POLIZZA INFORTUNI TESSERATI F.I.B.S.

CAPITOLATO TECNICO

DEFINIZIONI

Pol n 505586890

IMPRESA: società di assicurazioni con la quale è stipulato il contratto.

INDENNIZZO: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

INDENNIZZO PARALIMPICI: per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011 emanato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale nr. 03 febbraio 2012, al netto della franchigia prevista dalla presente contratto.

INFORTUNIO: l'evento descritto all'Art.1 primo capoverso di polizza.

MALATTIA: ogni alterazione dello stato di salute.

PREMIO: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

RISCHIO: la probabilità che accada il sinistro.

SCOPERTO: l'importo percentuale che rimane a carico dell'Assicurato e/o Beneficiario

SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

L'assicurazione si intende prestata nei confronti di tutti i tesserati "Atleti, Dirigenti, Tecnici e Ufficiali di gara", come da **DM 03 novembre 2010**, in regola con la quota associativa federale, che possano dimostrare con data certa, che il versamento è avvenuto antecedentemente al sinistro, anche se ancora non pervenuto o non registrato dalla Contraente. La copertura assicurativa decorre, in favore di ciascun tesserato, dalle ore 24,00 del giorno del tesseramento e termina alle ore 24,00 del 31.12 di ogni annualità assicurativa. La Contraente, inoltre, è tenuta a comunicare il numero preventivo delle teste assicurate, come di seguito precisato nel presente articolo, con un criterio svincolato dalle disposizioni dell'art 1907 CC, e a fornire a scadenza il numero definitivo degli assicurati, come disposto dall'Art. 12 "Calcolo del premio – regolazione del premio definitivo" delle Norme che regolano l'Assicurazione. Rientrano ai sensi tutti della presente polizza anche i soggetti definiti come **"Atleti di interesse Nazionale" quali gli Atleti, i Dirigenti ed i Tecnici di caratura Nazionale e gli Atleti, i Dirigenti ed i Tecnici Internazionali, e comunque tutti quei soggetti che la Federazione potrà convocare per raduni e meetings.**

Tutti questi soggetti risultano identificabili poiché iscritti nelle lettere di convocazione regolarmente protocollate, tenute dalla F.I.B.S., in occasione di allenamenti, stages, gare, manifestazioni, ritiri e/o trasferte, inviti e/o dimostrazioni previsti dai calendari Federali, lettere di convocazione che possono essere messe a disposizione della Società qualora ne faccia richiesta. **Relativamente agli Atleti Top, il calcolo a consuntivo verrà effettuato sulle presenze di questi atleti nei registri Federali, solo sulle eccedenze del numero iniziale di 70 Atleti, senza considerare eventuali ingressi/uscite che non comportino un aumento di tale numero.** Anche per questi soggetti la Contraente è tenuta a

comunicare il numero preventivo delle teste assicurate, con un criterio svincolato dalle disposizioni dell'Art 1907 del CC, essendo tenuta a fornirne a scadenza il numero definitivo, come disposto dall'Art. 12 "Calcolo del Premio – regolazione del premio definitivo".

La copertura è efficace anche per gli Atleti (esclusi i Top), Dirigenti, Tecnici e Ufficiali di Gara, ricompresi dalla F.I.B.S. quali titolari di contratto di collaborazione di "lavoratori sportivi", ai sensi del D.lgs. 36/2021 art 34, 4° comma, regolarmente iscritti in registri tenuti dalla Contraente, a disposizione della Società su richiesta.

□ L'assicurazione si intende prestata senza limiti di età per i seguenti Tesserati:

- **Categoria A) Atleti, Dirigenti, Ufficiali di Gara e Tecnici: n° 18.400**
- **Categoria B) Atleti di interesse Nazionale: n° 260**
- **Categoria C) Atleti di interesse Nazionale "Top": n° 66**

□ L'assicurazione si intende prestata per i seguenti capitali:

- **Categoria A) Atleti, Dirigenti , Tecnici e Ufficiali di Gara**

Caso Morte	**€ 120.000,00**
Caso Invalidità Permanente	**€ 120.000,00**
Rimborso Spese Mediche	**€ 3.000,00**

