

Polizza Infortuni Sportivi Professionisti

Documento informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo

Società: TUA Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "Infortuni Sportivi Professionisti"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza copre la Persona in caso di Infortunio e Malattia durante lo svolgimento dello sport praticato e nel tempo libero



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Infortuni:**
 - ✓ Morte per infortunio: prevede l'indennizzo, in caso di decesso per infortunio, della somma assicurata ai Beneficiari o eredi.
 - ✓ Invalidità permanente per infortunio: prevede un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale.
 - ✓ Diaria da ricovero per infortunio: prevede, in caso di ricovero per infortunio in istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza.
 - ✓ Diaria da immobilizzazione: prevede, in caso di evento traumatico che comporti l'immobilizzazione di una o più articolazioni, un'indennità giornaliera fino alla rimozione del presidio.
 - ✓ Rimborso spese di cura per infortunio: prevede il rimborso delle spese sostenute nei 360 giorni dalla data di infortunio indennizzabile.

La garanzia Infortuni è prestata durante

- L'esercizio dello sport professionistico descritto nel frontespizio di polizza;
- L'esercizio di alter eventuali attività lavorative o imprenditoriali aventi o meno carattere professionale;
- Lo svolgimento di ogni altra normale attività che non abbia carattere professionale e nel tempo libero

- ✓ **Malattia:**
 - ✓ Invalidità permanente specifica totale da malattia: prevede l'indennizzo in caso di malattia che comporti un'invalidità permanente che impedisca l'esercizio dell'attività sportiva.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ **Non sono assicurabili le persone di età superiore a 37 anni**
- ✗ **Infortuni:**
 - ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
 - ✗ Infarti e qualsiasi tipo di ernia
- ✗ **Malattia:**
 - ✗ Malattie, malformazioni e stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, indipendentemente dalla loro dichiarazione nel questionario sanitario;
 - ✗ Trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
 - ✗ Malattie tropicali



Ci sono limitazioni alla copertura?

- ! **Infortuni:**

Sono esclusi gli infortuni causati

 - ! da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni o sostanze dopanti;
 - ! dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
 - ! dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - ! dalla guida di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole e operatrici, di natanti a motore per uso non private
- ! **Infortuni e Malattia**
 - ! Le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti terrorismo
- ! L'assicurazione prevede franchigie e scoperti diversi a seconda delle garanzie scelte.

MOD. INF. SP. DIP ED. 01.10.2019

TUA ASSICURAZIONI S.P.A. sede legale: Largo Tazio Nuvolari 1, 20143 Milano (Italia) - Tel 800.533.533 - Fax (+39) 02/2773355 - C.F. 02816710236 - Partita IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni 04596530230 - R.E.A. Milano N. 1716504 - CAP. SOC. EURO 23.160.630 int. ver. www.tuaassicurazioni.it - servizioclienti@tuaassicurazioni.it - tuaassicurazioni@pec.it
 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento Ivass n. 1041 del 20/11/1998, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 277 del 26 novembre 1998 - Numero iscrizione albo imprese Ivass 1.00132 del 3/1/2008 - Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al numero 019 e soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa - Verona

1 di 1

**Dove sono coperto dall'assicurazione?**

- ✓ Il contratto ha validità per fatti verificatisi in tutti i paesi del mondo.

**Che obblighi ho?**

- Hai il dovere di compilare in ogni sua parte il questionario sanitario;
- Hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto e di compilazione del questionario sanitario possono essere causa di annullamento dello stesso e/o di limitazione dell'indennizzo dovuto;
- Devi comunicare per iscritto alla Compagnia ogni aggravamento o diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto al pagamento dell'indennizzo, nonché la cessazione del contratto;
- Devi comunicare per iscritto alla Compagnia la cessazione dello sport professionistico praticato, anche in assenza di sinistri o di circostanze dichiarate.
- Devi comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, in caso di sinistro devi darne avviso a tutti gli assicuratori

**Quando e come devo pagare?**

- Il premio va pagato alle scadenze pattuite. Puoi pagare mediante denaro contante (nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge); assegni bancari, postali o circolari (muniti della clausola di non trasferibilità); bonifici bancari o altri mezzi di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'Agente.

**Quando inizia e quando finisce la copertura?**

- La polizza può essere annuale oppure con durata superiore all'anno. La durata del contratto viene indicata in polizza;
- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza a condizione che il premio o la prima rata di premio siano stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.
- Se non paghi i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.
- La polizza può essere emessa con o senza tacito rinnovo; nel caso in cui sia emessa con tacito rinnovo in mancanza di disdetta esercitata dalle parti il contratto si intende tacitamente prorogato per un anno

**Come posso disdire la polizza?**

- In caso di "tacito rinnovo" il contratto può essere disdetto mediante lettera raccomandata A/R da inviarsi almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale indicata in polizza; diversamente il contratto si intende prorogato per la durata di un anno e così successivamente.
- Se il contratto è stipulato "senza tacito rinnovo", la copertura assicurativa cessa automaticamente alla sua scadenza.
- Dopo ogni denuncia di sinistro, entrambe le parti possono recedere dal contratto entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo mediante raccomandata A/R con effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento.

Polizza Infortuni e Malattia

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

TUA Assicurazioni – Gruppo Cattolica
Prodotto Infortuni Sportivi Professionisti



Data di realizzazione: 01/10/2019 – Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

TUA Assicurazioni S.p.A. – Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'albo imprese IVASS n. 1.00132. con provvedimento ISVAP n. 1041 del 20 novembre 1998 G.U n. 277 del 26/11/1998 ha sede legale e sociale in Italia in Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano (MI) tel. 02/2773399; sito internet www.tuaassicurazioni.it; info@tuaassicurazioni.it; PEC: tuaassicurazioni@pec.it

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 133,3 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 23,2 milioni di euro - il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 100,8 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a euro 80,9 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a euro 36,4 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 123,3 milioni di euro (b);
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 111,2 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,52 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link:
www.tuaassicurazioni.it/chi-siamo/tua-assicurazioni

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti precisazioni relative alle diverse prestazioni assicurative offerte.

L'impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente, oltre che di quelle indicate in modo specifico nelle Condizioni di assicurazione e nella scheda di polizza.

Esempio: Garanzia Rimborso spese di cura per infortunio se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico, limitatamente ai **trattamenti fisioterapici o rieducativi e alle cure termali**, il rimborso viene riconosciuto fino al **massimo del 30% della somma assicurata** e con il limite **massimo di 3.500 € per evento e per anno assicurativo**.

Infortuni

Rischi compresi

- asfissia di origine non morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- colpi di sole o di calore;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'Art. 1900 del Codice civile);

MOD. INF. SP. DIP AGG. ED. 01.10.2019

- infortuni causati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (in deroga all'Art. 1912 del Codice civile);
- infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie
- la folgorazione

Rischio volo

- L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi eserciti da Società di Traffico Aereo Regolare

Morte per infortunio

- Morte presunta: se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, è prevista la liquidazione del capitale garantito dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta.
- Cumulo dell'indennità: l'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente da infortunio. È prevista la corresponsione ai beneficiari della differenza tra l'indennizzo pagato per Invalidità permanente e la somma assicurata per il caso morte, in caso di successivo decesso dell'Assicurato.

