



**SCHEMA DI CONVENZIONE INFORTUNI IN FAVORE DELLA FEDERAZIONE  
ITALIANA TENNIS, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE  
SOCIETÀ AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI**

**Tra**

la **Federazione Italiana Tennis** e la **Allianz S.p.A.**, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** o **FIT** e **Società** (di seguito, ciascuna, una “**Parte**” e, congiuntamente, le “**Parti**”), viene stipulata la seguente convenzione (di seguito, la “**Convenzione**”) per le garanzie contro Infortuni, in favore della FIT, dei suoi Organi Centrali e Periferici, delle Società Affiliate e dei suoi Tesserati.

**Art. 1 - Durata e decorrenza della Convenzione**

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di mesi 24 (ventiquattro), con decorrenza dalle ore 24:00 del 30 giugno 2016.

La Convenzione sarà rinnovata automaticamente per ulteriori 24 (ventiquattro) mesi alle medesime condizioni, in assenza di disdetta da parte della FIT, da comunicare, a mezzo raccomandata a. r., almeno 6 (sei) mesi prima della scadenza.

**Art. 2 - Obblighi della FIT**

La FIT si impegna a comunicare alla Società tutte le modifiche delle norme federali ed ogni altra circostanza che comporti una variazione od un aggravamento del rischio, ai sensi di quanto previsto dall’art. 1898 del cod. civ., riservandosi, in ogni caso, la Società, la facoltà di recedere dalla Convenzione.

**Art. 3 - Foro competente - clausola arbitrale**

Qualunque controversia circa la validità, la interpretazione o la esecuzione del presente contratto e delle eventuali successive modificazioni o integrazioni di esso sarà deferita ad un Collegio arbitrale composto da tre arbitri, dei quali due nominati dalle parti ed il terzo, quale Presidente del Collegio, nominato dai primi due arbitri d'accordo o, in difetto di accordo nel termine di venti giorni dalla nomina del secondo arbitro, dal Presidente dell’Ordine dei Commercialisti di Roma. Allo stesso Presidente dell’Ordine dei Commercialisti di Roma spetterà di nominare l'arbitro che una delle due parti avesse omesso di designare, purché siano decorsi venti giorni dall'invito a designarlo rivoltole dall'altra parte a mezzo di ufficiale giudiziario.

La sede del procedimento arbitrale sarà in Roma. Gli arbitri giudicheranno, in via rituale e secondo diritto, entro giorni 90 (novanta) dalla accettazione salvo proroga del termine.

Per le controversie non deferibili ad arbitri è competente in via esclusiva il foro di Roma.



#### Art. 4 – Definizioni

- Assicurato:** la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa;
- Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
- Polizza:** il documento che prova l'Assicurazione;
- Premio:** la somma dovuta dalla Contraente alla Società;
- Tesserato:** ogni singolo soggetto iscritto alla Contraente;
- Affiliato:** ogni singola società o associazione aderente alla Contraente;
- Atleta:** il Tesserato che svolge l'attività sportiva rientrando negli scopi della Contraente a titolo agonistico, non agonistico, amatoriale o ludico;
- Dirigente:** il soggetto tesserato con tale titolo;
- Tecnici:** i soggetti tesserati in qualità di istruttori, tecnici federali, maestri, preparatori fisici, e le analoghe figure comunque preposte all'insegnamento delle tecniche sportive, all'allenamento degli atleti e al loro perfezionamento tecnico;
- Beneficiari:** l'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno Beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato;
- Franchigia:** è l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico e che, per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo;
- Massimale:** è l'importo massimo della prestazione della Società;
- Scoperto:** è l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che, per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri;
- Infortunio:** ogni evento improvviso, che si verifichi indipendentemente dalla volontà dell'Assicurato, dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea;
- Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro;



- Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro;
- Ricovero:** permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento;
- Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio;
- Ambulatorio:** la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;
- Istituto di cura:** l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge, dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- Trattamento chirurgico:** intervento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura;
- Day Hospital:** struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

## NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

### Art. 5 - Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione a manifestazioni di altre organizzazioni alle quali la FIT abbia ufficialmente aderito.

### Art. 6 - Assicurazioni per conto altrui

Poiché la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del cod. civ.