- **Categoria B) – Atleti d'interesse nazionale**

Caso Morte	**€ 200.000,00**
Caso Invalidità Permanente	**€ 200.000,00**
Rimborso Spese Mediche	**€ 8.000,00**

- **Categoria C) – Atleti TOP**

Caso Morte	**€ 250.000,00**
Caso Invalidità Permanente	**€ 250.000,00**
Rimborso Spese Mediche	**€ 15.000,00**

Per la sola garanzia "sanitaria" Art 8 ter, il capitale annuo in aggregato è di € 30.000,00 con il limite per sinistro di € 6.000,00. Il capitale indicato si intende prestato a "secondo rischio" se in

presenza di sinistro indennizzabile ai sensi della presente polizza in qualità di Tesserato, o di altra polizza stipulata direttamente dall'Assicurato. In tutti gli altri casi i capitali sopra indicati si intenderanno prestati a primo rischio.

I capitali sopra elencati per le Categorie A), B) e C) si riferiscono per tessera e/o per assicurato. Non è previsto alcun cumulo di indennizzo dei capitali nei confronti di soggetti seppur "tesserati F.I.B.S." che subiscano infortuni in occasione di eventi riconducibili alle attività previste per le Categorie B) "Atleti di interesse Nazionale" e C) "Atleti di interesse Nazionale Top". In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza La Società procederà in questi casi con la liquidazione dei capitali più favorevoli all'assicurato, una volta verificate le fonti identificative alla Categoria di appartenenza.

Sono compresi in garanzia anche:

a) l'asfissia non d'origine morbosa;
b) gli avvelenamenti, le intossicazioni, le lesioni da ingestione di cibo o da assorbimento di sostanze;
c) il contatto accidentale con corrosivi;
d) le infezioni e gli avvelenamenti da punture e morsi d'insetti, rettili ed animali;
e) l'annegamento, l'affogamento ed il soffocamento;
f) le influenze termiche ed atmosferiche in genere, le scariche elettriche, la folgorazione;
g) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti. Sono comprese in garanzia le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:
   - nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale non sia operabile secondo parere medico, sarà corrisposta un'indennità a titolo d'invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso d'invalidità permanente assoluta;
   - se l'ernia è operabile, sarà corrisposta un'indennità per il caso d'inabilità temporanea sempreché sia prevista in polizza, fino ad un periodo di giorni 100 successivi a quello dell'infortunio;
   - qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 18 – Controversie sulla natura delle lesioni – delle Norme che regolano l'Assicurazione;
h) gli infortuni derivanti dalla forza della natura, compresi movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe, slavine, eruzioni vulcaniche.

   In via esemplificativa e non limitativa, si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni subiti:
i) in stato di malore, incoscienza, vertigini;
j) per imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
k) durante l'uso e la guida di motoveicoli, veicoli in genere e natanti;
l) in conseguenza di scioperi, sequestri di persona, scippo e/o rapina, aggressioni, tumulti popolari o da atti di terrorismo, azioni di dirottamento o pirateria, a condizione che l'Assicurato non vi

abbia preso parte attiva;

m) a seguito di rapina;

n) durante lo svolgimento di allenamenti e gare a qualsiasi livello di baseball e softball ivi comprese le fasi preliminari e finali degli stessi. L'assicurazione si estende alle conseguenze di infortuni che avvengono durante gli allenamenti, anche individuali, purché questi siano previsti, disposti, autorizzati, o controllati dall'organizzazione sportiva, anche per il tramite dei suoi organismi periferici e delle associazioni affiliate, del soggetto obbligato. In tal caso, ai fini dell'ammissione dell'infortunio al beneficio assicurativo, la relativa denuncia è accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo per il quale il soggetto assicurato è tesserato, che attesta, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa. Durante la pratica esclusivamente amatoriale di qualsiasi sport – escluso paracadutismo e sport aerei in genere, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al III° della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob e deltaplano.

