



POLIZZA INFORTUNI TESSERATI

**FEDERAZIONE ITALIANA SURFING, SCI NAUTICO
E WAKEBOARD**

Allianz 



CONTRAENTE

F.I.S.S.W.

FEDERAZIONE ITALIANA SURFING, SCI NAUTICO
E WAKEBOARD

VIA G.B. PIRANESI,46 20137 MILANO

P IVA 06369340150



DEFINIZIONI

ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione
POLIZZA	Il documento che prova l'assicurazione
ASSICURATO	I Tesserati F.I.S.S.W. (Atleti, Dirigenti e Tecnici) per la disciplina sportiva statutarie e rientrante negli scopi della Contraente.
BENEFICIARIO	Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. In tutti gli altri casi ove è previsto un indennizzo, l'Assicurato stesso.
BROKER	We Brokers Caspie srl
CONTRAENTE	F.I.S.S.W. Federazione Italiana Surfing Sci Nautico e Wakeboard
FRANCHIGIA	La parte di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.
IMPRESA	Società di assicurazioni con la quale è stipulato il contratto.
INDENNIZZO	La somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.
INFORTUNIO	L'evento fortuito, violento ed esterno che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte, una invalidità permanente, o una inabilità temporanea.
INDENNIZZO ATLETI DISABILI/PARALIMPICI (Art. 6 bis delle Norme che Regolano l'Assicurazione)	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. 3 febbraio 2012, al netto della franchigia prevista dal presente contratto.
PREMIO	La somma dovuta dal Contraente all'Impresa.
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro.
SCOPERTO	La parte percentuale di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

E' 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 e Tecnici) come indicato nel DL 03 novembre 2010, in regola con la quota associativa, che possano dimostrare che il versamento è avvenuto antecedentemente al sinistro, anche se ancora non pervenuto o non registrato dalla Contraente.

La copertura assicurativa inizia contestualmente al giorno e ora del tesseramento, comprovato dall'effettivo versamento, e cessa al 31.12. di ogni annualità, garantendo la copertura per ulteriori 15 gg, periodo di comporto che scade alle ore 24,00.

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. Relativamente agli Atleti A e Atleti B, la Contraente è esonerata dal fornirne preventivamente l'elenco nominativo; elenco che sarà aggiornato costantemente dalla Contraente su registri interni, eventualmente a disposizione su richiesta della Compagnia.

La copertura è efficace anche per gli Atleti, Dirigenti e Tecnici, ricompresi dalla F.I.S.S.W 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:

TESSERATI ATLETI A N. 30

Atleti Nazionali

Morte	€ 250.000,00
Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 20.000,00
Indennità da ricovero Inf.	€ 50,00
Indennità Immobilizz.	€ 50,00
Inabilità Temporanea	€ 75,00

TESSERATI ATLETI B N. 75

Atleti Agonisti di interesse Nazionale

Morte	€ 150.000,00
Invalidità Permanente	€ 150.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 10.000,00
Indennità da ricovero Inf.	€ 50,00
Indennità Immobilizz.	€ 50,00



TESSERATI ATLETICI C N. 300

Atleti Agonisti delle Società affiliate

Morte	€ 120.000,00
Invalidità Permanente	€ 120.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 4.000,00

TESSERATI GENERICI N. 28.000

Atleti non agonisti

Morte	€ 80.000,00
Invalidità Permanente	€ 80.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 2.000,00

TESSERATI SOGGETTI "A" N. 380

Morte	€ 150.000,00
Invalidità Permanente	€ 150.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 5.000,00
Indennità da ricovero Inf.	€ 50,00
Indennità Immobilizz.	€ 50,00

I capitali sopra elencati si riferiscono per tessera e/o per assicurato.

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 conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee tendinee e muscolari. Sono comprese le lesioni conseguenti a sforzi muscolari, esclusi gli infarti, aventi carattere traumatico di qualsiasi tipo, comprese 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/o esibizioni e/o gare dei Tesserati ivi comprese le fasi preliminari e finali dell'attività.