### **Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e/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, cod. civ.

### **Art. 8 - Aggravamento del Rischio**

La Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del Rischio.

Gli aggravamenti del 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 cod. civ.

### **Art. 9 - Diminuzione del Rischio**

Nel caso di diminuzione del Rischio, la Società è obbligata, ai sensi dell'art. 1897 del cod. civ., a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione della Contraente in ordine alle circostanze dai cui derivi la diminuzione del Rischio. In deroga a quanto previsto dall'art. 1897 cod. civ., in caso di diminuzione del Rischio la Società non è titolare del diritto di recedere dalla Convenzione.

### **Art. 10 - Determinazione del Premio - Incasso degli acconti e regolazione del Premio**

Fermo restando che i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva Sezione Premi e che l'importo complessivo previsto alla Sezione Premi (comprensivo di: numero adesioni, premio unitario, premio totale) deve considerarsi quale Premio minimo anticipato alla Società per ciascun anno assicurativo, le Parti stabiliscono che il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio verrà effettuato sulla base del numero effettivo degli assicurati previsti alla Sezione Premi.

Entro la data del 31.03 di ciascun anno di durata della Convenzione, la Contraente fornirà alla Società un elenco, riferito all'anno assicurativo precedente, recante il numero degli Assicurati suddivisi per categoria di appartenenza, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del Premio definitivo.

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

### **Art. 11 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

L'Assicurazione sarà efficace a decorrere dalle ore 24:00 della data di sottoscrizione della presente Convenzione. Il rapporto assicurativo, con la relativa copertura, decorre, per ogni singolo Assicurato, dalle ore 24:00 del giorno in cui consegna il titolo che dà diritto



all'Assicurazione ai sensi del successivo art. 12 della presente Sezione, e terminerà contestualmente alla scadenza del titolo anzidetto.

Le rate dei premi devono essere pagati alla Società entro il termine di 30 (trenta) giorni dalle date di scadenza indicate nella Polizza per ciascuna rata. Decorso tale termine senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'efficacia dell'Assicurazione resterà sospesa sino alle ore 24:00 del giorno in cui sarà effettuato il pagamento della relativa rata di Premio.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze, comprese nel beneficio assicurativo, in data posteriore alla sottoscrizione della Convenzione, ma anteriore alla segnalazione dei nominativi alla Società, quest'ultima esprime riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del Sinistro.

L'Assicurazione, la quale concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dalla FIT, è in ogni caso efficace solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi delle norme contenute nello Statuto e nei Regolamenti della FIT, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti alla FIT stessa.

#### **Art. 12 - Titoli che danno diritto all'Assicurazione**

I titoli che danno diritto alle garanzie assicurative sono, senza distinzione di attività praticata – purché rientrante negli scopi della Contraente - di ruolo ricoperto o di mansione esercitata: *i)* la Tessera FIT nominativa e numerata, per il Tesserato, *ii)* l'affiliazione alla FIT, per l'Affiliato.

#### **Art. 13 - Denuncia dei sinistri**

La denuncia del Sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato al Centro Liquidazioni danni della Società entro 30 (trenta) giorni dall'evento ovvero dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dall'art.1913.

#### **Art. 14 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico della Contraente.

#### **Art. 15 - Modifiche dell'Assicurazione**

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere apportate per iscritto.

#### **Art. 16 - Rinvio alle norme di legge**

Per tutto quanto non sia diversamente regolato dalla presente Convenzione, valgono le norme di legge vigenti in materia.



### **Art. 17 - Interpretazione della Convenzione**

In caso di eventuali controversie sull'interpretazione delle clausole della presente Convenzione, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

### **Art. 18 - Recesso dalla Convenzione**

Non è ammesso il recesso dalla presente Convenzione, salvo quanto previsto al precedente art. 2.

### **Art. 19 - Foro competente**

Fermo quanto previsto dall'art.3 della presente Convenzione in ordine alle controversie tra le Parti, per ogni controversia inerente il rapporto tra la Società e i Beneficiari, foro competente sarà quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

### **Art. 20 - Dichiarazioni della Società**

La Società dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del Rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni della Contraente e/o dell'Assicurato.