Art.2 LIMITAZIONE ALLE OCCUPAZIONI SVOLTE NEL PERIODO DI ASSICURAZIONE (COMPRESO ITINERE), VALIDA PER TUTTE LE CATEGORIE ASSICURATE

L'assicurazione s'intende prestata per gli infortuni che le persone assicurate subiscano durante gli allenamenti e le competizioni in ottemperanza allo statuto della Contraente.

La garanzia comprende anche gli infortuni subiti dai soggetti di tutte le Categorie assicurate durante gli spostamenti, con qualsiasi mezzo, per raggiungere la palestra o il centro nel quale si praticano allenamenti, ed il rientro nel posto di lavoro o nella propria abitazione, sempreché in orari e percorsi compatibili con gli allenamenti stessi**. Per i Tesserati di tutte le Categorie assicurate, la copertura è prestata anche in occasione di viaggi, trasferimenti e/o missioni di qualsiasi natura, effettuati con qualsiasi mezzo, compreso il tempo libero, sempre in relazione all'attività svolta per conto della Contraente ed in ottemperanza al suo statuto. La copertura decorre dall'inizio del viaggio e termina al rientro presso la sede di lavoro o presso l'abitazione dell'assicurato.**

L'Assicurato, in caso di sinistro, è tenuto dietro richiesta della Società, a fornire a quest'ultima tutti gli elementi che evidenzino in modo circostanziato che al momento in cui l'infortunio è accaduto, stava operando nel rispetto di quanto stabilito nello statuto della Contraente.

Art. 3 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

a) dalla guida od uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei, salvo quanto previsto per il rischio volo di cui all'articolo 9 – Rischio Volo/Concentrazione del rischio – delle Norme che regolano l'Assicurazione;
b) da stato d'ubriachezza se alla guida di veicoli;
c) dall'assunzione di sostanze dopanti in violazione alle norme dell'ordinamento Statale o dell'ordinamento sportivo, accertati in base alle normative vigenti;
d) sotto l'influenza di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
e) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
h) durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
i) da guerra o insurrezioni. Ciononostante, la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per il periodo massimo di 15 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato sia sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero;
j) da guerra o insurrezioni che colpiscano l'Assicurato nel territorio italiano, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 4 MORTE /MORTE PRESUNTA

La somma assicurata per il caso di morte è liquidata purché il decesso dell'Assicurato sia conseguente ad infortunio risarcibile secondo la polizza e questa occorra, anche se successiva alla scadenza del contratto, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.
Se il corpo dell'Assicurato non è trovato entro un anno dopo la scomparsa, l'arenamento, l'affondamento od il naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/o privato, non escluso dall'articolo 9 – Rischio Volo – delle Norme che regolano l'Assicurazione, sarà riconosciuto il risarcimento per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come l'infortunio.
L'impresa in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato e simili eventi, corrisponderà la somma assicurata per il caso di Morte anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona e/o del clima, o d'altre situazioni concomitanti (per esempio: perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Nel caso di morte di un soggetto assicurato genitore, il capitale spettante ai figli minorenni conviventi si intende aumentato del 50%. Sono equiparati ai figli minorenni i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente pari o superiore al 50%. L'impresa dà e prende atto che beneficiari delle somme garantite in caso di Morte degli assicurati, s'intendono gli eredi legittimi e/o testamentari, salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dagli Assicurati.

La somma prevista per la presente garanzia, a parziale deroga di quanto disposto dall'art 16 del presente contratto, si intende inoltre liquidabile anche ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto 03 Novembre 2010, ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER GLI SPORTIVI.

Art. 5 RIMBORSO DELLE SPESE DI RIENTRO SANITARIO – RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza ed avvenuto all'estero, l'impresa assicura, **sino alla concorrenza di € 6.500,00** e per ogni assicurato:

- il rimborso delle spese di trasporto con qualsiasi mezzo sostenute dall'Assicurato in caso d'infortunio che richieda il Suo trasporto in Istituto di cura attrezzato in Italia e/o alla Sua residenza;
- il rimborso delle spese sostenute – in caso di decesso – per il rimpatrio della salma dell'Assicurato sino al luogo di sepoltura in Italia.