Rientrano tra gli allenamenti anche quelle attività sportive propedeutiche alle discipline Federali seppur non presenti nello statuto della FISSW, quali, a titolo esemplificativo e non limitativo lo skateboard e lo snowboard; ne restano però escluse eventuali gare e competizioni. Ai sensi del presente capoverso, tale disposizione vale esclusivamente per gli atleti di tutte le categorie ed esclusivamente per i capitali relativi al Rimborso delle Spese Mediche, disciplinato dall'Art. 8 bis.

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. Da tale dichiarazione sono esonerati i tesserati Istruttori e Tecnici.

Art. 2 LIMITAZIONE ALLE OCCUPAZIONI SVOLTE NEL PERIODO DI ASSICURAZIONE (COMPRESO ITINERE)

L'assicurazione s'intende prestata per gli infortuni che le persone assicurate subiscano durante la pratica sportiva legata a tutte le attività statutarie.

La garanzia comprende anche gli infortuni subiti dai suddetti tesserati, 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, eccetto quelli verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque inosservanza di norme che regolano il trasferimento. L'assicurazione si intende estesa, inoltre, a tutte le trasferte, effettuate con qualsiasi mezzo, compreso il tempo libero, relative a gare, manifestazioni sportive, meeting, incontri, esibizioni o allenamenti fuori sede, purché sempre in relazione alla pratica dell'attività prevista alla lettera n) dell'Art.1, e documentabili in caso di sinistro. L'assicurazione inizia al momento della partenza da casa o dal luogo di lavoro e cessa col rientro al luogo del lavoro o nella propria abitazione. L'assicurazione è prestata anche in occasione di viaggi, trasferimenti e/o missioni di qualsiasi natura, ed 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) sotto l'influenza di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- d) assunzione di sostanze dopanti, in violazione alle norme dell'ordinamento statale o dall'ordinamento sportivo, accertata in base alle normative vigenti;
- 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 malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- j) 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;
- l) sono lo stesso esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa (j) che colpisca 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 1 comma g) del presente contratto, si intende inoltre liquidabile anche ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto 3 novembre 2010 ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER GLI SPORTIVI DILETTANTI.



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 INVALIDITA' 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" del DL 03 novembre 2010.**

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 al 100% (centoperceto) 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 ATLETI DISABILI E 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 rationale 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 poliomielite) 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 rationale 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 intellettuale generale" significativamente sotto la media (quoziente intellettuale - 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'INVALIDITA' PERMANENTE

La liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente è soggetta ad una **franchigia assoluta del 5%**.

Per tutti quei soggetti che abbiano compiuto il 75° anno di età, l'assicurazione si intende prestata con una franchigia assoluta del 9%.

Tabella adottata, quella a lesioni prevista dal Decreto dello Sport del 3 nov 2010 allegato A,

Per gli Assicurati previsti all'Art. 6 bis, quella prevista nell'Allegato A Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011.



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 il costo delle cure mediche fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo massimo previsto per tipologia di Tesseramento.

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 durante 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, con il limite di € 1.500,00 per sinistro e con un limite annuo di € 10.000,00;
- 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. Il sotto limite previsto per la seguente garanzia si intende fissato in € 1.000,00 per sinistro;
- i) spese per la prima protesi, e/o protesi ortopediche sostitutive di parti anatomiche, rese necessarie in conseguenza di infortunio occorso in attività sportiva coperta da assicurazione, fino alla concorrenza massima di € 10.000,00, escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- j) prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio d'apparecchi protesici o sanitari incluse carrozzelle ortopediche;
- k) azioni di ricerca e/o salvataggio.
- l) Per i soggetti che non abbiano compiuto il 14° 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.
- m) Si intendono inoltre comprese le spese sostenute a seguito di morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino morte/Inv. Permanente e/o ricovero in istituto. Per quest'ultima garanzia è previsto un limite massimo per sinistro di € 400,00.
- n) 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 senza con un sotto limite di € 500,00 per sinistro, e/o per spese documentate.
- o) 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%.
- p) Spese per protesi

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 € 200,00, ed a uno scoperto del 15%, eccetto per i disposti delle suddette lettere m) e n).



Art. 8 bis SPESE MEDICHE - VALIDA ESCLUSIVAMENTE PER I SOGGETTI ELENCATI COME "Atleti" A, B e C (in relazione all'Art. 1 lettera N) - 2° capoverso)

E' previsto il rimborso per spese mediche, erogabile esclusivamente al superamento della franchigia del 2% (due percento) della tabella dell'allegato "A" DM 3 novembre 2010, per infortuni documentati da cartella clinica, e/o diagnosi di dimissione dal Pronto Soccorso, e/o esami strumentali).

