieste.

Art. 58- Rinuncia alla rivalsa/surroga

La Società rinuncia al diritto di surrogazione spettategli ai sensi dell'art. 1916 C.C. nei confronti di:

- dipendenti dell'Assicurato e delle persone che ricoprono una carica, salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo;
- Società affiliate ed enti in genere senza scopo di lucro, che possano collaborare con l'Assicurato per le sue attività;
- Persone fisiche di cui l'Assicurato si avvalga per le sue attività o che ricoprono una carica;
- Persone giuridiche di cui l'Assicurato si avvalga per le sue attività, ed a cui abbia rilasciato clausola di manleva preventivamente approvata dalla Società.

Salvo sempre il caso di dolo.

Art. 59- Estensioni di garanzia (a parziale deroga di quanto previsto nelle esclusioni)*Responsabilità Civile personale*

La garanzia prestata con la presente polizza vale anche per la responsabilità civile personale di tutti i dipendenti e del personale non dipendente mentre opera per conto dell'Assicurato e si trova nelle ubicazioni ove si svolge l'attività.

Relativamente al D.L. N. 626 del 19/09/1994, in tema di sicurezza sul lavoro, la garanzia vale solo nel caso in cui il preposto al servizio di prevenzione e protezione, sia un dipendente.

Responsabilità Civile incrociata, appalto, sub-appalto

Premesso che l'Assicurato può appaltare e sub-appaltare ad altre imprese o persone i lavori di manutenzione dei locali o lavori e/o prestazioni attinenti all'attività svolta dall'Assicurato, si conviene che:

- sono compresi i danni causati a terzi da dette imprese e/o persone mentre eseguono i lavori medesimi;
- l'Assicurato e propri dipendenti, dette imprese e loro dipendenti e/o persone sono considerati terzi tra di loro limitatamente alle lesioni corporali.

La presente estensione di garanzia opererà in eccesso ad eventuali polizze stipulate per i medesimi rischi.

R.C. del Committente

L'assicurazione comprende anche la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di committente ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile, compresa la committenza veicoli in genere.

R.C. Manifestazioni diverse

L'assicurazione è estesa per la responsabilità civile che possa derivare alla Contraente ed agli Organismi per l'organizzazione di gare internazionali e campionati del mondo assoluti e giovani delle diverse specialità che fanno capo a differenti federazioni internazionali.

R.C. Collaboratori

La garanzia comprende inoltre la Responsabilità Civile derivante alla FIDAL, ai suoi organi periferici e alle Associazioni e Società sportive affiliate per i danni causati a terzi da persone che non essendo alle dirette e regolari dipendenze svolgano la loro opera quali collaboratori coordinati e continuativi o comunque addetti, con mansioni di qualunque natura, all'organizzazione di gare e manifestazioni. La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione nei confronti dei collaboratori predetti.

R.C. Enti Collaboratori

La garanzia comprende inoltre la Responsabilità Civile derivante alla FIDAL ai suoi organi periferici e alle Associazioni e Società sportive affiliate, per i danni causati a terzi e ai partecipanti a qualsiasi titolo, alle gare e manifestazioni da Enti collaboratori (Comitati organizzatori gare e manifestazioni nazionali ed internazionali, ecc.) che pur non essendo organismi FIDAL o direttamente dipendenti dalla FIDAL stessa, svolgono la loro opera con mansioni di qualunque natura, per l'organizzazione di gare e manifestazioni.

La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione nei confronti degli Enti predetti.

Mancato intervento sulla Segnaletica

L'assicurazione comprende i danni per il mancato od insufficiente servizio di vigilanza o di intervento sulla segnaletica, sui ripari e sulle recinzioni poste a protezione dell'incolumità di terzi, per l'esistenza in luoghi aperti al pubblico, di opere o di lavori, di macchine, impianti o attrezzi, di depositi di materiale.

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 allegate 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. 60 - Rischi atomici e danni all'ambiente

Sono esclusi dall'assicurazione i danni derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Limitatamente all'assicurazione responsabilità civile verso terzi (detta limitazione non è operante nei confronti dei dipendenti dell'Assicurato né di danni a persone fisiche) sono esclusi

altresì i danni di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, esalazioni fumogene o gassose, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture, interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

Art. 61 – 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. 62 MASSIMALI SEZIONE R.C.T. / R.C.O.