L'impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale: a richiesta dell'Assicurato od aventi causa l'Impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Art. 6 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'impresa liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo i criteri di cui alla tabella Lesioni – allegato" A" della presente Convenzione.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali d'invalidità Permanente previste della precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e fosse che questi erano gli unici perfettamente integri, o tali che fossero usati come "destri", si terrà conto di ciò anche nella valutazione del grado d'invalidità permanente, fermo restando il disposto dell'art. 16 – Criteri di Indennizzabilità – delle Norme che regolano l'Assicurazione.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come

perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, qualora l'addizione delle percentuali di indennità superasse il 60%, l'importo liquidato sarà pari fino al 100% (centopercento) del capitale previsto in polizza per questa garanzia.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste nella Tabella Lesioni, sono diminuite tenendo conto del grado d'invalidità preesistente.

L'impresa in occasione d'arenamento, naufragio, atterraggio forzato e simili eventi, corrisponderà la somma assicurata per il caso d'Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell''infortunio ma, in conseguenza della zona del clima, o d'altre situazioni concomitanti (per esempio: perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Se è dichiarato, trascorso un anno dall'infortunio, lo stato di "coma irreversibile" sarà liquidato ai beneficiari previsti in polizza il 100% della somma assicurata.

Art. 6 bis INDENNIZZO PARALIMPICI

Modalità di indennizzo

L'indennizzo previsto per ciascuna lesione, indicata nella seguente tabella, si calcola sulla base delle percentuali del capitale previsto in caso di morte (ad esempio 100.000 euro). Sulla base della tipologia di atleta l'indennizzo viene modificato rispetto ai normodotati prendendo in considerazione sia la condizione (danno e/o menomazione e/o patologia) determinante la disabilità sia le funzioni fisiologicamente intatte, utilizzando i seguenti coefficienti che "scalano" l'indennizzo sulla base del significato sportivo della struttura/funzione danneggiata. Il primo aspetto da prendere in considerazione è valutare se il danno da indennizzare riguarda una parte precedentemente funzionante o no. Qualora la lesione influisca sulla condizione determinante la disabilità dell'atleta e sulla sua funzionalità nelle comuni attività della vita quotidiana (ad esempio muoversi) e nello specifico sport praticato si applicano i seguenti coefficienti moltiplicativi sulla percentuale di indennizzo che prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce nella vita di relazione e nel contesto specifico in cui l'atleta gareggia.

I disabili fisici, che nei contesti sportivi al di là della peculiarità della condizione disabilitante sono accorpati insieme, per scalare lo specifico livello di lesione vengono classificati sulla base della funzionalità motoria (forza muscolare e/o ambito di movimento articolare in condizioni statiche e dinamiche) in 10 gruppi, dai più gravi ai meno gravi secondo la classificazione del nuoto. Nella classe

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

I Disabili fisici, cioè gli individui con danni di tipo motorio a loro volta sono suddivisi in "Mielolesi" (per lesione traversa del midollo spinale, Tetraplegici e Paraplegici, per spina bifida o per poliomelite) con possibili danni motori e/o sensitivi e/o del sistema nervoso autonomo; Amputati (nei differenti arti ed a differenti livelli) con danni motori e specifiche patologie nei monconi; Cerebrolesi (per paralisi cerebrale infantile o lesione cerebrale da trauma cranico o altre cause) con danni quali spasticità e/o mancanza di coordinazione e/o atetosi; e "Gli Altri" (soggetti con altre patologie, di interesse neurologico od ortopedico, non incluse nelle precedenti) con variegate possibilità e/o associazioni dei danni citati. Ad esempio, nel caso di un atleta paraplegico della pallacanestro su sedia a ruote con punteggio I (solo gli arti superiori sono funzionanti ed è mancante la stabilità del tronco e la funzionalità degli arti inferiori) in cui vi sia un danno agli arti superiori ad esempio la frattura della epifisi prossimale ulna (olecrano o processo coronoideo o incisura semilunare e radiale) in cui l'indennizzo previsto è pari al 4%del capitale assicurato in caso di morte (6000 euro). Tale valore

