

1031

**Allegato a polizza
INFORTUNI**

NUMERO POLIZZA	1/33708/77/168324266		
AGENZIA	MODUGNO	CODICE SUBAGENZIA	305

Contraente/Assicurato FIBS FED.IT.BASEBALL SOFTBALL
Domicilio VIALE TIZIANO, 74 - 00196 ROMA - RM
Partita IVA 01383101001

Numero di CIG: 71655048F4**POLIZZA INFORTUNI TESSERATI F.I.B.S.****Federazione Italiana Baseball e Softball****DEFINIZIONI**

ASSICURAZIONE: il contratto d'assicurazione.

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione.

CONTRAENTE: F.I.B.S. Federazione Italiana Baseball e Softball.

ASSICURATO: tutti i "Tesserati" alla F.I.B.S. (Atleti, Dirigenti e Tecnici), e gli "Atleti di interesse Nazionale", come meglio precisato nei disposti dell'art. 1 delle "Norme che regolano l'assicurazione".

BENEFICIARIO: il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso.

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

PREMIO: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

RISCHIO: la probabilità che accada il sinistro.

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

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

FRANCHIGIA: la parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.

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 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 inizia alle 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 dalla disposizioni dell'art 1907 CC, e a fornire a scadenza il numero definitivo degli assicurati, come disposto dall'Art 12 "Calcolo del

1031

**Allegato a polizza
INFORTUNI**

1 003 00000 00137272482

NUMERO POLIZZA	1/33708/77/168324266	CODICE SUBAGENZIA	305
AGENZIA	MODUGNO		

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. Tali lettere di convocazione possono essere messe a disposizione della Società qualora ne faccia richiesta. 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".

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

Categoria A) Atleti, Dirigenti e Tecnici: n° 20.000

Categoria B) Atleti di interesse Nazionale n° 600

L'assicurazione si intende prestata per i seguenti capitali:

Categoria A) Atleti, Dirigenti e Tecnici

Caso Morte	€ 120.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 120.000,00
Rimb. Spese Mediche	€ 3.000,00

Categoria B) Atleti di interesse Nazionale

Caso morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 20.000,00

I capitali sopra elencati per le Categorie A) e B) 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 la Categoria B) "Atleti di interesse Nazionale". 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:

- l'asfissia non d'origine morbosa;
- gli avvelenamenti, le intossicazioni, le lesioni da ingestione di cibo o da assorbimento di sostanze;
- il contatto accidentale con corrosivi;
- le infezioni e gli avvelenamenti da punture e morsi d'insetti, rettili ed animali;
- l'annegamento, l'affogamento ed il soffocamento;
- le influenze termiche ed atmosferiche in genere, le scariche elettriche, la folgorazione;
- 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;
- 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:

- in stato di malessere, incoscienza, vertigini;

1031

**Allegato a polizza
INFORTUNI**

NUMERO POLIZZA	1/33708/77/168324266	CODICE SUBAGENZIA	305
AGENZIA	MODUGNO		

- 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. 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 e' accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo per il quale il soggetto assicurato e' tesserato, che attesta, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa.
- o) 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. L'assicurazione si intende estesa inoltre, anche 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 sportiva del Baseball e/o Softball. 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. Per i Soggetti 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) sono lo stesso esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa 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

1031

**Allegato a polizza
INFORTUNI**

I 003 00000 00137272482

NUMERO POLIZZA	1/33708/77/168324266	CODICE SUBAGENZIA	305
AGENZIA	MODUGNO		

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.

Per i soli assicurati della **Categoria A)**, 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 € 4.000,00 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" 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, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al massimo del 100% (centopercento).

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

1031

**Allegato a polizza
INFORTUNI**

I 003 00000 00137272482

NUMERO POLIZZA 1/33708/77/168324266
AGENZIA MODUGNO CODICE SUBAGENZIA 305

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.

A parziale deroga di quanto disposto dall'art 16 del presente contratto, si intendono inoltre indennizzabili anche i sinistri occorsi ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto 03 Novembre 2010, ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER GLI SPORTIVI.

Art. 7 FRANCHIGIA PER L'INVALIDITA' PERMANENTE

La liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente è soggetta ad una franchigia assoluta del 3%(treper cento) sia per gli assicurati della Categoria A), che per quelli della Categoria B).

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 un giorno di pernottamento presso un Istituto di Cura le seguenti spese per cure mediche.

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;
- 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;
- 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 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,
- 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 € 100,00, ed a uno scoperto del 15%, eccetto per i disposti delle suddette lettere k), l) e m).

Beneficiano dell'indennizzo previsto per singolo comma anche in assenza del giorno di ricovero.

**Allegato a polizza
INFORTUNI**

NUMERO POLIZZA 1/33708/77/168324266
AGENZIA MODUGNO CODICE SUBAGENZIA 305

Art. 8 bis SPESE MEDICHE - VALIDA ESCLUSIVAMENTE PER I SOLI 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 € 1.500,00 (millecinquecento/00 euro) per infortuni occorsi in Italia, mentre il limite viene elevato a € 3.000,00 (tre mila/00 euro) per infortuni occorsi all'estero.

Inoltre, per tutti i tesserati minori di anni 16 è previsto un indennizzo forfetario di € 150,00 per la rottura di occhiali, e di € 150,00 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 € 150,00 è unico a prescindere dai denti oggetto di trauma.