MASSIMALI RCT

2) CONTRAENTE

€ 5.000.000,00	per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o che abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di
€ 5.000.000,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di
€ 5.000.000,00	per danni a cose od animali, anche se appartenenti a più persone

SOCIETÀ AFFILIATE

€ 2.000.000,00	per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o che abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di
€ 2.000.000,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di
€ 2.000.000,00	per danni a cose od animali, anche se appartenenti a più persone

1) TESSERATI

€ 500.000,00	per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o che abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di:
€ 500.000,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di
€ 500.000,00	per danni a cose od animali, anche se appartenenti a più persone

FRANCHIGIA

La garanzia di Responsabilità Civile verso Terzi viene prestata con una franchigia fissa ed assoluta, a carico dell'Assicurato, di € 150,00 per ciascun sinistro.

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.



CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

MASSIMALI RCO

€ 3.000.000,00 per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali ma con il limite di € 1.500.000,00 per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE ATLETI TOP**Art. 63 - Norme che regolano l'assicurazione Rimborso Spese Mediche Garanzie — Prestazioni e Limiti****DEFINIZIONI**

Ai fini della presente SEZIONE Rimborso Spese mediche valgono le seguenti definizioni:

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia e/o infortunio a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assicurato

Atleti TOP

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.)

Centro medico

Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeuti che di particolare complessità [esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi] e dotata di direzione sanitaria.

Convalescenza

Periodo dopo la dimissione dall'Istituto di cura che comporti una inabilità temporaneo totale.

Day Hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Degenza domiciliare

La convalescenza trascorsa a domicilio su prescrizione risultante da certificato medico.

Difetto Fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite e/o derivante da anomalia congenita.

Evento/Data Evento

Prestazione Ospedaliera, il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o Il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie).

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

*CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026***Prestazione Extra ospedaliera**

Tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assicurato l'importo garantito.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richieste di rimborso delle spese sanitarie per le prestazioni effettuate relative al ricovero stesso.

Indennizzo

La somma dovuta dalla società in caso di sinistro.

Infortunio/Rimborso Spese Mediche

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini curativi e terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post- intervento.

Intramoenia

Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche e private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulata apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura

Ospedale, clinica a istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti autorità, in base a requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

Lettera d'impegno

Documento con cui l'assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Massimale

L'importo stabilito nel contratto e negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato/ dipendente per le relative garanzie e/o prestazioni previste, per ciascun anno assicurativo.

Piano sanitario

La copertura sanitaria oggetto del presente contratto. Il documento che descrive e prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente.

Protesi ortopediche

Sostituzione artificiale le diparte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio gli ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una S.D.O. (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero improprio

La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato/ Contraente

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

Società

La Compagnia di Assicurazioni.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di Laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Si intendono inclusi i test muscolo scheletrici e training cellulare reattivo. Dalla presente polizza dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

Visita specialistica

La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Art. 64 Rimborso Spese Mediche

La Società rimborsa fino alla concorrenza delle somme assicurate le spese sostenute nel caso di:

- a) ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day-hospital) cono senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, che si siano resi necessari per infortunio o malattia e che siano conseguenza esclusiva e diretta di essi;
- b) prestazioni Mediche e diagnostica strumentale effettuate come primo intervento presso la struttura di pronto soccorso;
- c) prestazioni specialistiche e diagnostica strumentale pre e post ricovero;
- d) prestazioni ambulatoriali e domiciliari, comprese le spese sostenute per acquisto/affitto di macchinari necessari per lo svolgimento delle terapie;
- e) Trattamenti chiroterapici, nonché di agopuntura ed elettroagopuntura, purché praticati da medici;
- f) Programmi atletici riabilitativi (riatletizzazione);
- g) acquisto di medicinali, apparecchi protesici e terapeutici in genere.

Resta inteso che sono compresi in garanzia gli interventi/ricoveri considerati necessari e prescritti nel periodo di validità della presente convenzione, anche a seguito di infortunio verificatosi prima della decorrenza della stessa, dei quali l'assicurato e lo staff medico fossero già a conoscenza e già regolarmente curati senza che fosse previsto un intervento chirurgico.