verrebbe aggiunto del 10% secondo la classe del nuoto e del 4,5% secondo l'aggiustamento relativo alla tipica disciplina sportiva.
Per i disabili visivi, nel caso di danni non relativi al sistema visivo, l'indennizzo sarà maggiore rispetto ai normodotati in funzione del livello di danno visivo. L'indennizzo sarà maggiorato del 50% negli ipovedenti con minore danno (B3), del 75% nel caso del gruppo classificato come B2 e del 100% (cioè indennizzo doppio rispetto ai normodotati) nei non vedenti completi (B1). Negli atleti del Club Paralimpico l'indennizzo verrà ulteriormente ampliato del 50% indipendentemente dalla classe. Tale maggiorazione rispetto agli atleti normodotati è, come per i disabili fisici, giustificata dal fatto che la lesione da indennizzare può avere effetti sia nella vita di relazione sia nella prestazione della specifica attività sportiva praticata. Sulla base di ciascuno di questi parametri l'indennizzo potrà essere soggetto a modificazioni. Il razionale citato si applica anche alle seguenti tipologie di atleti disabili. Per il danno riguardante il residuo funzionale visivo l'indennizzo dovrà essere commisurato alla capacità successiva del soggetto di poter partecipare ad eventi sportivi. Qualora ciò diventasse impossibile l'indennizzo dovrà essere dell'ordine del 50% del capitale assicurato (caso morte) in tutti gli atleti tesserati e del 75% nei paralimpici.

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

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

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

acustico e/o dell'encefalo devono aver subito la perdita dell'udito di almeno 55 Decibel nell'orecchio migliore, e non vengono suddivisi in classi.

Art. 7 FRANCHIGIA PER L'INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente è soggetta all'applicazione di una franchigia assoluta:

Categoria A, B e C - 4% (quattro percento)

Per tutti gli assicurati delle categorie A, B e C, l'invalidità permanente derivante da un infortunio in itinere come da art.2 del presente contrato **è soggetta a una franchigia assoluta del 6%.**

L'indennizzo per l'Invalidità Permanente per i soli Atleti TOP, per infortuni sofferti durante i raduni e/o convocazioni Nazionali è soggetta ad una franchigia assoluta del 3%.

Per tutti quei soggetti che abbiano compiuto il 70° anno di età, l'assicurazione si intende prestata con una franchigia assoluta del 9%.

Art. 8 SPESE MEDICHE

L'Impresa rimborsa agli Assicurati per i quali è prestata la garanzia, in caso d'infortunio risarcibile a termini di polizza e fino alla concorrenza del capitale previsto per Categoria, sempreché l'assicurato abbia trascorso almeno due giorni di pernottamento presso un Istituto di Cura le seguenti spese per cure mediche. Per gli Atleti Top la presente garanzia è prestata anche senza il pernottamento in Istituto di cura.

Per cure mediche s'intendono:

a) spese mediche e di cura praticate presso ambulatori, Pronto Soccorso, Istituti di Cura o a domicilio;
b) onorari a medici, chirurghi e dell'équipe operatoria;
c) uso della sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durate l'intervento;
d) rette di degenza;
e) trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o altro mezzo attrezzato specificatamente;
f) accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
g) spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso, compreso il trasferimento

aereo, all'istituto di cura o all'ambulatorio;

h) trattamenti fisioterapici e rieducativi, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante. spese per la prima protesi, escluse in ogni caso le protesi dentarie con un limite di 1.000,00€ per sinistro

i) prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio d'apparecchi protesici o sanitari incluse carrozzelle ortopediche;

j) azioni di ricerca e/o salvataggio.

k) per i soggetti che non abbiano compiuto il 16° anno di età alla data dell'infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito. Il limite di indennizzo per la presente lettera si intende fissato in € 3.000,00,

l) si intendono inoltre comprese le spese sostenute a seguito di morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino ricovero in Istituto di cura fino alla concorrenza di € 1.000,00;

m) nel caso di avvelenamento, assorbimento o ingestione di sostanze nocive, assideramento, colpi di sole, di calore o folgorazione sono rimborsate le spese sostenute e confermate dalla diagnosi prodotta dal Presidio o dall'Istituto che ha preso in cura il soggetto infortunato. La seguente garanzia si intende prestata fino alla concorrenza di € 1.000,00 per sinistro.