### **Art. 21 - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte**

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

## **SEZIONE INFORTUNI**

### **Art. 22 - Soggetti Assicurati**

L'Assicurazione è efficace nei confronti di tutti i Tesserati alla Federazione Italiana Tennis.

### **Art. 23 - Oggetto del rischio**

L'Assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva organizzata sotto l'egida della FIT, ivi compresi gli allenamenti, le competizioni e/o le gare, i raduni e/o gli *stages* di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale, comprese le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara o allenamento.

La copertura assicurativa è inoltre estesa alle altre attività fisiche quali, a titolo esemplificativo, pesistica e atletica, purché rientranti nel programma di allenamento, potenziamento e/o recupero comunque relativo all'attività tennistica.

Le garanzie assicurative saranno efficaci contro i rischi di infortuni occorsi nello svolgimento

di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente e degli Affiliati, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, compreso il rischio *in itinere*, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza con data certa ovvero atti di repertorio della Contraente e/o degli Affiliati.

L'Assicurazione opera a condizione che le attività sopra descritte si svolgano secondo le modalità, i tempi e presso le strutture o i luoghi previsti dai regolamenti federali.

L'Assicurazione opera anche quando l'Assicurato, in qualità di passeggero o in qualità di conducente, subisca un infortunio durante i trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, verso e da il luogo di svolgimento delle attività di cui al presente art. 23, esclusi gli incidenti verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque inosservanza delle norme che regolano il trasferimento.

L'Assicurazione opera a condizione che l'Infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato all'attività di cui ai precedenti commi, ed in data ed orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione al termine dell'attività stessa.

#### **Art. 24 - Estensioni di garanzia**

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. le infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
3. gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
4. l'annegamento;
5. l'assideramento e/o il congelamento;
6. i colpi di sole e/o di calore;
7. gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
8. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze anche gravi;
9. le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
10. le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari.

#### **Art. 25 - Esclusioni**

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo art. 36 (Rischio volo);



- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- g) da guerra e da insurrezioni;
- h) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- i) da malaria, da malattie tropicali e da carbonchio;
- j) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (a titolo esemplificativo, fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- k) dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertate in base alle normative vigenti.

#### **Art. 26 - Esonero denuncia di infermità**

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici o mutilazioni, da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della Polizza o che dovessero in seguito intervenire.

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana, si applicherà quanto disposto dall'art. 35 (Criteri di indennizzabilità).

#### **Art. 27 - Esonero denuncia altre assicurazioni**

Si dà atto che la Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con Compagnie di Assicurazioni diverse dalla Società per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in Polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, lesione ed indennità di ricovero, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

#### **Art. 28 - Rinuncia alla rivalsa**

La Società rinuncia, in favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 cod. civ. verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

#### **Art. 29 - Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sintomi e disturbi mentali organici.





Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso di durata della Convenzione costituisce per la Società aggravamento del Rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del cod. civ.; di conseguenza la Società avrà la facoltà di recedere dalla Convenzione, con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non saranno indennizzabili.

Si intendono comunque assicurati i Tesserati affetti dalle seguenti patologie:

- a) Patologie psichiatriche;
- b) Disturbi mentali come da assi 1, 2, 3 del DSM-IV;
- c) Attention Deficit Hyperactive Disorder;
- d) Patologie Neurologiche;
- e) Patologie neuromotorie;
- f) Paralisi cerebrale infantile;
- g) Malattie degenerative del sistema nervoso adulto;
- h) Patologie dismetaboliche e disgenetiche;
- i) Miopatie e polineuropatie;
- j) Mielopatie;
- k) Epilessia non in fase attiva;
- l) Patologie osteoarticolari;
- m) Disturbi sensoriali.

### **Art. 30 - Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari**

A parziale deroga di quanto previsto dell'art. 1900 del cod. civ., sono compresi nella garanzia assicurativa gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, della Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1912 del cod. civ., sono compresi nella garanzia assicurativa gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

### **Art. 31 - Infortuni determinati da calamità naturali**

In deroga a quanto previsto dall'art. 1912 del cod. civ., la garanzia assicurativa è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche. Nel caso in cui uno di tali eventi colpisca più soggetti assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente l'importo di Euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00).

