

**CONVENZIONE ASSICURATIVA
 PER L' ASSICURAZIONE INFORTUNI, LESIONI, PER
 CONTO E A FAVORE DEI TESSERATI ALLA
 FEDERAZIONE ITALIANA PENTATHLON MODERNO**

**Decorrenza ore 00.00 del 01/01/2022 Scadenza ore 24.00 del
 31/12/2022**

**CONVENZIONE ASSICURATIVA
 PER L' ASSICURAZIONE INFORTUNI, LESIONI, PER
 CONTO E A FAVORE DEI TESSERATI ALLA
 FEDERAZIONE ITALIANA PENTATHLON MODERNO**

Tra la FEDERAZIONE ITALIANA PENTATHLON MODERNO (F.I.P.M.) in seguito denominata Contraente e la Compagnia, in seguito denominata Impresa o Assicuratore, viene stipulata la seguente Convenzione Infortuni a favore dei Tesserati alla Federazione Italiana Pentathlon Moderno.

Le prestazioni garantite sono disciplinate nell'allegato "REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER LA FEDERAZIONE ITALIANA PENTATHLON MODERNO".
 Tale regolamento, forma parte integrante della presente Convenzione.

Art. 1. Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto senza distinzione di attività praticata, rientrante comunque negli scopi della Federazione Italiana Pentathlon Moderno, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, alle garanzie assicurative è:

- la **Tessera nominativa e numerata.**
- la **Tessera Giornaliera:**

- A) **nominativa**, numerata con l'indicazione della data e del luogo e della denominazione della gara e/o manifestazione, valida esclusivamente per i partecipanti non tesserati alle gare e/o manifestazioni organizzate dalla Federazione. Le tessere giornaliere vengono sottoscritte dagli organizzatori delle manifestazioni, ed hanno validità decorrente dal momento del rilascio ai partecipanti fino a tutto il tempo necessario della manifestazione e/o della gara organizzata, compresi allenamenti pre e post gara. Qualora la manifestazione e/o gara organizzata dovessero svolgersi su più giornate, sarà necessario attivare, tramite pagamento del corrispettivo previsto, tante tessere quante sono le giornate previste dal programma delle stesse.
- B) **nominativa**, numerata per i fruitori dei centri sportivi federali, con la presenza o assenza degli istruttori. La tessera avrà decorrenza dalla data di registrazione presso il centro federale.

Le tessere verranno rilasciate a cura della Federazione Italiana Pentathlon Moderno e dei suoi organi periferici (Comitati regionali e provinciali, territoriali, etc.), da questa specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Per la Federazione Italiana Pentathlon Moderno costituisce titolo il presente contratto.

Art. 2. Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 1, con inizio dalle ore 00.00 del 1 gennaio 2022 e termina alle ore 24.00 del 31 Dicembre 2022 e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

Ove, in base alle proprie valutazioni e se compatibile con la normativa vigente, il contraente lo ritenga opportuno, è tuttavia in facoltà di quest'ultimo di richiedere il rinnovo del contratto per una durata pari a quella iniziale, con lettera raccomandata e/o Pec da inviarsi almeno 60 giorni prima della scadenza.

Nel caso di contratto di durata poliennale, ciascuna delle parti ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo ad ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi all'altra parte almeno 120 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso.

In caso di recesso da parte della Società, previa richiesta del Contraente, la stessa è obbligata a concedere

una proroga per un periodo massimo di 90 giorni.

Art. 3. Obblighi della Federazione

La Federazione si impegna a comunicare all'Impresa 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 l'Impresa la facoltà di recedere dall' accordo.

Art. 4. Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Sede dell'Assiteca S.p.A. via Bartolomeo Eustachio, 8 - 00161 Roma - entro 30 giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui l'Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del Codice Civile.