n) qualora l'infortunio, a causa dell'entità delle lesioni, determini l'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo, che a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporti la perdita dell'anno scolastico, al soggetto è corrisposto un indennizzo incrementato del 20%;

L'Impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, ed il pagamento è effettuato a cura ultimata: a richiesta dell'Assicurato o ad aventi causa, l'Impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.
Le somme liquidate ai sensi della presente garanzia sono soggette ad una franchigia assoluta di € 150,00, ed a uno scoperto del 20%, eccetto per i disposti delle suddette lettere k), l) e m).

Art. 8 bis SPESE MEDICHE - VALIDE ESCLUSIVAMENTE PER I SOGGETTI ELENCATI COME "ATLETI" E "ATLETI DI INTERESSE NAZIONALE"

Sono previsti, inoltre, rimborsi per spese mediche, presupponendo per tali le diciture riportate nel precedente art. 8 dalla lettera a) alla lettera j), con il limite di € 400,00 (quattrocento/00) per sinistro, sostenute per tutti quegli infortuni risarcibili a termini di polizza, anche senza ricovero, al raggiungimento di una invalidità di almeno il **2% (due percento)** della tabella dell'allegato "A" DM

3 novembre 2010, purché documentati da prescrizioni mediche, presentando gli originali di spesa, con l'applicazione della sola franchigia assoluta di € 50,00 (euro cinquanta) per sinistro.
Ferma la franchigia di € 50,00 (euro cinquanta/00) per i soggetti indicati come Atleti di "Interesse Nazionale" ai sensi del presente articolo, la somma assicurata si intende stabilita in € 750,00 (settecentocinquanta/00 euro). Tali rimborsi non sono cumulabili con quelli previsti dall'Art. 8 che precede.
Inoltre, per tutti i tesserati minori di anni 15 è previsto un indennizzo forfetario di € 250,00 per la rottura di occhiali, e di € 250,00 per la rottura di denti. La rottura parziale del/i dente/i verrà indennizzata al 50%, con esclusione delle sole scheggiature. Tali limiti si intendono per sinistro, e relativamente alla rottura dei denti il tetto di € 250,00 è unico a prescindere dai denti oggetto di trauma.

Art. 8 ter "Sanitaria" per i soli Atleti Top

L'impresa rimborsa per i suddetti assicurati le spese sostenute a seguito di malattia e/o infortunio sia in Istituto di cura pubblico o privato, sia in regime di degenza diurna (day-hospital) e/o ambulatorio, con o senza intervento chirurgico.
Per spese sostenute s'intendono:

a) spese mediche e di cura praticate presso ambulatori, Pronto Soccorso, Istituti di Cura o a domicilio;
b) onorari a medici, chirurghi e dell'équipe operatoria;
c) uso della sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durate l'intervento;
d) rette di degenza;
e) visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio praticati nei 60 gg antecedenti e successivi il ricovero;
f) trattamenti fisioterapici e rieducativi, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare con il limite **di € 1.000 per assicurato e per sinistro,** sostenute per un periodo massimo di 60 gg dal ricovero e/o intervento chirurgico.

Altre prestazioni previste nei casi in cui a seguito di malattia o infortunio non venga previsto ricovero o intervento chirurgico:

- visite mediche specialistiche, diagnostica di base e alta diagnostica;
- trattamenti fisioterapici quali, a titolo esemplificativo: massoterapia, kinesiterapia, ozonoterapia, laserterapia, tecarterapia, idrokinesiterapia, ultrasuoni ecc);
- prestazioni ambulatoriali e domiciliari, comprese le spese per acquisto/affitto di di attrezzature e/o

macchinari necessari per il recupero fisico a seguito di infortunio, e acquisto di medicinali;

Tali prestazioni prevedono un limite annuo per Atleta o per sinistro di € 6.000,00, con l'ulteriore limite annuo aggregato di € 30.000,00 e non si intendono cumulabili con quelle previste dagli Artt. 8 e 8 bis, in presenza dei quali l'Assicurato potrà scegliere la soluzione indennitaria a lui più favorevole.