Somma assicurata

Le garanzie di cui sopra sono prestate fino alla concorrenza delle somme assicurate di cui alla tabella sotto riportata, somme da intendersi quali massima disponibilità per anno assicurativo e per assicurato:

Garanzia	Somma assicurata
Ricovero in istituto di cura con o senza intervento chirurgico	Euro 140.000,00

Nei limiti delle somme assicurate, la Società rimborsa le spese sostenute:

- nei 90 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi il ricovero o l'intervento chirurgico, la Società rimborsa le spese sostenute per:
 - onorari di medici, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, trattamenti medico chirurgo-infermieristici, trattamenti masso/fisio-terapici (compresa osteopatia e chiropratica) e programmi atletici riabilitativi (riatletizzazione), medicinali, infiltrazioni, cure omeopatiche e

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

- terminali (escluse le spese d'albergo);
- spese per affitto di apparecchi necessari allo svolgimento anche a domicilio delle terapie prescritte;
- trasporto all'istituto di cura dell'Assicurato a seguito di malattia o infortunio con ogni mezzo sanitariamente attrezzato fino alla concorrenza di € 3.000,00;
- durante il ricovero in istituto di cura, la Società rimborsa le spese sostenute per:
 - onorari dei medici, onorari del chirurgo e di tutta l'equipe medica e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento);
 - rette di fino alla concorrenza di € 350 giornalieri;
 - accertamenti diagnostici (analisi ed esami);
 - medicinali;
 - cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 - assistenza infermieristica;
 - rette di vitto e pernottamento, nell'istituto di cura, dell'accompagnatore, fino alla concorrenza di € 100,00 giornalieri per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo, elevati a € 300,00 in caso di ricovero con intervento all'estero; in quest'ultimo caso, ove la struttura ospedaliera non preveda l'alloggio per l'accompagnatore, saranno rimborsate le spese alberghiere purché documentate, fermo il limite giornaliero di cui sopra.

Cure Dentarie:

La Società rimborsa altresì le cure dentarie (anche extra-ricovero) rese necessarie da infortunio, sempre che l'infortunio sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista. Sono anche incluse le spese sostenute per cure ortodontiche ed odontoiatriche anche non conseguenti ad infortunio, purché tali cure siano state rese necessarie da casi di emergenza durante lo svolgimento dell'attività agonistica e prescritte direttamente dai medici della Nazionale. Il rimborso avverrà con il limite di euro 2.000,00 per assicurato e per anno assicurativo, con applicazione di uno scoperto del 10%.

Laserterapia per visus

La Società rimborsa, con il limite di € 3.000,00 le spese sostenute per trattamento laser per peggioramento visus conseguente da infortunio. In questo caso la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 2 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 4 diottrie.

Anticipo indennizzi

È facoltà dei soggetti titolati a ricevere la liquidazione richiedere anticipatamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate in contestuale presentazione di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura, che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, il giorno del ricovero, le cure e gli interventi previsti, il presunto ammontare totale delle spese. L'anticipazione delle spese, fino al 50%, può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle stesse non sia inferiore a € 4.000,00, ed avrà luogo entro 10 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda alla Società.

Art. 65– Criteri e modalità di rimborso

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

I rimborsi dovuti a termini della presente polizza saranno liquidati a favore del soggetto che ha sostenuto le spese.

Qualora le spese non vengano sostenute direttamente da un soggetto assicurato ma dal Contraente la liquidazione verrà effettuata a favore di FIDAL a condizione che venga allegato, alla denuncia di sinistro, quanto segue:

- apposito Modulo in cui si certifica che il soggetto per il quale si richiede il rimborso è un Atleta TOP;
- delega di pagamento o equivalente idonea procura rilasciata dal soggetto assicurato a favore della FIDAL corredata da copia del documento d'identità.

Qualora le spese vengano sostenute direttamente da un soggetto assicurato la liquidazione potrà essere effettuata a favore del medesimo soggetto.

In entrambi i casi:

- I rimborsi verranno effettuati in Italia; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dall'Ufficio Italiano dei Cambi;
- ogni richiesta di rimborso dovrà essere corredata da documentazione attestante la diagnosi di malattia o infortunio, dalle prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni avute, dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate, nonché da eventuale ulteriore documentazione sanitaria richiesta dalla Società;
- le ricevute di spesa dovranno essere trasmesse in originale.