Art. 5. Foro competente- clausola arbitrale

Le controversie che dovessero insorgere fra le parti della presente Convenzione, escluse quelle non compromettibili ad arbitri e per le quali è competente il Foro di Roma, inerenti la validità, l'interpretazione e/o l'esecuzione e/o lo scioglimento della presente Convenzione saranno deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre membri, nominati uno da ciascuna delle parti in contesa e il terzo, con funzioni di Presidente del Collegio, dai membri nominati dalle parti stesse, ovvero, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di Roma, il quale nominerà anche l'arbitro della parte che non vi avesse provveduto nel termine di giorni venti dalla richiesta fattale dall'altra parte, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il Collegio dovrà decidere, disponendo anche in ordine alle spese, nel termine di 60 giorni dalla sua costituzione, in via rituale e secondo diritto con libertà di procedura ma sempre con l'osservanza del rispetto del principio del contraddittorio. La sede del Collegio sarà Roma.

Art. 6. Determinazione del premio -Incasso degli acconti e regolazione del premio

Premesso che:

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

si conviene che:

- il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio sarà computato effettuando la somma (positiva e/o negativa) dei premi per singola categoria di assicurati sulla base degli effettivi assicurati.

Entro la data del 31 Gennaio 2023 la Contraente fornirà all'Assicuratore elenco riportante il numero degli Assicurati suddivisi per categoria e/o tipo di tessera associativa, riferiti all' anno assicurativo trascorso, affinché l'Assicuratore stesso possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione.

Fanno fede per il calcolo della regolazione premio, le scritture contabili, i registri, i bilanci ed altri documenti probanti tenuti dalla Contraente che dichiara di mettere a disposizione dell'Assicuratore per eventuali controlli.

Art. 7 Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, rimane stabilito che:

ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, restando tuttavia inteso che la Società coassicuratrice designata quale delegataria è tenuta in via solidale alla prestaz integrale e ciò in espressa deroga all'art. 1911 del Codice Civile;

- tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicuratrice Delegataria e del Contraente ed ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente al Broker che provvederà a rimetterli a ciascuna Coassicuratrice in ragione della rispettiva quota di partecipazione al riparto di coassicurazione. Relativamente al presente punto, in caso di revoca dell'incarico al broker, e successivamente alla cessazione dello stesso, il pagamento dei premi potrà essere effettuato dal Contraente anche unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le

coassicuratrici;

- con la firma del presente contratto le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta sui detti documenti dalla società Delegataria li rende validi ad ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

Relativamente ai premi scaduti, la delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

Art. 8 Clausola Broker

1. Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del broker. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto - con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.
2. Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Contraente di corrispondere direttamente i premi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.
3. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.
4. Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo telefax le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dalla data di invio del telefax.
5. I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese
6. successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.

Art. 9 Obblighi della Società relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

In ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, la stazione appaltante, la Società e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane Spa, il presente contratto si intende risolto di diritto.

Se la Società, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER L' ASSICURAZIONE INFORTUNI A FAVORE DEI TESSERATI ALLA FEDERAZIONE ITALIANA PENTATHLON MODERNO DEFINIZIONI

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Associato

Ogni singolo soggetto iscritto o aderente alla Contraente compreso in copertura.

Beneficiario

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

Day Hospital

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

Indennizzo

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento improvviso che si verifichi, indipendentemente dalla volontà dell'assicurato e produca lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente.

Invalidità permanente

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

Inabilità temporanea

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

Trattamento chirurgico

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

Istituto di cura

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

Ricovero

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

Premio: La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro.

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

Tesserato: Ogni singolo soggetto tesserato Federazione Italiana Pentathlon Moderno.

Massimale: L'importo massimo della prestazione dell'Assicuratore.

Scoperto:

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**Art. 1. Manifestazioni unitarie**

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione, a manifestazioni con altre organizzazioni e/o organismi sportivi alle quali F.I.P.M. abbia ufficialmente aderito ovvero stipulato convenzioni.

Art. 2. 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 all'Assicuratore il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 3. 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 dalle ore 24.00 del giorno in cui consegua il titolo che dà diritto all'assicurazione, ai sensi dell'art. 1 "Titoli che danno diritto all'assicurazione" della precedente Sezione, e cessa alle ore 24,00 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzidetto.