Diaria da ricovero per infortunio

- La copertura opera anche in caso di Day hospital non inferiore a 3 giorni, con un massimale pari al 50% dell'indennità prevista nella scheda di polizza per tale garanzia

Rimborso spese di cura per infortunio

In presenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale sono comprese le spese per:

- accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero, day hospital o intervento;
- onorari del chirurgo, dell'équipe operatoria e materiali di intervento;
- rette di degenza
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, richiesti durante l'intervento;
- esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali effettuati nei giorni successivi al ricovero/intervento;
- tickets per le prestazioni richieste

In assenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale sono comprese le spese per:

- accertamenti diagnostici;
- radioscopie;
- radiografie;
- esami di laboratorio;
- medicinali;
- prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- cure termali effettuati nei giorni successivi all'infortunio.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Rimpatrio Salma	In caso di infortunio che comporti la morte, è previsto il rimborso delle spese per il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, fino ad un massimo di € 5.000 per Sinistro, anche se sono coinvolti più assicurati.
Spese Funerarie	In caso di infortunio che comporti la morte, è previsto il rimborso ai Beneficiari delle spese sostenute per il funerale o la cremazione.
Invalidità Permanente Specifica Totale da Infortunio	Per gli infortuni indennizzabili che comportino una incapacità totale all'esercizio dell'attività professionale sportiva – invalidità permanente specifica totale – la Società liquiderà l'invalidità permanente secondo la scala di indennizzo riportata in polizza senza deduzione di alcuna franchigia

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni, si precisa che non sono coperti i seguenti rischi Infortunati <ul style="list-style-type: none"> • gli infortuni causati da azioni o comportamenti direttamente correlati a: sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o gli stati paranoici, sindromi bipolari, epilessia e i sintomi

	<p>epilettoidi, positività da H.I.V., A.I.D.S. e sindrome correlate, Parkinson, Alzheimer</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli infortuni subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza; <p>Malattia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invalidità Permanenti preesistenti alla data di decorrenza del presente contratto e, per tale garanzia, le conseguenze di infortunio, intendendosi per tale l'evento dovuto per causa fortuita, violenta ed esterna <p>Infortuni e Malattia</p> <ul style="list-style-type: none"> • conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona
--	--



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si segnalano le seguenti limitazioni di copertura

Infortuni

L'Assicurazione non comprende infortuni causati da:

- pratica dei sport pericolosi (salvo che l'infortunio non derivi dall'esercizio della pratica professionale dichiarata nel frontespizio di polizza), come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo, intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece in copertura se effettuati ai margini delle piste da sci battute), guidoslitta, arrampicata libera (free climbing), free solo, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano, bmx, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), dalla pratica dei cosiddetti sport "estremi" (come ad esempio: canyoning, bungee jumping, kite surf, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed), body building/culturismo, intendendosi per tali la ginnastica che unita a coadiuvanti alimentari e farmacologici, potenzia le masse muscolari per conferire al fisico un aspetto vigoroso; non rientra pertanto in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche, l'alpinismo, la speleologia, le immersioni subacquee con o senza autorespiratore, sport aerei in genere, arti marziali e rugby;
- L'indicazione dei suddetti sport deve intendersi a titolo esemplificativo e non limitativo, essendo esclusi anche altri sport non elencati che dovessero rivestire carattere di pericolosità;
- partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti federazioni od organismi sportivi riconosciuti dal CONI (salvo che l'infortunio non derivi dall'esercizio della pratica professionale dichiarata nel frontespizio di polizza). Guida di mezzi di locomozione acquatici aerei o subacquei adibiti ad uso professionale;
- manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- guida di mezzi di locomozione acquatici aerei o subacquei adibiti ad uso professionale;

Sono altresì esclusi gli Infortuni subiti durante viaggi in aereo eserciti da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e da aeroclubs

Sono inoltre esclusi i danni verificatisi in occasione di atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione e simili

Infortuni e Malattia

- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o isotopi radioattivi;
- le conseguenze di atti di terrorismo, guerre, alluvioni, esondazioni, inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche e altri fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale;
- qualsiasi richiesta di risarcimento in ogni modo causata da o conseguente a:
 1. epidemia e/o Pandemia (così come da definizioni e/o dichiarazioni rispettivamente di ISS ed OMS);
 2. malattia Coronavirus (COVID-19);
 3. grave acuta sindrome respiratoria coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
 4. qualsiasi mutazione o variazione della SARS-CoV-2;
 5. qualsiasi timore o minaccia dei sopracitati punti 1), 2), 3) o 4).

Invalidità permanente per infortunio

- È possibile prevedere diverse franchigie assolute applicate su tre scaglioni di somme assicurate (come indicato nella scheda di polizza).

- È possibile prevedere diverse franchigie relative applicate su tre scaglioni di somme assicurate (come indicato nella scheda di polizza).
- È possibile prevedere una franchigia assoluta sull'intera somma assicurata (come indicato nella scheda di polizza).
- Qualora l'infortunio determini una invalidità permanente accertata di grado pari o inferiore al 6%, non è dovuta alcuna maggiorazione all'indennizzo per la sopravvalutazione degli arti inferiori/superiori.

La presente garanzia è prestata con l'applicazione della franchigia (assoluta, a scaglioni assoluta o a scaglioni relativa) indicata in polizza

Diaria da ricovero per infortunio

- In caso di Day hospital per un periodo non inferiore a 3 giorni, è corrisposta un'indennità pari al 50% di quella prevista in polizza

Diaria da immobilizzazione


- La copertura non è operante in caso di mezzi di immobilizzazione amovibili che non siano applicati da Pronto Soccorso, ente ospedaliero o medico ortopedico specialista, ed in caso di tutori amovibili diversi da ginocchiera Donjoy e stecca di Zimmer

Rimborso spese di cura per infortunio

- È prevista l'applicazione di uno scoperto


 **Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?**

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Infortunati Denuncia di sinistro: entro 30 giorni dalla data di accadimento del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o suoi familiari/eredi devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Società stessa. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che hanno determinato il sinistro, con una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico e dai successivi certificati medici che documentino il decorso delle lesioni.</p>
	<p>Malattia Denuncia di sinistro: l'Assicurato deve denunciare ogni singola malattia che, secondo il parere del medico, possa provocare una invalidità permanente. La denuncia deve essere corredata da certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura della malattia, sul momento in cui è insorta, decorso della malattia, sulle possibili conseguenze nonché, successivamente ma comunque entro un anno dopo la data del sinistro, un attestato medico che attesti l'avvenuta guarigione della malattia.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: non presente</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: non presente</p>
	<p>Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Obblighi dell'impresa	La Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento