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

### **Art. 32 - Evento con pluralità di infortuni**

Nel caso in cui un evento determini l'infortunio di più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 5.000.000,00 (cinquemilioni/00).



### **Art. 33 - Validità territoriale**

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo, fermo restando che la valutazione e la liquidazione dei danni avvengono in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro.

### **Art. 34 - Limite di età**

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

### **Art. 35 - Criteri di indennizzabilità**

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

In caso di perdita anatomica e/o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo art. 38 (Invalidità permanente – franchigia assoluta) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, la prestazione assicurativa è dovuta, in caso di decesso, anche quando tale evento costituisca conseguenza indiretta di un Infortunio avvenuto in occasione di una manifestazione sportiva ufficiale (indetta dalla FIT o a cui partecipi, previa approvazione della FIT, l'Affiliato per il quale l'Assicurato risulti tesserato), all'interno della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa.

### **Art. 36 - Rischio volo**

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

- da società e/o aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi da trasporto pubblico passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente Polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato, o da altri in suo favore, per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi per aeromobile:

Euro 5.200.000,00 (cinquemilioniduecentomila/00) per il caso morte;

Euro 5.200.000,00 (cinquemilioniduecentomila/00) per il caso invalidità permanente;

Euro 5.200.000,00 (cinquemilioniduecentomila/00) per il caso inabilità temporanea.

Polizza n. 77691181

Agenzia Roma Civitus, Viale Parioli 56 00197 Roma (RM)

Tel. 06/8073853 Fax 06/92933476 E-mail [fit@civitus.it](mailto:fit@civitus.it) Portale: <http://fit.civitus.it>



Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti.

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

## **Art. 37 - Prestazioni**

### **a) Morte**

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'Indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo Infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

### **b) Morte presunta**

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà l'Indennizzo previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. La liquidazione da parte della Società non avverrà prima che siano trascorsi 6 (sei) mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del cod. civ.

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'Indennizzo risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

### **c) Invalidità Permanente**

Fermo quanto previsto al successivo art. 38 (Invalidità permanente – franchigia assoluta), la Società corrisponde l'Indennizzo nella misura prevista come segue e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di assicurazione sportiva dilettantistica:

*i)* per tutti gli Assicurati gli indennizzi saranno determinati, in ragione del massimale di riferimento, secondo quanto previsto nella tabella allegata al decreto ministeriale 03.11.2010 “Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti”, pubblicato sulla GU n. 296 del 20.12.2010, ovvero, se più favorevole all'Assicurato, secondo quanto previsto nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n°1124 (“Tabella INAIL”).

Resta inteso che in caso di mancato versamento del Premio, la Società è obbligata ad erogare la prestazione assicurativa in favore dell'Assicurato, fatto salvo il diritto di

Polizza n. 77691181

Agenzia Roma Civitus, Viale Parioli 56 00197 Roma (RM)

Tel. 06/8073853 Fax 06/92933476 E-mail [fit@civitus.it](mailto:fit@civitus.it) Portale: <http://fit.civitus.it>

rivalsa nei confronti della Contraente.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'Indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'Infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto previsto dal precedente art. 35.

#### **d) Precisazioni**

- Per “frattura” s'intende la rottura parziale o totale della continuità dell'osso, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'Indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'Assicurato).
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'Indennizzo indicato.
- Le fratture “scomposte” determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture “esposte” determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle “amputazioni” si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomico-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'Indennizzo.
- Per “lussazione” si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall'Assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 (sessanta) giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'Indennizzo previsto per la lesione sarà 20 (venti) volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.
- Per i casi di lesioni legamentose, l'Indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro 6 (sei) mesi dal prodursi della lesione.
- Per “rottura dei denti” si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli). Per il relativo accertamento è richiesta la documentazione radiologica.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 (quindici) giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a 2 (due) volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di “Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa”.

In presenza di frattura cranica l'Indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.

L'Indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.

- Per "ustioni" si intendono le bruciate dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrarisaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.

### **Art. 38 - Invalidità permanente – franchigia assoluta**

Se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art. 37, lettera c), non supera il 3,5%, all'Assicurato non sarà corrisposto alcun Indennizzo.