Ai sensi tutti di questo Articolo si intendono comprese sia le prestazioni sostenute per situazioni traumatiche già a conoscenza dello Staff medico degli Atleti, sia per infortuni occorsi prima della stipula di tale polizza, sia le situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula della presente polizza.

Restano comunque escluse le spese mediche riconducibili alla gravidanza e/o al parto.

Art. 9 RISCHIO VOLO E CONCENTRAZIONE DEL RISCHIO

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

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

Il limite massimo catastrofale per la presente garanzia è fissato in € 8.000.000,00 (otto milioni/00) per aeromobile. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano detto limite, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra detto limite ed il totale degli indennizzi dovuti.

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

Relativamente ai soli infortuni sofferti a seguito di atti di terrorismo, ivi compreso il rischio volo, qualora un unico sinistro colpisca più assicurati, il limite massimo catastrofale per la concentrazione del rischio si intende fissato in € 8.000.000,00 (ottomilioni/00).

Art. 10 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero

Art. 11 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – BUONA FEDE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come qualsiasi errore e/od omissione involontaria e non intenzionale della stessa, e/o delle persone di cui debba rispondere a norma di legge, nonché dei suoi

Amministratori, non pregiudicheranno questa polizza.

Art. 12 CALCOLO DEL PREMIO – REGOLAZIONE DEL PREMIO DEFINITIVO

Affinché l'Impresa possa procedere alla regolazione del premio definitivo, entro 90 giorni dalla fine del periodo di assicurazione fissato al 31 dicembre di ogni annualità, la Contraente è tenuta a comunicare all'Impresa stessa l'ammontare complessivo dei soggetti tesserati per ogni singola Categoria assicurata. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate/rimborsate nei 60 giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Impresa può agire giudizialmente nei suoi confronti addebitando anche le maggiori spese sostenute e dichiarate.

Se il Contraente non adempie ai suddetti obblighi nei tempi sopra indicati, l'Impresa, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata comunicazione o il mancato pagamento.

Art. 13 PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione non è valida per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoici; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Si intendono comunque ricompresi i Soggetti affetti dalle seguenti patologie:

Patologie psichiatriche:

- Disturbi mentali come da assi 1, 2, 3 del DSM-IV;
- Attention Deficit Hyperactive Disorder;

Patologie Neurologiche:

- Patologie neuromotorie:
- Paralisi cerebrale infantile:
- Malattie degenerative del sistema nervoso adulto;
- Patologie dismetaboliche e disgenetiche;
- Miopatie e polineuropatie;
- Mielopatie
- Epilessia non in fase attiva;
- Patologie osteoarticolari;
- Disturbi sensoriali.

Art. 14 INTEGRATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

Agli effetti d'eventuali presenti e futuri obblighi d'assicurazione a sensi di Legge, la presente polizza ha carattere del tutto indipendente.

Art. 15 DENUNCIA D'INFORTUNIO – OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto all'Impresa entro 30 giorni lavorativi dall'infortunio e dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente, l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso all'Impresa.

L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'Impresa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 16 CRITERI D'INDENNIZZABILITÀ

L'impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti; il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Fermo restando quanto disposto dall'articolo 13 – Persone non assicurabili – delle Norme che regolano l'Assicurazione, si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso d'infortunio, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio.

Art. 17 CUMULO INDENNIZZI

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'impresa corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e

quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 18 CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado d'invalidità permanente le Parti possono conferire mandato ad un Collegio di tre medici (uno per parte più un terzo designato dai primi due di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico.) i quali tenendo presenti le condizioni di polizza e le norme di Legge, prenderanno decisioni inappellabili e vincolanti per le Parti. 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, ma entro due anni, nel qual caso il Collegio può concedere una provvisionale sulle indennità da imputarsi nella liquidazione finale.
Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato; ciascuna Parte sosterrà le proprie spese e concorrerà nella misura del 50% (cinquanta percento) al pagamento del terzo medico. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale, purché ciò risulti dagli atti.