 **Quando e come devo pagare?**

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
---------------	--


Rimborso	A seguito di recesso dal contratto, se non con effetto dalla scadenza di una rata di premio, si farà luogo al rimborso al Contraente del premio annuo pagato e non goduti, tranne le imposte.
-----------------	---

 **Quando comincia la copertura e quando finisce?**

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non prevista

 **Come posso disdire la polizza?**

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto
Risoluzione	<ul style="list-style-type: none"> - È prevista l'immediata ed automatica risoluzione del contratto in caso di sopravvenienza di una delle seguenti affezioni: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, AIDS, sieropositività da HIV, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, sindromi bipolari, Parkinson, Alzheimer e altre sindromi organiche-cerebrali. - Qualora nel corso del contratto l'Assicurato dovesse smettere di svolgere lo sport professionistico, descritto nel frontespizio di polizza, la Società, anche in assenza di sinistri o circostanze dichiarate, considererà cessata la copertura. - Se operante la garanzia Invalidità permanente Specifica Totale da Infortunio, resta convenuto tra le parti che, qualora a seguito di infortunio che comporti un'incapacità totale all'esercizio dell'attività professionale sportiva descritta nel frontespizio di polizza, nonché in ogni altro caso in cui l'indennizzo comporti, nell'annualità assicurativa in corso, la liquidazione dell'intera somma assicurata, il presente contratto cesserà automaticamente di avere vigore.

 **A chi è rivolto questo prodotto?**

Il prodotto è rivolto agli sportivi professionisti

 **Quali costi devo sostenere?**

Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni, percepite dagli intermediari:

Infortuni	30 %
-----------	------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:</p> <p style="text-align: center;"><i>TUA Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami c/o Società Cattolica di Assicurazione società cooperativa Servizio Reclami di Gruppo Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia) Fax: 02 2773470 Email: reclami@tuaassicurazioni.it</i></p> <p>Indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente, numero di polizza e nominativo del Contraente, numero e data del sinistro, indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si</p>
----------------------------------	---

	lamenta l'operato. La Società invierà risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it , Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale</i>
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>- In caso di controversie di natura medica sulla determinazione dell'indennizzo a seguito di infortunio o malattia, possono essere risolte in via arbitrale mediante l'incarico di un collegio di tre medici. Ogni parte designa un proprio consulente, mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e scelto tra i consulenti medici legali o, in caso di disaccordo, viene designato dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo in cui si riunisce il collegio. L'incarico viene dato per iscritto al collegio medico, insieme a tutta la documentazione disponibile. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.</p> <p>- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.</p>

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

INFORTUNI SPORTIVI PROFESSIONISTI



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione MOD. INF. SP ED. 01/10/2019 sono parte integrante del Set Informativo unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

- **DIP Danni – MOD. INF. SP DIP – ED. 01/10/2019**
- **DIP aggiuntivo Danni - MOD. INF. SP DIP AGG. – ED. 01/10/2019**

INDICE

GLOSSARIO	3
NORMI COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	6
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	6
Art. 2 Altre Assicurazioni	6
Art. 3 Modifiche dell'assicurazione	6
Art. 4 Aggravamento del rischio	6
Art. 5 Diminuzione del rischio	6
Art. 6 Suddivisione del premio	6
Art. 7 Oneri Fiscali	6
Art. 8 Foro Competente	6
Art. 9 Rinvio alle norme di legge	6
Art. 10 Sanctions Limitations Exclusion Clause	6
Art. 11 Clausola Broker	7
Art. 12 Coassicurazione e Delega	7
INFORTUNI E MALATTIA	8
<i>CAPITOLO 1 – COSA È ASSICURATO</i>	<i>8</i>
Art. 13 Oggetto del contratto	8
Art. 14 Rischi compresi	8
Art. 15 Morte per Infortunio (M)	8
Art. 16 Morte presunta	8
Art. 17 Invalidità Permanente per Infortunio (IPI)	9
Art. 18 Rischio volo	9
Art. 19 Rischio guerra	9
Art. 20 Diaria da ricovero per Infortunio (DR)	9
Art. 21 Diaria da immobilizzazione (DI)	10
Art. 22 Rimborso spese di cura (RSC)	10
Art. 23 Invalidità Permanente Specifica Totale da Malattia (IPM)	11
<i>CAPITOLO 2 – GARANZIE AGGIUNTIVE ACQUISTABILI CON AUMENTO DEL PREMIO</i>	<i>12</i>
Art. 24 Rimpatrio salma	12
Art. 25 Spese Funerarie	12
Art. 26 Invalidità Permanente Specifica Totale da Infortunio (IPT)	12
<i>CAPITOLO 3 – CONDIZIONI DI OPERATIVITA'</i>	<i>13</i>
Art. 27 Pagamento del premio	13
Art. 28 Decorrenza	13
Art. 29 Proroga del contratto	13
Art. 30 Mancato rinnovo a scadenza	13
Art. 31 Cessazione del contratto	13
Art. 32 Recesso in caso di sinistro	13
Art. 33 Risoluzione del contratto	13
Art. 34 Estensione territoriale	14
Art. 35 Rinuncia al diritto di surrogazione	14

CAPITOLO 4 – COSA NON È ASSICURATO	15
Art. 36 Rischi esclusi	15
Art. 37 Limite di età	16
Art. 38 Cumulo dell'indennità	16
DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO, CHE OBBLIGHI HO?	17
Art. 39 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	17
Art. 40 Obbligo di Cure	17
Art. 41 Denuncia del sinistro	17
Art. 42 Pagamento dell'indennizzo	17
Art. 43 Criteri generali di indennizzabilità	18
Art. 44 Tabella di accertamento dell'invalidità permanente – Tabella INAIL	18
Art. 45 Criteri specifici di indennizzabilità	20
Art. 46 Criteri particolari di indennizzabilità	20
Art. 47 Massimo indennizzo per lesioni plurime	21
Art. 48 Diritto all'indennizzo	21
Art. 49 Decesso indipendente dall'infortunio	21
Art. 50 Supervalutazione arti inferiori e/o superiori	21
Art. 51 Determinazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente Specifica Totale da Malattia (IPM)	21
Art. 52 Controversie sulla determinazione dell'indennizzo	22
Art. 53 Franchigia a scaglioni assoluta	22
Art. 54 Franchigia a scaglioni relativa	22
Art. 55 Franchigia assoluta	23

GLOSSARIO

Assicurazione o contratto

Il contratto di assicurazione.

Assicurato

La persona il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.

Beneficiario

La persona fisica o giuridica designata dal Contraente a favore della quale deve essere eseguita la prestazione garantita dall'assicurazione in caso di morte dell'Assicurato. In assenza di designazione specifica i beneficiari sono gli eredi dell'Assicurato in parti uguali tra loro

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio.

Day hospital

La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

Degenza/Ricovero

La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento

Durata

Il periodo di validità della polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla scheda di polizza.

Franchigia/Scoperto

La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Gare di regolarità pura

Manifestazioni, comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica) costituisce il fattore determinante per la classifica.