Per le sole "Tessere Giornaliere":

- A) la copertura ha decorrenza immediata dalla registrazione effettuata prima dell'inizio dell'attività e certificata dal Delegato Tecnico indicato dalla Federazione, e scadenza con le medesime modalità previste dall'art. 1 "titoli che danno diritto all'assicurazione" della precedente Sezione.
- B) La copertura decorre dalla data di registrazione presso il centro federale e scadenza con le medesime modalità previste dall'art. 1 "titoli che danno diritto all'assicurazione" della precedente Sezione.

I premi devono essere pagati all'Assicuratore per il tramite del Broker con frazionamento semestrale senza maggiorazione di costo.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del 1 gennaio 2021, anche se la prima rata di premio non è stata pagata.

Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 30 giorni.

Trascorso tale termine, senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio comprensivo verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

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

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo a termini di regolamento, in data posteriore alla adesione alla Convenzione, ma anteriore alla segnalazione dei nominativi all'Impresa, quest'ultima esprime riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del sinistro. L'assicurazione vale pregiudizialmente, solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi di Legge dello Statuto e dei Regolamenti della FEDERAZIONE, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti dalla FEDERAZIONE stessa, e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dalla organizzazione della FEDERAZIONE.

Art. 4. Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 5. Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

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

Art. 6. Rinvio alle norme di legge

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

Art. 7. Altre assicurazioni

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

Art. 8. Interpretazione del Contratto

In caso di eventuali dubbi di interpretazione sui contenuti delle clausole contrattuali, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1. Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i Tesserati, i Tecnici, i Giudici, i Dirigenti ed i Dirigenti Centrali della Federazione Italian Pentathlon Moderno.

Art. 2. Limiti di età

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

Art. 3. Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni che producano:

- la morte
- invalidità permanente
- rimborso spese di cura a seguito di infortunio

L'Assicurazione, nei termini e con i limiti in seguito indicati, vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- in occasione di assemblee, riunioni organizzative, gare, allenamenti, riunioni di Consiglio federale, incarichi, missioni o altre attività rientranti negli scopi della Federazione Italiana Pentathlon Moderno per il funzionamento dei suoi organi;
- in occasione di attività sportive autorizzate e/o riconosciute e/o organizzate sotto l'egida della Federazione Italiana Pentathlon Moderno, A.S.A. affiliate, gare, allenamenti (anche individuali), durante le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara o allenamento ufficiale, durante lo svolgimento di concorsi e/o manifestazioni sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della Federazione Italiana Pentathlon Moderno per tutte le attività e discipline riconosciute. L'attività svolta dalle A.S.A. devono intendersi svolte sotto l'egida della FIPM;
- durante l'espletamento del mandato sportivo (in caso di Componenti degli Organi Federali), anche in occasione di gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della F.I.P.M., riunioni organizzative, incarichi, missioni o altre attività rientranti negli scopi della Federazione Italiana Pentathlon Moderno;
- in occasione di Corsi di Equitazione Federali (anche con l'utilizzo dei Pony) organizzati dalla Federazione Italiana Pentathlon Moderno e/o A.S.A. destinati a tutte le categorie di atleti, nessuna esclusa;
- in occasione di corsi e/o allenamenti presso i centri federali con la presenza o meno degli istruttori, quali a titolo esemplificativo e non limitativo il nuoto
- in occasione di allenamenti, gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della F.I.P.M. in cui l'attività sportiva agonistica, amatoriale e/o promozionale della Federazione viene combinata con altre discipline sportive quali ad esempio lo sci di fondo e la mountain bike o quando tali discipline (per esempio mountain bike e sci di fondo) vengano svolte in forma singola e quindi non combinata.
- in occasione di attività sportive svolte in casa dal tesserato sotto forma di allenamento autorizzato dalla propria società affiliata alla FIPM, purché tali attività svolte in casa siano riconducibili a programmi di allenamento richiesti ed inviati al tesserato tramite mail da parte della propria società affiliata alla FIPM.

Le predette garanzie saranno operanti sempreché documentate dalla Federazione Italiana Pentathlon Moderno o dalle sue Strutture Periferiche competenti. Per i componenti il Consiglio Federale ed il Collegio dei Revisori dei Conti le pratiche infortunistiche saranno istruite e gestite dalla Segreteria federale.