Art. 19 ESONERO DALLA COMUNICAZIONE PREVENTIVA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denuncia di eventuali altre assicurazioni che i singoli Assicurati avessero stipulato od in corso di stipula, per lo stesso rischio.

Art. 20 MANIFESTAZIONI UNITARIE

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali F.I.B.S. – Federazione Italiana Baseball e Softball abbia ufficialmente aderito.

Art. 21 CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara che la gestione del presente contratto sarà affidato ad un Broker che sarà individuato successivamente. La percentuale spettante al Broker, per il suo operato, è fissata in misura del 10% del premio/i imponibile/i. Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker, anche per il tramite dei suoi Collaboratori del cui operato espressamente risponde, si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Art. 22 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

In ottemperanza all'articolo 3 della legge numero 136 del 13 agosto 2010, l'Ente, la Società e 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 sono eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane Spa, il presente contratto s'intende risolto di diritto.

Art. 23 CLAUSOLA OFAC

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa o soddisfare richieste di indennizzo o risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporla a divieti, sanzioni economiche o restrizioni disposte ai sensi di Risoluzioni assunte dall'Organizzazione delle Nazioni Unite ("ONU"), oppure a sanzioni economiche o commerciali disposte da leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto avrà durata di anni 4 (quattro), con effetto ore 00:00 del 1/1/2026

La polizza cesserà, senza tacito rinnovo alle ore 24:00 del 31.12.2029; entro tale termine è facoltà della Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova polizza e comunque per un periodo massimo di ulteriori 180 giorni.

È inoltre facoltà di entrambe le parti recedere dal contratto ad ogni ricorrenza annuale con preavviso non inferiore a 60 giorni da ciascuna scadenza.

Art. 2 – PREMIO ANTICIPATO E FRAZIONAMENTO

Il premio annuo imponibile anticipato è quello risultante dalla scheda di offerta economica della Compagnia aggiudicataria della gara e si intende previsto con frazionamento trimestrale, senza alcun maggior onere da parte della Contraente, oltre alle imposte di legge.

Art. 3 – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati entro e non oltre il sessantesimo giorno successivo a quello di effetto. Se l'Assicurato non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

Art. 3 bis – RECESSO PER SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Compagnia ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata o comunicazione a mezzo PEC.

In ambedue i casi di recesso la Compagnia rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le tasse.

Art. 4 – VARIAZIONI DI RISCHIO

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta all'Impresa di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, l'impresa provvederà a ridurre in proporzione il premio dalla scadenza annuale successiva

alla comunicazione fatta dal Contraente.

Se la variazione implica aggravamento del rischio, l'impresa ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

Art. 5- MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE – COMUNICAZIONI

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

Tutte le comunicazioni previste dal contratto devono essere effettuate per iscritto.

Art. 6 – DIRITTO DI RIVALSA

L'impresa rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa di cui all'articolo 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 7 – FORO COMPETENTE

Per tutte le controversie relative alla presente Assicurazione, a scelta della parte attrice, è competente il tribunale o il giudice del luogo di domicilio e/o di residenza dell'assicurato infortunato.

Art. 8 – RENDICONTO PERIODICO SINISTRI

La Società, con cadenza periodica e comunque a semplice richiesta del Contraente ed entro 10 (dieci) giorni dal ricevimento della stessa, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri riservati (con indicazione di ogni importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione di ogni importo liquidato);
- sinistri respinti;
- sinistri senza seguito;
- sinistri relativamente ai quali la società ha effettuato rivalsa nei confronti di terzi responsabili con indicazione del relativo importo.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro e data della eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico

compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.

Art. 9 – REVISIONE PREZZI

Al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, che determinano una variazione del premio di polizza, in aumento o in diminuzione, la Società potrà richiedere, ai sensi del combinato disposto degli artt. 60 e 9 del D.lgs. 36/2023, la revisione del prezzo, che opera nella misura dell'80% della variazione stessa, in relazione alle prestazioni da eseguire qualora superiori al 5% dell'importo complessivo.