Immobilizzo

Ogni mezzo di contenzione rigido costituito da gesso o altro apparecchio immobilizzante prescritto dal medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento di fratture radiologicamente accertate.

Indennizzo

La prestazione in denaro dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Infortunio professionali

Gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata in polizza.

Sono inoltre compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato purché l'infortunio avvenga durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, sia pubblici che privati:

- nel tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa;
- nel tragitto dalla sede dove viene svolta l'attività lavorativa fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa;
- nel normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti se non è presente un servizio di mensa aziendale.

Infortunio extra-professionali

Gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale e cioè quelli che subisce durante l'espletamento di tutte le attività concernenti la normale vita domestica, sociale e di relazione compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari e la partecipazione ad attività di volontariato non retribuito.

Sono quindi esclusi tutti gli infortuni che l'Assicurato subisce mentre presta opera comunque retribuita alle dipendenze di terzi o in proprio a titolo professionale.

Invalidità permanente per infortunio

La perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Invalidità permanente Specifica per Infortunio

Lesioni, a seguito di Infortunio, da cui residuino postumi permanenti con conseguenze dirette sull'attività professionale sportiva praticata dall'Assicurato; l'accertamento deve essere esperito da un medico legale.

Invalidità permanente Specifica da Malattia

Lesioni, a seguito di Malattia, da cui residuino postumi permanenti con conseguenze dirette sull'attività professionale sportiva praticata dall'Assicurato; l'accertamento deve essere esperito da un medico legale.

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza finalizzata alla riabilitazione in seguito ad un ricovero e/o intervento, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS (ex ISVAP)

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore.

L'Ente ha lo scopo di vigilare sull'operato delle imprese e dei soggetti, agenti e mediatori, che rientrano nel settore assicurativo private italiano. Svolge la sua attività di controllo basandosi sulle direttive che il Governo ha disposto in materia di politica assicurativa e che sono riunite nel Codice delle Assicurazioni (DL 7 settembre 2005 n. 209).

Istituito con la Legge n° 135 del 17 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del D.L. n° 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'Art. 13, comma 42 della Legge n° 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

Malattia

Ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione – Difetto fisico

L'alterazione organica, non evolutiva, congenita o acquisita per malattia o infortunio durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza.

Parti

Il Contraente e la Società.

Polizza

Il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal contraente alla Società.

Questionario

Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà, prima di stipulare la polizza. Il Questionario Sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni in esso rilasciate che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.

Ricovero/Degenza

La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.

Rischio

La possibilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto/Franchigia

La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Sforzo

L'evento straordinario e improvviso in cui, per evincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di una energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata l'assicurazione.

Società

TUA Assicurazione S.p.A.

Sport professionistico

L'attività sportiva svolta da atleti a favore di una società sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline che hanno riconosciuto il professionismo e regolamentate dal CONI in base alla Legge n° 91 del 1981 (e successive eventuali modifiche) e/o attività sportiva che comporti remunerazione diretta (compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti di uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una società o di un ente sportivo). Si precisa che non è considerato sport professionistico quello con remunerazione indiretta (compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito sottoforma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti e/o con premi monetari in base alla classifica di una gara/competizione).

Ubriachezza

Si considera in stato di ubriachezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcolemico superiore alla limitazione della Legge vigente

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato. Per consentire alla Società di valutare il rischio occorre compilare in ogni sua voce il Questionario Sanitario, che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante della polizza. Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza), sia in caso di emissione di nuovo contratto che di sua sostituzione o rinnovo, e trasmesso alla Società unitamente alla proposta.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Art. 2 Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio: in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice civile.

Art. 3 Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 4 Aggravamento del rischio

Il contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la Perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile

Art. 5 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 del Codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6 Suddivisione del premio

Il premio è ripartito per il 80% per I Rischi Professionali e per il 20% per I Rischi Extraprofessionali.

Art. 7 Oneri fiscali

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

Art. 8 Foro competente

Foro competente è quello del luogo in cui il contraente ha la sede, oppure la residenza o il domicilio elettivo.

Art. 9 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 10 Sanctions Limitations Exclusion Clause

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell' Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 11 Clausola Broker

Valido esclusivamente per polizze intermedie da Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker _____ e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker di cui sopra, il quale tratterà con la TUA Assicurazioni S.p.A. (di seguito definita Società).

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno quest'ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza della Società da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte alla Società soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte alla Società e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte della Società stessa.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker ed ai suoi collaboratori si considera effettuato direttamente alla Società di Assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs 209/2005.

Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli Assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D.Lgs 209/2005, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006.

Qualora il Contraente revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico del Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti della Società. La Società stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

Art. 12 Coassicurazione e Delega

Valido esclusivamente per polizze emesse in coassicurazione

La presente polizza è ripartita in quote tra le Società Coassicuratrici indicate nella scheda di polizza. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione alla rispettiva quota, quale risultante dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. Le Società Assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società indicate come "Delegataria" e si impegnano a riconoscere come validi ed efficaci nei propri confronti tutte le comunicazioni, gli atti di gestione ordinaria nonché ogni modifica amministrativa del contratto compiuti dalla Delegataria per conto comune, fatto soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato dall'Assicurato per il tramite dell'Agente/Broker legittimato da specifico incarico il cui nominativo è indicato nella scheda di polizza direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice. Ogni modifica del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta impegna ciascuna di esse solo dopo conferma scritta della modifica stessa da parte delle Coassicuratrici. La firma della Società Delegataria apposta per mandato delle Coassicuratrici anche per loro conto, rende valida ad ogni effetto la presente polizza e ogni sua modificazione, la Delegataria è obbligata ad avvertire le Coassicuratrici in caso di giudizio.

INFORTUNI E MALATTIA

CAPITOLO 1 – COSA E' ASSICURATO

Art. 13 Oggetto del contratto

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie:

INFORTUNI

- morte per infortunio;
- invalidità permanente per infortunio;
- diarie per infortunio;
- rimborso spese di cura per infortunio.
- altre garanzie opzionali

MALATTIA

- invalidità permanente specifica totale da malattia

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie e relative garanzie opzionali, in relazione alle quali risultino indicati nella scheda di polizza Mod. INF SP. - ED. 01/10/2019 le somme assicurate e/o i massimali e/o le franchigie e i relativi premi o risulti, nella suddetta scheda, l'indicazione della loro operatività.

Per quanto riguarda la garanzia infortuni, la medesima è prestata durante lo svolgimento, come indicato nel contratto dell'allegata scheda Mod. INF. SP. - ED. 01/10/2019:

- a. nell'esercizio dello sport professionistico descritto nel frontespizio di polizza;
- b. nell'esercizio di altre eventuali attività lavorative o imprenditoriali aventi o meno carattere professionale;
- c. nello svolgimento di ogni altra normale attività che non abbia carattere professionale e nel tempo libero.