Rischio in itinere:

Le garanzie di polizza sono operanti anche quando gli Assicurati in qualità di trasportati di mezzi pubblici o privati o quali conducenti di mezzi ad uso privato subiscano l'infortunio durante:

- a) il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro sino al luogo di svolgimento delle attività assicurate, e/o viceversa, con il percorso più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività oggetto dell'assicurazione.
- b) durante le trasferte fuori sede, il tempo necessario per raggiungere il luogo deputato alle attività oggetto dell'assicurazione e viceversa. Per l'identificazione delle persone danneggiate faranno fede i referti della Contraente ed in subordine, le convocazioni societarie. In tal caso la denuncia di sinistro dovrà riportare la firma del Dirigente accompagnatore indicato nel predetto referto o convocazione. In questo caso la garanzia esplicherà il proprio effetto anche per il tragitto da casa o luogo di lavoro sino al punto di raduno e viceversa entro i limiti previsti dal precedente punto a);
- c) il rischio in itinere sarà operante sempreché alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro.

Le predette garanzie saranno operanti sempreché documentate dalla Federazione Italiana Pentathlon

Moderno o dalle sue Strutture Periferiche competenti. Per i componenti il Consiglio Federale ed il Collegio dei Revisori dei Conti le pratiche infortunistiche saranno istruite e gestite dalla Segreteria federale.

Art. 4. Equiparazione ad infortunio -Estensioni di garanzia

- a. Sono equiparati ad infortunio le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
- b. determinati da lesioni da sforzo e le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari, distacco retina.

La garanzia è estesa anche agli infortuni:

- c. sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze o negligenze anche gravi nonché in stato di malore o incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici, da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti).
- d. causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti, da infezioni conseguenti a infortunio, da avvelenamento, ingestione o assorbimento involontario di sostanze, da annegamento, assideramento, asfissia, congelamento, folgorazione, da colpi di sole e/o di calore, da sforzi muscolari traumatici;
- e. derivanti da eventi naturali, da tumulti, terrorismo, aggressioni o violenza, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.
- f. derivanti da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

Art. 5. Esclusioni

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

- a. uso e guida di natanti a motore, mezzi di locomozione subacquea;
- b. abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- c. guida e uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerea salvo quanto espressamente previsto al successivo art.11;
- d. azioni delittuose dell'assicurato;
- e. movimenti tellurici, inondazioni, ed eruzioni vulcaniche;
- f. 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; ;
- g. trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- h. da detenzione od impiego di esplosivi.
- i. da operazioni chirurgiche, trattamenti e cure mediche, non resi necessari da infortunio;
- j. da atti dolosi compiuti o tentati dall' Assicurato;
- k. Infarto.

Art. 6. 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'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente sana, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche, ma sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art. 7. Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che la Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Società per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, invalidità permanente, 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. 8. Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 9. Persone non assicurabili

La garanzia assicurativa, non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche - cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Art.10 Criteri di indennizzabilità

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

Art. 11. Rischio volo

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

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è disceso.

Resta inteso che le somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dalla stessa Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative non potrà superare i capitali per persona di:

- Euro 1.032.913,80 per il caso di Morte
- Euro 1.032.913,80 per il caso di invalidità permanente totale
- Euro 258,23 giornaliero per il caso di inabilità temporanea

e complessivamente, per aeromobile, di:

- Euro 15.000.000,00 per il caso di Morte
- Euro 15.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale
- Euro 5.165,00 giornaliero per il caso di inabilità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dalla stessa Contraente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 12. Prestazioni

A. Caso Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio, l'Assicuratore liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi.

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

Qualora, a seguito di un infortunio, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, l'Assicuratore liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 Cod. Civ.. Se, dopo che è stato pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione entro 30 giorni dalla richiesta della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

B. Caso Invalidità Permanente

L'indennizzo per Invalidità Permanente è determinato mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri di cui alla tabella Lesioni Allegato "A" alla presente Convenzione.

Per le sole lesioni corporali che non trovano riscontro nella tabella Lesione- allegato "A", l'indennizzo per Invalidità Permanente è determinato mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri indicati nel DPR 30giugno 1965 n.1124.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti fermo quanto previsto dall'art. 10.