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 € 8.000.000,00 (ottomilioni/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 alcolismo, 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

1031

**Allegato a polizza
INFORTUNI**

NUMERO POLIZZA	1/33708/771/168324266	CODICE SUBAGENZIA	305
AGENZIA	MODUGNO		

condizioni.

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 rifiuta 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 CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto per il periodo che va dalle h. 24.00 del 30/06/2019 alle h. 24.00 del 31/12/2021 al Broker Marsh S.p.A. e di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno

1031

I 003 00000 00137272482

**Allegato a polizza
INFORTUNI**

NUMERO POLIZZA	1/33708/77/168324266	CODICE SUBAGENZIA	305
AGENZIA	MODUGNO		

svolpi per conto del Contraente dal Broker il quale tratterà con l'Impresa Assicuratrice. 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. 21 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.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**Art. 1 DURATA DEL CONTRATTO**

Il contratto avrà durata di anni 2 (due), mesi 6 (sei) e giorni 1 (uno), con effetto ore 24.00 del 30/06/2019. La polizza cesserà, senza tacito rinnovo alle ore 24.00 del 31/12/2021.

Art. 2 PREMIO ANTICIPATO E FRAZIONAMENTO

Il premio annuo imponibile anticipato è quello risultante dalla aggiudicazione della gara e si intende previsto con frazionamento trimestrale, senza alcun maggior onere da parte della Contraente, oltre alle imposte di legge. Fermo il fatto che la scadenza anniversaria di polizza è il 31/12 di ciascun annualità, relativamente al periodo 30/06/2019 31/12/2019 si precisa che la Contraente dovrà corrispondere le rimanenti n. 2 rate trimestrali con scadenza al 30/06/2019 e al 30/09/2019.

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. 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 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.

1031

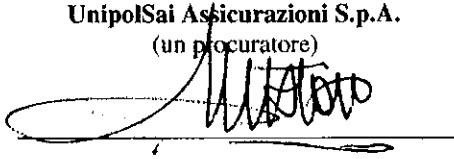
Allegato a polizza INFORTUNI

NUMERO POLIZZA 1/33708/771/168324266
AGENZIA MODUGNO

CODICE SUBAGENZIA 305

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
(un procuratore)

Il Contraente



COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI (Mod. 3)

Ai sensi delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private ("Codice") e del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 in tema di regole generali di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a)** prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto:
- consegnano/trasmettono al contraente copia del documento (Allegato 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018) che contiene i dati essenziali dell'intermediario e le informazioni sulla sua attività, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
 - forniscono al contraente in forma chiara e comprensibile informazioni oggettive sul prodotto, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi e i limiti della copertura ed ogni altro elemento utile a consentirgli di prendere una decisione informata;
- b)** sono tenuti a proporre o consigliare contratti coerenti con le richieste e le esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni utile informazione;
- c)** informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto coerente con le sue richieste ed esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non coerente, lo informano di tale circostanza, specificandone i motivi, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione, sottoscritta dal contraente e dall'intermediario;
- d)** consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia della polizza e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- e)** possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma *on line*, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

Il presente documento, a titolo di nota informativa ai sensi dell'art. 56 comma 3 del Regolamento IVASS 40/2018, viene consegnato o trasmesso in formato elettronico ai sensi dell'art. 61 del Regolamento IVASS 40/2018, come da scelta effettuata dal Cliente.

APPENDICE INTEGRATIVA DEL FASCICOLO INFORMATIVO PER CONTRATTI DANNI

(ad esclusione dei contratti per la Responsabilità Civile Autoveicoli)

La presente appendice integrativa costituisce parte integrante del Fascicolo informativo, ed è valida a decorrere dal 26 novembre 2016

La presente appendice integrativa - consultabile sul sito www.unipolsai.it - prevede l'aggiornamento delle informazioni contenute nel Fascicolo informativo.

In particolare l'aggiornamento:

- è conseguente all'emanazione del Provvedimento IVASS n. 46 del 3 maggio 2016 recante modifiche al Regolamento ISVAP n. 24/2008, concernente la procedura di presentazione dei reclami all'IVASS e la gestione dei reclami da parte delle imprese di assicurazione e degli intermediari;
- riguarda la sezione C - Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami, contenuta nella Nota informativa del Fascicolo informativo, che deve pertanto intendersi modificata nei termini sotto riportati.

NOTA INFORMATIVA

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto (i) la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero (ii) un servizio assicurativo, ovvero (iii) il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti
Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)
Fax: 02.51815353 e-mail: reclami@unipolsai.it

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta, nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane - Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di arbitrato ove prevista dalle Condizioni di Assicurazione

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direttore Generale
Matteo Laterza



APPENDICE INTEGRATIVA DEL FASCICOLO INFORMATIVO INFORTUNI

La presente appendice integrativa costituisce parte integrante del Fascicolo informativo, ed è valida a decorrere dal 28 giugno 2018

La presente appendice integrativa - consultabile sul sito www.unipolsai.it - prevede l'aggiornamento delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo.

In particolare l'aggiornamento è reso necessario in conseguenza della Lettera al mercato IVASS del 28 febbraio 2018 riguardante le modalità di accertamento dell'invalidità e non trasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo per invalidità permanente nelle polizze infortuni e malattia, e riguarda le Condizioni di Assicurazione nella sezione 2 - Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, all'Art. 2.1 - Obblighi in caso di Sinistro.

Viene di seguito riportato il nuovo testo dell'articolo opportunamente modificato.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di Cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.

In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di ricovero.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direttore Generale
Matteo Latona