Qualora la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore al 3,5%, l'Indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.

Per la sola categoria Tecnici, la franchigia è ridotta al 2,5%.

### **Art. 39 - Controversie sulla natura degli infortuni**

In caso di controversia su natura, cause, entità e conseguenze delle lesioni indennizzabili a termini di Polizza, nonché in ordine all'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono deferire la soluzione della controversia, conferendo espresso mandato per iscritto, ad un Collegio costituito da tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo nominato di comune accordo dagli altri due.

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

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

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

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

I risultati delle operazioni del Collegio medico devono essere annotate in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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



## **Art. 40 - Pagamento dell'Indennizzo**

Nel caso di Infortunio il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato in Euro e comunque in Italia.

## **Art. 41 - Estensioni speciali**

### ***Perdita dell'anno scolastico***

Qualora, a seguito di uno degli eventi garantiti con la presente Polizza, l'Assicurato dovesse trovarsi nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, all'Assicurato verrà corrisposto un Indennizzo incrementato del 20%.

La predetta garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentino scuole nella Repubblica di San Marino, ovvero scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

### ***Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore***

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

### ***Rischio guerra***

A parziale deroga di quanto previsto nel precedente art. 25, lettera g), l'Assicurazione vale anche per gli Infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti da guerra o insurrezione che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

### ***Spese funerarie***

In caso di decesso a seguito di Infortunio, la Società rimborserà le spese funerarie fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (cinquemila/00).

### ***Rimpatrio salma***

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (cinquemila/00), rimborserà le



spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'Infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

### ***Rientro sanitario***

In caso di Infortunio occorso all'estero, la garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (cinquemila/00).

### ***Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti***

Per i morsi di animali, insetti e aracnoidi, che rendano necessario il ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, all'Assicurato, previa diagnosi che accerti l'evento, sono rimborsate le spese documentate.

### ***Avvelenamenti***

A seguito di avvelenamento acuto o sospetto avvelenamento da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti il Ricovero con almeno un pernottamento in Istituto di cura, al soggetto Assicurato, previa diagnosi che accerti l'avvelenamento (o attesti il sospetto avvelenamento), sono rimborsate le relative spese documentate.

### ***Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore***

A seguito di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione, al soggetto Assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

### ***Danno estetico***

Al soggetto Assicurato che non abbia compiuto il 14° anno di età alla data dell'Infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva subiti in conseguenza dell'Infortunio occorso.

### ***Indennità giornaliera da ricovero***

In caso di ricovero in Istituto di cura, reso necessario da Infortunio, la Società liquiderà la somma assicurata per ogni giorno di degenza, pari a quella indicata nel successivo paragrafo "MASSIMALI" della presente Sezione.

L'indennità per la diaria da ricovero viene corrisposta per un periodo massimo di 60 (sessanta) giorni e con una franchigia di 3 (tre) giorni.

Il giorno di ricovero ed il giorno di dimissione saranno considerati come unico giorno.

In caso di *Day Hospital* la diaria da ricovero si intenderà pari al 50% del valore assicurato.



### ***Diaria per ricovero in Istituto di cura per ingessatura***

Se l'Infortunio comporta il ricovero e/o l'immobilizzazione con applicazione di apparecchio gessato o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili), applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità pari a quella indicata nel successivo paragrafo "MASSIMALI" della presente Sezione, fino alla rimozione dell'ingessatura e comunque per un periodo massimo di 40 (quaranta) giorni.

Sono inclusi nella garanzia i seguenti apparecchi immobilizzanti:

- apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast) e in materiale acrilico;
- bendaggi amidati;
- docce/valve gessate;
- bendaggio default;
- minerve (anche in cuoio);
- apparecchio di trazione cranica (tipo Halo);
- trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin).

Non sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato:

- bendaggi, apparecchi, busti, corsetti cd. "semirigidi";
- apparecchi toraco-brachiali non gessati ed amovibili;
- bendaggi elastici adesivi (Tensoplast, ecc.);
- ortesi in genere (app. di posizione – es. plantari);
- collari Schantz, Camp e simili;
- ginocchiere DonJoy;
- stecca di Zimmer.