Art. 66 - Esclusioni

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti e allucinogeni;
- cura dell'AIDS e della sieropositività HIV;
- malattie dolosamente procurate;
- conseguenze di insurrezioni, guerre e terremoti;
- infortuni conseguenti a stato di ubriachezza;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fusione e fissione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc);
- applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;
- tutte le prestazioni sia sanitarie sia economiche eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up);
- aborto volontario, non terapeutico;
- assistenza sanitaria per maternità, comprendente anche il ricovero e le cure post-parto.

Art. 67 - Cessazione della copertura

La copertura prestata ai sensi del presente contratto cesserà immediatamente qualora l'Assicurato dovesse risultare definitivamente positivo a controlli antidoping.

SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI AD ADESIONE VOLONTARIA

Art. 68 Oggetto della garanzia

Alle condizioni che seguono è data facoltà ai singoli tesserati, che ne facciano espressa richiesta e ne onorino il relativo premio, di integrare le coperture previste nella presente convenzione.

Art.69 Adesione alla formula integrativa

Al fine di aderire alla formula integrativa, il singolo tesserato dopo aver provveduto alla compilazione del modulo allegato ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via e-mail indirizzo integrative.fidal@magitaliagroup.com

Art. 70 Decorrenza e scadenza della formula integrativa

Le garanzie previste dalla formula integrativa decorreranno dalle ore 24.00 del giorno di adesione e scadranno inderogabilmente alle ore 24.00 del successivo 31/12 di ciascun anno.

Si prende atto che il Modulo di Adesione compilato e sottoscritto da ciascun Assicurato, unitamente alle condizioni di assicurazione, costituisce parte integrante del contratto di assicurazione e rappresenta il documento che ne prova l'esistenza.

Art. 71 Somme Assicurate

Le somme garantite si intenderanno quelle indicate nella successiva sezione afferente la formula integrativa prescelta. Tali somme si intendono in sostituzione a quelle previste dalla copertura tesserati.

Art. 72 Premi

I premi previsti nella successiva sezione premi vanno pagati direttamente all'assicuratore per il tramite del broker.

Art. 73 Rimborso Spese Mediche

Entro il limite della somma assicurata a questo titolo come previsto nella successiva Sezione Formule Integrative, la Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio indennizzabile, 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, a seguito infortunio indennizzabile, per:

- a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

- 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.

Le garanzie previste nel presente articolo si intendono estese ai casi di forzata completa immobilità, limitatamente alle fratture vertebrali 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 euro 150,00 per evento.

Relativamente alle spese odontoiatriche derivanti da infortunio indennizzabile a termini della presente polizza, la garanzia si intende pari ad 1.000,00 per anno.

Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 500,00 per anno con un massimo di Euro 50,00 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, compresi i ticket.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in euro.

Art. 74 Formule Integrative

INTEGRATIVA SILVER

Invalità Permanente – Rimborso Spese Mediche

Relativamente a quanto previsto nella Sezione Infortuni del presente capitolato di gara, resta convenuto che all'atto dell'adesione alla presente formula integrativa, la Società riconosce:

Sezione Infortuni – Aumento delle somme assicurate caso Morte ed IP da euro 80.000,00 a Euro 100.000,00 per la categoria "Tesserati". Restano invariati i capitali assicurati per tutti gli altri soggetti per i quali è prestata la garanzia infortuni.

Sezione Rimborso Spese Mediche – il rimborso fino alla concorrenza della somma assicurata di euro 1.000,00 per le spese sostenute a seguito di infortunio come disciplinato all'art. 63 della presente Convenzione. Premio lordo annuo euro 40,00.

INTEGRATIVA GOLD

Invalità Permanente – Rimborso Spese Mediche

Relativamente a quanto previsto nella Sezione Infortuni del presente capitolato di gara, resta convenuto che all'atto dell'adesione alla presente formula integrativa, la Società riconosce:

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

Sezione Infortuni – Aumento delle somme assicurate caso Morte ed IP da euro 80.000,00 ad Euro 120.000,00. per la categoria “Tesserati “. Restano invariati i capitali assicurati per tutti gli altri soggetti per i quali è prestata la garanzia infortuni.

Sezione Rimborso Spese Mediche – il rimborso fino alla concorrenza della somma assicurata di Euro 1.500,00 per le spese sostenute a seguito di infortunio come disciplinato all’art. 63 della presente Convenzione.