Precisazioni:

- o Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- o Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- o Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- o Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato).
- o Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- o 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.
- o I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomico-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- o Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- o Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà venti volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.
- o 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.
- o 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.
- o Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa".
In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.
L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.
- o Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrarisaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.
Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Franchigia

La somma assicurata per invalidità permanente da infortunio è soggetta ad una franchigia assoluta del 3% dal primo euro.

Pertanto, l'Impresa non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 3% della totale, l'Impresa liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia superiore al 10% della totale, l'Impresa liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

Nel caso in cui la invalidità permanente da infortunio sia di grado superiore al 50%, l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato al 100% sulla somma assicurata in polizza per invalidità permanente, fermo restando in ogni caso il disposto dell'art. 10 "Criteri di indennizzabilità".

Invalità permanente – anticipo indennizzo

Qualora trascorsi tre mesi dal termine delle cure mediche, sia prevedibile che all'Assicurato residui un'invalità permanente di grado pari o superiore al 25%, l'Impresa – quando richiesta – 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. 12 Controversie sulla natura degli infortuni

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

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

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

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

Art. 13. Rimborso spese di cura a seguito di infortunio

In caso di Infortunio indennizzabile, l'Impresa rimborsa, entro il limite della somma assicurata a questo titolo, le spese effettivamente sostenute per:

1. Prestazioni sanitarie relative al ricovero, ad 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.):

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

2. Prestazioni sanitarie sostenute nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico o all'infortunio che non abbia determinato ricovero o intervento chirurgico:

- a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- b) Cure mediche, fisioterapiche 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, rieducativi, riabilitativi;
- 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, 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 € 50,00 per evento.

Relativamente alle spese odontoiatriche derivanti da infortunio indennizzabile a termini della presente polizza, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 1.500,00 per anno e per persona. Relativamente alle spese per cure/ trattamenti fisioterapici, rieducativi, riabilitativi la garanzia si intende prestata con il limite di € 1.500,00 per anno e per persona ed un massimo di € 50,00 per singola prestazione ad esclusione degli atleti nazionali e di interesse nazionale che per detta prestazione avranno un limite di € 3.000,00 per anno e per persona ed un massimo di € 75,00 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.

Ove previsto dalla tipologia di tessera, qualora l'Assicurato non abbia richiesto il rimborso delle spese sostenute durante il ricovero, avrà diritto ad un'indennità di euro 30,00 per ciascun giorno di ricovero successivo al terzo e con un massimo di 60 giorni per anno assicurativo.

Art. 14. Estensioni speciali

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

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

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, determini la perdita dell'anno scolastico, all'assicurato verrà corrisposto il 20% dell'indennizzo erogato per lesioni.

Rimpatrio salma

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

Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 5.000,00.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Nel caso di morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € 5.000,00.

Avvelenamenti

Nel caso di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € 5.000,00.

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Nel di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € 5.000,00

Danno estetico

Si conviene che l'Impresa rimborserà fino ad massimo di € 2.600,00, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza. Tale estensione di garanzia si intende valida solo ed esclusivamente per gli assicurati di età inferiore ai 16anni.

Art. 15. Denuncia degli infortuni obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che le hanno determinate, corredata da ogni documentazione clinica atte ad accertare le lesioni subite e la loro indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto ed inviata alla Sede della ASSITECA S.p.A – Via Bartolomeo Eustachio, 8 - 00161 Roma, entro 30 giorni lavorativi dalla data dell'evento stesso e/o dal momento in cui l'Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto, la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.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, nel caso di fratture e/o lesioni particolari è necessario che il referto clinico radiologico evidenzi la diagnosi in modo chiaro e specifico e sia redatto da un Pronto Soccorso Pubblico e/o una Struttura Privata equivalente (clinica, casa di cura etc.).

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro per un valore equivalente.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire alla visita dei medici dell'assicuratore ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine e sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art. 16. Denuncia della morte e obblighi relativi

La denuncia della morte, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che l'hanno determinata, corredata dalla documentazione atta ad accertare l'indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto ed inviata alla Sede della ASSITECA S.p.A – Via Bartolomeo Eustachio, 8 - 00161 Roma, entro 30 giorni dall'evento stesso e/o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del codice civile.