Art. 14 Rischi compresi

Sono inoltre compresi:

- a. asfissia di origine non morbosa;
- b. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c. annegamento;
- d. assideramento o congelamento;
- e. colpi di sole o di calore;
- f. le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, **esclusa la malaria**;
- g. infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'Art. 1900 del Codice civile);
- h. infortuni causati da tumulti popolari **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva** (in deroga all'Art. 1912 del Codice civile);
- i. infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, **non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene**;
- j. lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.
- k. la folgorazione.

Art. 15 Morte per infortunio (M)

La Società corrisponde in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio la somma assicurata ai Beneficiari o in difetto di designazione agli eredi in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Art. 16 Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempreché non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli Artt. 60 e 62 del Codice civile. Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione dell'intera somma liquidata.

Art. 17 Invalidità Permanente per Infortunio (IPI)

La Società corrisponde un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale. L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Art. 18 Rischio volo

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi eserciti da Società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è rilevabile dalla pubblicazione "Flight Guide Worldwide" - OAG), **a condizione che non siano eserciti da Società e/o aziende di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.**

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente/Assicurato o da terzi in favore degli stessi assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i capitali di:

- a. **per persona:**
 - Euro (Vedasi scheda di polizza) per il caso di Morte;
 - Euro (Vedasi scheda di polizza) per il caso di Invalidità Permanente totale;
- b. **complessivamente per aeromobile (in caso di polizza cumulativa):**
 - Euro (Vedasi scheda di polizza) per il caso di Morte;
 - Euro (Vedasi scheda di polizza) per il caso di Invalidità Permanente totale;

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni stipulate dallo stesso contraente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

L'assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato è salito a bordo in un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso. Sono inoltre considerati infortuni anche quelli occorsi in conseguenza di imprudenza o negligenza grave dell'Assicurato in qualità di passeggero.

Art. 19 Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1912 del Codice civile, sono esclusi i danni verificatisi in occasione di atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione e simili con l'eccezione degli infortuni avvenuti all'estero per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, **se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trovava all'estero.** Si precisa che non sono considerati "atti di Guerra od insurrezione" le azioni di organizzazioni terroristiche e/o politiche anche se inquisite per insurrezione armata contro i poteri costituiti o simili imputazioni. Si precisa che se il sinistro non è relativo ad atti di guerra verrà comunque considerato in copertura anche se verificatosi in un paese considerato a rischio guerra.

Art. 20 Diaria da ricovero per Infortunio (DR)

La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza **(il giorno di ingresso e di dimissione vengono conteggiati come un unico giorno).** **Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.**

La durata massima dei giorni indennizzabili è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Tale garanzia è prestata in aggiunta, ove prevista, alla somma assicurata per il caso di inabilità temporanea.

Per i ricoveri avvenuti all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia.

Day hospital: limitazioni ed esclusioni

In caso di Day hospital per un **periodo non inferiore a tre giorni**, la garanzia è operante per **una indennità pari al 50%** dell'indennità prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il Day hospital sia avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

Art. 21 Diaria da immobilizzazione (DI)

In caso di evento traumatico che dia luogo a fratture ossee, lesioni capsulari, rotture legamentose e distorsioni (quest'ultime solo se accertate da ente ospedaliero riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale, o tramite Pronto Soccorso, o da medico ortopedico specialista), se l'infortunio comporta l'immobilizzazione, di una o più articolazioni, a titolo curativo, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera indicata nella scheda di polizza fino alla rimozione del presidio e, comunque, **per un periodo massimo di novanta giorni per evento e per anno assicurativo**.

Per le seguenti fratture, purché radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, resta inteso che verrà corrisposto un indennizzo forfettario pari a:

- sessanta giorni per la frattura del bacino;
- sessanta giorni per la frattura del femore;
- sessanta giorni per la frattura della colonna vertebrale;
- venti giorni per la frattura completa della costola;
- cinque giorni per la frattura nasale;
- cinquanta giorni per applicazione di mezzi di osteosintesi interni o esterni (ad esempio fissatore esterno assiale, placche, viti).

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

Non sono considerati mezzi di immobilizzazione i collari a strappo, come i collari di Shantz, di Camp e similari.

Per i mezzi di contenzione immobilizzanti inamovibili, l'Assicurato è tenuto a presentare alla Società il certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che ha provveduto all'applicazione del presidio (indicante anche i giorni di effettiva immobilizzazione).

Qualora l'immobilizzo non derivi da una frattura ossea e preveda l'applicazione di un mezzo di contenzione immobilizzante, l'indennizzo avverrà per un periodo massimo di 40 giorni e la somma assicurata indicata in polizza verrà ridotta del 50%.

Esclusioni e limitazioni.

I mezzi di contenzione immobilizzanti potranno essere anche amovibili, purché applicati (in assenza di ricovero) da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero, ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N. o da medico ortopedico specialista: la garanzia, in tal caso verrà prestata con un massimo di venticinque giorni per sinistro.

La garanzia sarà operante solo per i seguenti tutori amovibili con le limitazioni e condizioni indicate, anche se non applicati, purché prescritti da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero o ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N. o da medico ortopedico specialista:

Ginocchiera Donjoy

Limitatamente ad un periodo massimo di venticinque giorni documentato da idonea certificazione medica, solo se viene diagnosticata radiologicamente una frattura o una rottura completa di legamento del ginocchio.

Stecca di Zimmer

Limitatamente ad un periodo massimo di venticinque giorni documentato da idonea certificazione medica, solo se viene diagnosticata radiologicamente una frattura.

La garanzia è altresì operante in relazione ai seguenti apparecchi solo se applicati in seguito a frattura radiologicamente accertata, per un periodo massimo di venticinque giorni e previa idonea certificazione medica rilasciata da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero, ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N. o da medico ortopedico specialista:

- bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
- apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili;
- bendaggi elastici adesivi (Tensoplast, etc.).

Infine, in qualsiasi caso sia prescritto che la rimozione del presidio debba essere effettuata da personale medico specializzato, l'Assicurato è tenuto a presentare il certificato di rimozione dello stesso.

Art. 22 Rimborso spese di cura (RSC)

In caso di infortunio indennizzabile, la Società assicura fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute nei 360 giorni dalla data di accadimento del sinistro:

a. Se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) **effettuati nei novanta giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami somministrati

o praticati durante il ricovero;

- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) **effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale;**
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Limitazioni, franchigie e scoperti

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo **scoperto pari a (vedasi scheda di polizza)**, della spesa documentata e con il **minimo di (vedasi scheda di polizza)**, per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato.

Limitatamente ai **trattamenti fisioterapici o rieducativi e alle cure termali**, il rimborso viene riconosciuto fino al **massimo del 30% della somma assicurata** e con il limite massimo di **3.500,00 € per evento e per anno assicurativo**.

b. Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale

Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) **effettuati nei giorni successivi all'infornio**.

Limitazioni, franchigie e scoperti

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo **scoperto pari al (vedasi scheda di polizza)**, della spesa documentata e con il **minimo di (vedasi scheda di polizza)**, per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato.

Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata, e limitatamente ai **trattamenti fisioterapici o rieducativi e alle cure termali**, il rimborso viene riconosciuto fino al **massimo del 30% della somma assicurata** con il limite massimo di **2.500,00 € per evento e per anno assicurativo**.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica avvenuta su presentazione dei documenti giustificativi (fattura o ricevuta del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata alla Società, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese sostenute dall'Assicurato per visite medico legali non richieste dalla Società ai fini della liquidazione del sinistro.

La Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in euro, applicando il tasso ufficiale di cambio B.C.E. rilevato nel giorno dell'ultimo pagamento sostenuto.

Art. 23 Invalidità Permanente Specifica Totale da Malattia (IPM)

L'assicurazione è estesa all'invalidità permanente che comporti, a seguito di malattia insorta successivamente alla data della stipulazione del contratto, la perdita definitiva ed irrimediabile all'esercizio dell'attività professionale sportiva a condizione che tale invalidità permanente si verifichi entro 12 mesi dalla cessazione del contratto.

Quanto precede vale a condizione che l'Assicurato sia in possesso del "Certificato di idoneità all'attività professionale sportiva" rilasciato a norma di legge. **Resta stabilito che, nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto la liquidazione dell'intera somma assicurata per invalidità permanente totale conseguente a malattia, indennizzabile a termini di contratto, egli dovrà produrre, unitamente alla necessaria documentazione sanitaria, attestato di revoca del tesseramento per inidoneità ai sensi di quanto previsto dalle norme organizzative interne della relativa Federazione di appartenenza.**

CAPITOLO 2 – GARANZIE AGGIUNTIVE ACQUISTABILI CON AUMENTO DEL PREMIO

Art. 24 Rimpatrio salma

Se a seguito di infortunio l'Assicurato è deceduto, la Società rimborsa le relative spese per il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, **fino a un massimo di 5.000 € per Sinistro, anche se sono coinvolti più Assicurati. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre nonché l'eventuale recupero della salma.**

Art. 25 Spese Funerarie

Si conviene che in caso di infortunio che comporti come conseguenza la Morte dell'Assicurato, la Società rimborsa ai Beneficiari le spese regolarmente sostenute per il funerale o la cremazione, **fino a un massimo di 5.000 € per Sinistro, anche se sono coinvolti più Assicurati.**

Art. 26 Invalidità Permanente Specifica Totale da Infortunio (IPT)

A parziale deroga di quanto riportato all'art. 17 "Invalidità Permanente per Infortunio" e nella sezione "*Denuncia e gestione del sinistro, che obblighi ho?*" gli infortuni indennizzabili ai sensi del presente contratto verranno liquidati adottando i seguenti criteri:

1. Se l'infortunio determina un'invalidità permanente accertata in base a quale operante fra gli Articoli "Art. 53 Franchigia a scaglioni assoluta", "Art. 54 Franchigia a scaglioni relativa" e "Art. 55 Franchigia assoluta" di grado pari o inferiore alla percentuale delle franchigie previste, non si provvederà ad alcun indennizzo.
2. Per gli infortuni indennizzabili che comportino una **incapacità totale all'esercizio dell'attività professionale sportiva** – invalidità permanente specifica totale – la Società liquiderà l'invalidità permanente secondo la seguente scala di indennizzo, senza deduzione di alcuna franchigia:
 - 100% della Somma Assicurata per l'assicurato di età fino a 30 anni;
 - 90% della Somma Assicurata per l'assicurato di 31 anni;
 - 80% della Somma Assicurata per l'assicurato di 32 anni;
 - 60% della Somma Assicurata per l'assicurato di 33 anni;
 - 40% della Somma Assicurata per gli assicurati che hanno già compiuto i 34 anni di età e per gli assicurati di età superiore ai 34 anni.

Resta inteso che la perdita totale e permanente della capacità specifica ad occupare l'eventuale ruolo di "Portiere" è considerata perdita totale permanente della capacità specifica all'attività professionale sportiva.

3. Resta stabilito che, nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto l'indennizzo dell'intera somma assicurata per invalidità permanente specifica totale conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di contratto, egli dovrà produrre, unitamente alla necessaria documentazione sanitaria, attestato di revoca del tesseramento per inidoneità ai sensi di quanto previsto dalle norme organizzative interne delle relative Federazioni.

Resta stabilito inoltre che, in caso di revoca / perdita / annullamento di licenza da gioco e/o inabilità al gioco, l'Impresa pagherà un indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalidità permanente totale, solo esclusivamente se l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore:

- al 10% (dieci per cento) della totale fino a 25 anni;
- al 15% (quindici per cento) della totale da 26 a 30 anni;
- al 20% (venti per cento) della totale oltre 30 anni;

calcolato su base INAIL

4. Resta convenuto tra le Parti che, qualora a seguito di infortunio che comporti un'incapacità totale all'esercizio dell'attività professionale sportiva descritta nel frontespizio di polizza, nonché in ogni altro caso in cui l'indennizzo comporti, nell'annualità assicurativa in corso, la liquidazione dell'intera somma assicurata, il presente contratto cesserà automaticamente di aver vigore.

CAPITOLO 3 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

Art. 27 Pagamento del premio

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante, presso l'agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, **l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto**. Se il Contraente non paga i premi successivi, **l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice civile.

Art. 28 Decorrenza

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul contratto se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo.

Art. 29 Proroga del contratto

Il contratto ha la durata indicata sulla scheda di polizza.

Tacito rinnovo

Se viene indicato "SI" alla voce tacito rinnovo nel frontespizio di polizza, in mancanza di disdetta esercitata dalle parti mediante raccomandata A.R. inviata almeno sessanta giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente prorogato per un anno.

Art. 30 Mancato rinnovo a scadenza

Il contratto s'intende estinto alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta, se nella polizza alla voce "Tacito Rinnovo" viene riportato il testo "NO".

Art. 31 Cessazione del Contratto

Resta convenuto tra le Parti che qualora nel corso del contratto l'Assicurato cessi di svolgere lo sport professionistico descritto nel frontespizio di polizza, questi sarà tenuto a comunicarlo alla Società, anche in assenza di sinistri o circostanze dichiarate. Il contratto si intenderà comunque estinto alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Art. 32 Recesso in caso di sinistro

Qualora il Contraente sia consumatore ai sensi dell'Art. 3 del D. Lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata A.R. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In ogni caso di recesso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al restante periodo di garanzia in corso e non goduto.

Art. 33 Risoluzione del contratto

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle seguenti affezioni: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, A.I.D.S., sieropositività da H.I.V., schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, sindromi bipolari, Parkinson, Alzheimer e altre sindromi organiche-cerebrali, determina la immediata ed automatica risoluzione dell'intero contratto.

In questo caso la Società restituisce al Contraente la parte di premio versata relativo al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto. Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, poiché la sopravvenienza della patologia in un Assicurato comporta l'annullamento dell'intero contratto, la Società si impegna, per i restanti Assicurati, a contrarre una nuova polizza, alle medesime condizioni della polizza annullata.