Relativamente alla ginocchiera DonJoy ed alla stecca di Zimmer le modalità con cui le stesse vengono ammesse all'Indennizzo sono le seguenti:

- ginocchiera DonJoy: pur non essendo, in alcuni casi, apparecchio immobilizzante, viene ammessa all'Indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura o una rottura completa di legamento del ginocchio;

- stecca di Zimmer: pur non essendo un apparecchio rimovibile solo mediante demolizione, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura.

### **Art. 42 - Rimborso spese mediche**

In caso di Infortunio indennizzabile all'Assicurato sono rimborsate, fino alla concorrenza della somma indicata nel paragrafo "MASSIMALI" della presente Sezione e dedotto uno scoperto del 10% con un minimo di Euro 250,00 (duecentocinquanta/00), le spese



documentate rimaste a suo carico per:

- a) onorari dei chirurghi e dell'equipe operativa;
- b) uso della sala operatoria e del materiale di intervento;
- c) rette di degenza in ospedale o clinica;
- d) onorari medici;
- e) accertamenti diagnostici;
- f) trasporto con qualsiasi mezzo di soccorso dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura (pubblico o privato);
- g) applicazione e rimozione di apparecchio gessato;
- h) cure odontoiatriche susseguenti ad infortunio, con esclusione di applicazione di protesi dentarie;
- i) trattamenti fisioterapici svolti nei 90 giorni successivi l'evento.

La garanzia non vale per gli interventi di odontoiatria e di ortodonzia, né per interventi aventi finalità estetiche, fatta eccezione per quelli di cui alla precedente lettera h).

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese indennizzabili a termine di polizza rimaste a carico dell'Assicurato.

Qualora per qualsiasi motivo il S.S.N. non sia operante neppure parzialmente, le spese in oggetto saranno rimborsate dalla Società per l'80%. Il rimborso è effettuato in Italia ed in Euro sulla base della documentazione in originale delle spese; per i ricoveri all'estero si applica il cambio medio – ricavato dalle quotazioni dell'U.I.C. – della settimana in cui la spesa è sostenuta.

Il rimborso è effettuato a cura ultimata e a guarigione clinica avvenuta; l'Assicurato deve presentare copia della cartella clinica completa e, se del caso, delle precisazioni mediche e dell'esito degli accertamenti.

### **Art. 43 - Denuncia degli infortuni**

In caso di Sinistro, la Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono:

- a) darne avviso per iscritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui la Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Società legittimo impedimento alla trattazione del Sinistro;
- b) in caso di Sinistro occorso durante un allenamento, anche individuale, previsto, disposto ed autorizzato e/o controllato dalla FIT, anche per il tramite dei suoi organi periferici e dei suoi Affiliati, ai fini dell'ammissione del Sinistro all'Indennizzo, la denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'Affiliato per il quale l'Assicurato è tesserato che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione stessa;

Polizza n. 77691181

Agenzia Roma Civitus, Viale Parioli 56 00197 Roma (RM)

Tel. 06/8073853 Fax 06/92933476 E-mail [fit@civitus.it](mailto:fit@civitus.it) Portale: <http://fit.civitus.it>



- c) documentare, fornendo ulteriori certificati medici, il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- d) trasmettere, in caso di Ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;
- e) consentire in ogni caso alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico, sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 (sessanta) giorni dalla chiusura del Sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

#### **Art. 44 - Rinuncia al diritto di surrogazione**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e/o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del cod. civ. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

### **MASSIMALI**

#### **Tesserati Agonisti e non:**

<b>Per il caso di Morte</b>	<b>€ 80.000,00</b>
<b>Per il caso di Invalidità di Permanente</b>	<b>€100.000,00</b>

#### **Istruttori, Tecnici, Maestri, e Preparatori Fisici**

<b>Per il caso di Morte</b>	<b>€ 80.000,00</b>
<b>Per il caso di Invalidità di Permanente</b>	<b>€100.000,00</b>
<b>Per il caso Diaria da Gesso</b>	<b>€ 50,00</b>
<b>Per indennità giornaliera da ricovero</b>	<b>€ 50,00</b>
<b>Rimborso spese Mediche, farmaceutiche, chirurgiche e ospedaliere da infortunio</b>	<b>€ 2.000,00</b>