Art.17. Limite di indennizzo per singolo evento

In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati con la presente polizza convenzione, le somme delle garanzie di cui alla presente garanzia infortuni non potranno superare l'importo di Euro 5.000.000,00.

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

Art.18. Copertura Infortuni Integrativa ad adesione

Le A.S.A. (Associazioni Sportive Affiliate) alla F.I.P.M. potranno elevare i massimali della copertura Infortuni dei propri tesserati (indipendentemente dalla categoria) come previsto nella Sezione Somme Assicurate – Copertura Integrativa ad adesione.

Avranno diritto alle garanzie previste dalla Copertura Integrativa i Tesserati di quelle A.S.A. che abbiano:

1. inoltrato alla F.I.P.M. la richiesta di copertura con allegato elenco identificativo dei Tesserati beneficiari della Copertura Integrativa ad adesione;
2. provveduto al versamento del relativo premio.

La copertura si intende operante dalle ore 24.00 del giorno successivo a quello di avvenuto pagamento.

Art.19. Copertura Infortuni Atleti Stranieri

In occasione di Corsi e Stages Internazionali organizzati in Italia sotto l'egida della Federazione Italiana Pentathlon Moderno, la Contraente si riserva la facoltà di richiedere l'attivazione della copertura infortuni in favore degli atleti stranieri partecipanti attraverso la preventiva comunicazione del nominativo e del periodo di permanenza di ogni singolo atleta da assicurare.

I premi unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva Sezione Premi e verranno computati in sede di regolazione premio.

Art. 20 Partecipanti alle attività sportive promozionali e scolastiche

La presente Convenzione vale anche per i partecipanti alle attività sportive promozionali e scolastiche, organizzate dalla Federazione e dalle Società sportive affiliate presso i centri federali e/o nell'ambito degli istituti scolastici di ogni ordine e grado.

Ai partecipanti alle attività sportive promozionali e scolastiche verrà rilasciata apposita tessera federale.

SEZIONE III SOMME ASSICURATE

Garanzia Infortuni

Tutte le Categorie di Tesserati comprese quelle giornaliere, Tecnici, Giudici, Dirigenti e di Dirigenti Centrali, Partecipanti alle attività sportive promozionali e scolastiche - Assistenza

bagnanti.

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 100.000,00
Invalidità Permanente Franchigia: <input type="checkbox"/> 3% relativa al 10% <input type="checkbox"/> 50% = 100 %	Euro 100.000,00 - Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€ 2.000,00 – Franchigia € 150,00
Diaria da ricovero	€ 30,00 – franchigia 3 gg massimo 60 gg (sostitutiva del R.S.M. da Ricovero)

Categorie di Atleti della Nazionale e di interesse Nazionale

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 150.000,00
Invalidità Permanente Franchigia: <input type="checkbox"/> 3% relativa al 10% <input type="checkbox"/> 50% = 100 %	Euro 150.000,00 - Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€ 20.000,00 – Franchigia € 150,00
Diaria da ricovero	€ 60,00 – franchigia 3 gg. massimo 60 gg (sostitutiva del R.S.M. da Ricovero)

Atleti Stranieri

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 100.000,00
Invalidità Permanente Franchigia: <input type="checkbox"/> 3% relativa al 10% <input type="checkbox"/> 50% = 100 %	Euro 100.000,00 - Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€ 2.000,00 – Franchigia € 150,00
Diaria da ricovero	€ 30,00 – franchigia 3 gg. massimo 60 gg (sostitutiva del R.S.M. da Ricovero)

Tessere integrative ad adesione

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 150.000,00
Invalidità Permanente Franchigia: <input type="checkbox"/> 3% relativa al 10% <input type="checkbox"/> 50% = 100 %	Euro 150.000,00 - Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€ 10.000,00 – Franchigia € 150,00
Diaria da ricovero	€ 60,00 – franchigia 3 gg. massimo 60 gg (sostitutiva del R.S.M. da Ricovero)