Art. 34 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 35 Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 del Codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CAPITOLO 4 – COSA NON È ASSICURATO

Art. 36 Rischi esclusi

Rischi esclusi nella garanzia Infortuni.

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a. dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b. dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B,
 - di macchine agricole e operatrici,
 - di natanti a motore per uso non privato,
- c. guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- d. guida di mezzi di locomozione acquatici aerei o subacquei adibiti ad uso professionale. L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto;
- e. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri) salvo quanto disposto dall'Art. 18 "Rischio Volo";
- f. pratica di sport pericolosi, come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo, intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece in copertura se effettuati ai margini delle piste da sci battute), guidoslitta, arrampicata libera (free climbing), free solo, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano, bmx, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), dalla pratica dei cosiddetti sport "estremi" (come ad esempio: canyoning, bungee jumping, kite surf, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed), l'alpinismo, la speleologia, le immersioni subacquee con o senza autorespiratore, sport aerei in genere, arti marziali e rugby, body building/culturismo, intendendosi per tali la ginnastica che unita a coadiuvanti alimentari e farmacologici, potenzia le masse muscolari per conferire al fisico un aspetto vigoroso; non rientra pertanto in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche.
L'indicazione dei suddetti sport deve intendersi a titolo esemplificativo e non limitativo, essendo esclusi anche altri sport non elencati che dovessero rivestire carattere di pericolosità.
- g. dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti federazioni od organismi sportivi riconosciuti dal CONI;
- h. operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza; gli infarti e qualsiasi tipo di ernia;
- i. manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

I rischi di cui alle lettere a, b, f e g sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel frontespizio di polizza.

Rischi esclusi nella garanzia Malattia.

L'assicurazione non è operante per le Invalidità Permanenti conseguenti a:

- j. malattie, malformazioni e stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, indipendentemente dalla loro dichiarazione nel questionario sanitario;
- k. trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- l. malattie tropicali.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di decorrenza del presente contratto e, per tale garanzia, le conseguenze di infortunio, intendendosi per tale l'evento dovuto per causa fortuita, violenta ed esterna.

Rischi esclusi nella garanzia Infortuni e Malattia

- m. gli infortuni causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, di sostanze allucinogene o sostanze dopanti (salvo prescrizione medica);
- n. conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona. Si intendono invece compresi quelli sofferti in

- conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'indennizzo.
- o. gli infortuni causati da azioni o comportamenti direttamente correlati a: sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o gli stati paranoici, sindromi bipolari, epilessia e i sintomi epilettoidi, positività da H.I.V., A.I.D.S. e sindrome correlate, Parkinson, Alzheimer;
 - p. gli infortuni subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
 - q. conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o isotopi radioattivi;
 - r. le conseguenze di atti di terrorismo, guerre, alluvioni, esondazioni, inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche e altri fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale;
 - s. le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.
 - t. qualsiasi richiesta di risarcimento in ogni modo causata da o conseguente a:
 - 6. epidemia e/o Pandemia (così come da definizioni e/o dichiarazioni rispettivamente di ISS ed OMS);
 - 7. malattia Coronavirus (COVID-19);
 - 8. grave acuta sindrome respiratoria coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
 - 9. qualsiasi mutazione o variazione della SARS-CoV-2;
 - 10. qualsiasi timore o minaccia dei sopracitati punti 1), 2), 3) o 4).

Art. 37 Limite di età

Gli Assicurati possono avere fino a 37 anni di età.

Nel caso in cui l'Assicurato compia l'età massima assicurabile nel corso del contratto, il contratto conserva efficacia fino alla sua scadenza annuale.

Tali disposizioni non si applicano se la polizza non si rinnova tacitamente (nella scheda di polizza è riportato "NO" alla voce "Tacito rinnovo").

Art. 38 Cumulo dell'indennità

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per Invalidità permanente e in conseguenza dell'infortunio, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO, CHE OBBLIGHI HO?

Art. 39 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Garanzia Infortuni

Entro 30 giorni dalla data di accadimento del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa.

Garanzia Malattia

L'Assicurato deve denunciare ogni singola malattia che, secondo il parere del medico, possa provocare una invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza.

La denuncia deve essere fatta per iscritto alla Società o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, entro 30 giorni dalla data di accadimento dell'evento o dal momento in cui il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o conoscenza ai sensi dell'art. 1913 del Codice civile.

Art. 40 Obbligo di Cure

L'assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure, qualora esse possano portare ad un ripristino funzionale della parte lesa, restando inteso che la valutazione del grado di invalidità permanente verrà espressa soltanto quando dalla terapia non si possa ottenere alcun miglioramento; qualora l'assicurato si rifiuti di sottoporsi a dette cure, l'indennità riconosciuta verrà ridotta del presunto recupero funzionale non realizzato, per il rifiuto opposto.

Art. 41 Denuncia del sinistro

Garanzia Infortuni

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

La mancata denuncia entro i termini prescritti può portare alla perdita totale o parziale al diritto all'indennizzo.

Garanzia Malattia

La denuncia deve essere accompagnata dalla seguente documentazione:

- Certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura della malattia, sul momento in cui è insorta, sul decorso della malattia, sulle sue possibili conseguenze nonché su ogni conseguenza che potrebbe già essersi verificata;
- L'Assicurato dovrà inoltre inviare alla Società – unitamente alla suddetta certificazione medica o successivamente ad essa, ma comunque non oltre un anno dopo la data del sinistro – un certificato medico che attesti l'avvenuta guarigione della malattia stessa.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire agli stessi ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale. Entro un anno dalla data di emissione del certificato medico che conferma l'avvenuta guarigione della malattia, l'Assicurato dovrà sottoporre documentazione medica che indichi il grado di invalidità permanente residua quale conseguenza diretta ed esclusiva della malattia.

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

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta rimangono a carico dell'Assicurato.

Art. 42 Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento. L'indennità verrà corrisposta in Italia e in Euro.

Art. 43 Criteri generali di indennizzabilità

Si precisa e si conviene che, con effetto dalla data di decorrenza della polizza, ogni richiesta di risarcimento derivante da infortunio o malattia o affezione ad ogni parte del corpo, qualora tale infortunio o malattia o affezione sia interamente o parzialmente, direttamente o indirettamente causato, agevolato o aggravato da menomazioni, difetti fisici, processi degenerativi o infermità esistenti già prima della data di decorrenza proposta, si intende esclusa dalla copertura. La Società sarà tenuta ad indennizzare solamente le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o successivamente sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni e, allo stesso modo, il pregiudizio che queste possono avere sugli esiti dell'infortunio sono conseguenze indirette e, come tali, non sono indennizzabili. Allo stesso modo, in caso di menomazioni o difetti fisici preesistenti, l'indennità per invalidità permanente sarà liquidata solo per le dirette conseguenze causate dall'infortunio come se quest'ultimo avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 44 Tabella di accertamento dell'invalidità permanente - Tabella INAIL

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento alla "Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente - Tabella INAIL" di seguito riportata, convenzionalmente chiamata Tabella INAIL.