Premio lordo annuo euro 60,00

SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNIERESPONSABILITA ‘ CIVILE AD ADESIONE PER PERSONALE E
PARTECIPANTI NON TESSERATI IN CASO DI GARE O MANIFESTAZIONI

Art. 75 Oggetto della garanzia

Alle condizioni che seguono è data facoltà agli aderenti, che ne facciano espressa richiesta scritta e ne onorino il relativo premio, di integrare le coperture previste nella presente convenzione a:

- Personale non tesserato addetto a gare e/o manifestazioni;
- Partecipanti alle sole manifestazioni organizzate dalla Contraente.

1) Modalità per la comunicazione di personale addetto da assicurare

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

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

Premio: per ogni gara o manifestazione è stabilito in Euro 20,00 giornaliere, fino a 30 addetti. Il premio per ogni addetto oltre i primi 30 è stabilito in euro 0,50 per giornata.

2) Modalità per la comunicazione dei Partecipanti a manifestazioni

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

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

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

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

- Fino a 300 partecipanti Euro 150,00
- Da 301 a 1.000 partecipanti Euro 250,00
- Da 1001 a 5000 partecipanti Euro 350,00
- Oltre 5000 Euro 40,00 per ogni 1.000 partecipanti in eccesso ai 5.000

Art. 76 Decorrenza e scadenza della formula integrativa

Le garanzie previste dalla formula integrativa decorreranno dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio dovuto e cesseranno alla scadenza del 31.12 di ogni anno.

Art. 77 Trattamento dei dati

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 e smi, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

La Società agisce quindi in qualità di "autonomo titolare" del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell'Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali.

Art.78 Sanction Limitation and Exclusion Clause - Clausola di limitazione ed esclusione di attività soggette a Sanzioni

La Società, in qualità di assicuratore e/o riassicuratore, non sarà tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America. Se nelle Condizioni di assicurazione è presente una norma contrattuale difforme, questa disposizione prevale su ogni altra.

INFORTUNI - CAPITALI ASSICURATI

TESSERATI/ TESSERE PROMOZIONALI (15GG)

Capitali Assicurati

Morte: € 80.000,00

Invalidità Permanente: € 80.000,00

Franchigia 4%

RUN CARD

Capitali Assicurati

Morte: € 80.000,00

Invalidità Permanente: € 80.000,00

Franchigia 6%

SOGGETTI A

Capitali Assicurati

Caso morte: € 150.000,00

Caso Invalidità Permanente: € 150.000,00

Franchigia 4%

SOGGETTI B

Capitali Assicurati

Caso morte: € 150.000,00

Caso Invalidità
 Permanente: € 150.000,00

Franchigia 4%
 RSM € 2.000,00 - prestazioni ai sensi art. 43

ATLETI TOP NAZIONALI

Capitali Assicurati

Caso morte € 250.000,00

Caso Invalidità permanente € 250.000,00

ATLETI DI INTERESSE DELLA DIREZIONE TECNICA FEDERALE

Capitali Assicurati

Caso morte € 250.000,00

Caso invalidità permanente € 250.000,00

Franchigia 4%

RSM € 2.000,00 – prestazioni ai sensi art. 43 -

INTEGRATIVA SILVER

Capitali Assicurati

Caso morte € 100.000,00

Caso invalidità permanente € 100.000,00

Franchigia 4%

RSM € 1.000,00 – prestazioni ai sensi art. 43

INTEGRATIVA GOLD

Capitali Assicurati

Caso morte € 120 .000,00

Caso invalidità permanente € 120 .000,00

Franchigia 4%

RSM € 1.500,00 – prestazioni ai sensi art. 43

RCT /RCTO - MASSIMALI

MASSIMALI RCT

CONTRAENTE

€ 5.000.000,00

per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o che abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di

€5.000.000,00

per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di

€5.000.000,00

per danni a cose od animali, anche se appartenenti a più persone

SOCIETÀ AFFILIATE

€ 2.000.000,00

per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

€2.000.000,00	decedute o che abbiano riportato lesioni personali o che abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di
€2.000.000,00	
T ESSERATI	per danni a cose od animali, anche se appartenenti a più persone
€500.000,00	per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o che abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di:
€500.000,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di
€500.000,00	per danni a cose od animali, anche se appartenenti a più persone

MASSIMALI RCO

€3.000.000,00	per ogni sinistro e anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali ma con il limite di
€1.500.000,00	per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali.

CAPITOLATO TECNICO MULTIRISCHI PERIODO 2024/2026

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'