Il capitale per sinistro è di:

- € 3.000,00 per i Tesserati Atleti A e B;
- € 1.500,00 per i Tesserati C.

Elenco delle prestazioni:

- q) spese mediche e di cura praticate presso ambulatori, Pronto Soccorso, Istituti di Cura o a domicilio;
- r) onorari a medici, chirurghi e dell'équipe operatoria;
- s) uso della sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- t) rette di degenza;
- u) trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o altro mezzo attrezzato specificatamente, con il limite di € 500,00;
- v) accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- w) spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso, compreso il trasferimento aereo, all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- x) trattamenti fisioterapici e rieducativi, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante. Il sotto limite previsto per la seguente garanzia si intende fissato in € 500,00 per sinistro;
- y) spese per l'acquisto di tutori prescritti da personale Medico Specialistico e/o di Pronto Soccorso, resi necessari in conseguenza di infortunio occorso in attività sportiva coperta da assicurazione, fino alla concorrenza massima di € 200,00, esclusi in ogni caso le protesi dentarie;
- z) prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio d'apparecchi protesici o sanitari incluse carrozzelle ortopediche.

Ai sensi del presente articolo, le prestazioni sono soggette ad una franchigia assoluta di € 150,00, ed a uno scoperto del 15%.

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 aeroclubs.

Il limite massimo catastrofale per la presente garanzia è fissato in € 5.000.000,00 (cinquemilioni/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 € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00).



Infine, per qualsiasi altro evento catastrofe che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà comunque superare complessivamente l'importo massimo di Euro 5.000.000,00(cinquemilioni/00).

I limiti di indennizzo sopra riportati, non sono cumulabili tra di loro.

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 60 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 singola Categoria assicurata (Atleti A, B, Tesserati Generici, Soggetti A).

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 manifestarsi di una delle predette condizioni.

A parziale deroga del presente articolo, si intendono ricompresi i tesserati atleti riconducibili allo stato psicofisico riportato nell'Art 6 bis "Atleti disabili o Paralimpici.

Si intendono inoltre 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 INTEGRATIVITA' 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'INDENNIZZABILITA'

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.

E' 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 provvisoria 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 per cento) 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 INTERPRETAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Si conviene tra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni di polizza.

Art. 21 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.S.S.W. abbia ufficialmente aderito.

Art. 22 CLAUSOLA BROKER

Ai sensi del presente contratto la F.I.S.S.W. si avvale del broker We Brokers Caspie Srl.

La remunerazione del Broker non potrà, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'amministrazione. L'amministrazione e le compagnie aggiudicatrici si danno reciprocamente atto che tutte le comunicazioni, i rapporti amministrativi ed il versamento dei premi inerenti l'esecuzione del contratto devono intercorrere per il tramite del suddetto Broker.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto avrà durata di **anni 3**, con effetto ore 00,00 del 01.01.2025



La polizza si intende conclusa senza tacito rinnovo alla scadenza del 31.12.2027.

Entro tale termine è facoltà della Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova polizza e comunque per un periodo massimo di ulteriori 180 giorni.

E' inoltre facoltà delle Parti di recedere dallo stesso mediante l'invio di Raccomandata AR/PEC, con un preavviso di gg. 90 (novanta) dalla scadenza di ogni annualità.

Art. 2 – PREMIO ANTICIPATO E FRAZIONAMENTO

Il premio annuo finito anticipato è calcolato sul numero iniziale di tesserati ipotizzato, riportato nel frontespizio di polizza, in deroga all'art 1907 del cc, con frazionamento semestrale, senza addizionale di interessi di frazionamento.

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

L'assicurazione ha effetto per la prima rata di premio dalle ore 00,00 del giorno indicato in Polizza, successivamente dalle ore 24,00 se il Premio è stato pagato. 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. 4 – 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. 5 – 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. 6 - 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. 7 – 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. 8 – 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. 9 - TRACCIABILITA' 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. 10 - 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.

ART. 11 – 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.