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE - TABELLA INAIL (Allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 escluse successive modifiche ed integrazioni)

Perdita totale anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	

Altre menomazioni della facoltà visiva:

Visus perduto	Visus residuo	Percentuale per occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Percentuale per occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0/10	35%	65%

NOTE:

1. in caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio;
2. la valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale;
3. nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione;
4. la perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%;
5. in caso di afachia monolaterale con:
 - visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%;
 - visus corretto di 7/10 18%;
 - visus corretto di 6/10 21%;
 - visus corretto di 5/10 24%;
 - visus corretto di 4/10 28%;
 - visus corretto di 3/10 32%;
 - visus corretto inferiore a 3/10 35%;
6. in caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la percentuale riportata nella tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

	Destro	Sinistro
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%
Perdita di un testicolo		0%
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio		12%
Perdita totale dell'anulare		8%
Perdita totale del mignolo		12%
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%

	Destro	Sinistro
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a. in semipronazione:	30%	25%
b. in pronazione	35%	30%
c. in supinazione	45%	40%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a. in semipronazione	40%	35%
b. in pronazione	45%	40%
c. in supinazione	55%	50%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a. in semipronazione	22%	18%
b. in pronazione	25%	22%
c. in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

N.B.: In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Art. 45 Criteri specifici di indennizzabilità

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 46 Criteri particolari di indennizzabilità

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista nella tabella scelta, si fa riferimento ai seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella suddetta e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

Art. 47 Massimo indennizzo per lesioni plurime

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 48 Diritto all'indennizzo

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, in tal caso la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato ed offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 49 Decesso indipendente dall'infortunio

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, la Società corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'Assicurato. Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/ aventi causa hanno facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea.

Art. 49 Supervalutazione arti inferiori e/o superiori

Qualora l'infortunio si riferisca agli arti inferiori e/o superiori (in base a quanto indicato nella scheda di polizza) e alle loro singole parti, la percentuale di invalidità permanente accertata, **qualora fosse superiore al 6%** e secondo quanto previsto dagli articoli della presente sezione, sarà elevata del:

- 50% per l'assicurato di età fino al **28°** anno di età;
- 25% per l'assicurato dal **29°** anno di età e oltre;

Per gli assicurati che dovessero eventualmente ricoprire il ruolo di **“Portiere”** le suddette percentuali di maggiorazione dell'indennizzo sono estese a tutto il corpo.

Resta inteso che per determinare la misura dell'invalidità permanente da cui detrarre la franchigia prevista in base a quale operante fra gli articoli “Art. 53 Franchigia a Scaglioni assoluta”, “Art. 54 Franchigia a Scaglioni relativa” e “IPI Art. 55 Franchigia Assoluta”, si farà riferimento alla percentuale di invalidità permanente riconosciuta all'Assicurato ed elevata secondo i criteri indicati.

Qualora l'infortunio determini una invalidità permanente accertata di grado **pari o inferiore al 6%**, non è dovuta alcuna maggiorazione all'indennizzo.

Rimane sempre fermo il limite massimo del **100%** stabilito dall' Art. 47 Massimo indennizzo per lesioni plurime per il caso di perdita anatomica e funzionale di più organi od arti o di parti di essi. Agli effetti della presente garanzia in nessun caso la Società risarcirà somma superiore a quanto indicato nella scheda di polizza per sinistro e per anno assicurativo.

Art. 51 Determinazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente Specifica Totale da Malattia (IPM)

Ferme ed invariate le condizioni dell' Art. 43 “Criteri Generali di indennizzabilità” che sono valide anche per questa estensione all' invalidità permanente da malattia, il riconoscimento della eventuale invalidità permanente da malattia, ai sensi dell' Art. 23 “Invalidità permanente specifica totale da malattia (IPM)”, verrà effettuato purché vi sia completa ed irrimediabile perdita della capacità di esercitare l'attività professionale sportiva e che determini la perdita dell'idoneità all'attività sportivo agonistico, riconosciuta dalla F.I.M.S. (Federazione Italiana Medici Sportivi), secondo la seguente scala di indennizzo:

- 100% della Somma Assicurata per l'assicurato di età fino a 30 anni
- 90% della Somma Assicurata per l'assicurato di 31 anni
- 80% della Somma Assicurata per l'assicurato di 32 anni
- 60% della Somma Assicurata per l'assicurato di 33 anni
- 40% della Somma Assicurata per l'assicurato oltre i 33 anni

La percentuale di invalidità permanente dovrà essere accertata non prima di un anno dalla denuncia della malattia. La Società pagherà l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalidità permanente derivante dalla malattia denunciate, esclusi i danni ulteriori attribuibili a situazioni patologiche o infermità preesistenti all'entrata in vigore del contratto e/o difetti fisici.

Art. 52 Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio e/o malattia, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Resta infine stabilito che, nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto la liquidazione dell'intera somma, indennizzabile a termini di polizza, per la garanzia di cui all' Art. 26 "Invalidità Specifica Totale da Infortunio (IPT) (se prevista dal contratto) o di cui all'Art. 51 "Determinazione dell'indennizzo per Invalidità Specifica Totale da Malattia (IPM)", egli dovrà produrre al Collegio Medico unitamente alla necessaria documentazione sanitaria, certificazione di non idoneità all'attività agonistica sportiva rilasciata dalla A.S.L. competente o da altro ente equipollente purché riconosciuto dalla Federazione sportiva di appartenenza.

Art. 53 Franchigia a Scaglioni assoluta

L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio (IPI), determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato suddividendo la somma assicurata in tre parti uguali e applicando le seguenti franchigie:

1. **per la prima parte (vedasi scheda di polizza)**, l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del **(vedasi scheda di polizza)**;
2. **per la seconda parte (vedasi scheda di polizza)**, l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del **(vedasi scheda di polizza)**;
3. **per la terza parte (vedasi scheda di polizza)**, l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del **(vedasi scheda di polizza)**;

Art. 54 Franchigia a Scaglioni relativa

L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio (IPI), determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato suddividendo la somma assicurata in tre parti uguali e applicando le seguenti franchigie:

1. **per la prima parte (vedasi scheda di polizza)**, l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del **(vedasi scheda di polizza)**;
2. **per la seconda parte (vedasi scheda di polizza)**, l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del **(vedasi scheda di polizza)**;
3. **per la terza parte (vedasi scheda di polizza)**, l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del **(vedasi Scheda di polizza)**;

Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti pari o superiore al **(vedasi scheda di polizza) % della totale**, la Società liquiderà l'intera somma assicurata per **Invalidità Permanente totale senza applicazione di alcuna franchigia**.

Art. 55 Franchigia assoluta

L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio (IPI), determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato applicando la seguente franchigia:

- **(vedasi scheda di polizza) assoluta**

