

F.I.G.C.
Federazione Italiana Giuoco Calcio
Via G. Allegri, 14
00198 - Roma

Estratto della Polizza
Infortuni n. 102938806

UnipolSai Assicurazioni Spa

SOMMARIO

POLIZZA INFORTUNI

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI	3
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE.....	4
SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI.....	5
SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI.....	7
SEZIONE 5 - SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO.....	11
SEZIONE 6 - CONDIZIONI DI POLIZZA RELATIVE AI SINGOLI SETTORI ASSICURATI	11
SEZIONE INTEGRATIVA - FACOLTATIVA "A.I.A.".....	18
Allegato A – Tabella Lesioni	20
Allegato B - Elenco Grandi Interventi	25
Allegato C - Scheda adesione integrativa/facoltativa "A.I.A"	27

POLIZZA INFORTUNI

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Apparecchio gessato	Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in Istituto di cura
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione.
Franchigia	L'importo prestabilito che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo (la franchigia può essere espressa in giorni o in percentuale).
Frattura	Una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una lesione oppure un'invalidità permanente.
Istituto di cura	Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
Invalidità Permanente	Perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi.
Lesione	Ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella allegata, purché determinata da infortunio.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Post-ricovero	Periodo di convalescenza successivo al ricovero.
Premio	La somma dovuta alla Società.
Ricovero	La degenza comportante pernottamento nell'Istituto di cura.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	Il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

omissis

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 22 – Oggetto e operatività dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività dichiarate nei singoli Settori di polizza.

Si intendono, inoltre, considerati infortunio anche:

- gli avvelenamenti od intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze nocive in genere;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- la folgorazione;
- le lesioni derivanti da contatti improvvisi con corrosivi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di vandalismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva

Art. 23 - Infortuni derivanti da colpa grave e da tumulti popolari

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 c.c. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 24 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 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 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;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dall'Art. 26 - Rischio Volo;
- d) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, hockey, rafting, canoa fluviale, rugby, football americano, paracadutismo e sports aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati;
- l) da guerra, insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- m) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.

Sono altresì escluse:

- o) le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:
 - qualora l'ernia risulti operabile, sarà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;

- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 33 Controversie - Arbitrato irrituale.

Art. 25 - Persone non assicurabili

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetta da: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal testo H.I.V., sindrome di immunodeficienza acquisita, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - delle Condizioni Generali di assicurazione.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle affezioni o malattie di cui sopra nel corso del contratto costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Art. 26 - Identificazione delle persone assicurate

La Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per la materiale identificazione degli Assicurati si farà riferimento agli elenchi ed alla documentazione ufficiale riportanti i nominativi dei tesserati e/o iscritti redatti dalla Contraente o dalle Società, Associazioni e Unioni Sportive ad esso affiliate.

Art. 27 – Beneficiari

In caso di decesso dell'assicurato beneficiari dell'assicurazione, sono le persone di cui all'art. 2122 C.C., salvo diversa designazione da parte dell'assicurato, sempre suscettibile di revoca; in caso di invalidità permanente sono gli assicurati stessi.

Art. 28 – Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'assicurato subisca durante i voli effettuati in qualità di passeggero su aeromobili (compresi elicotteri) di qualsiasi tipo e da chiunque eserciti purché abilitati al volo da regolare certificato di navigabilità.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società non potrà superare il capitale di:

a) per persona:

€ 1.035.000,00 per il caso di Morte;

€ 1.035.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

b) complessivamente per aeromobile:

€ 5.165.000,00 per il caso di Morte;

€ 5.165.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 29 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata, entro 60 giorni, a MRC dall'Assicurato (o dai suoi aventi causa) tramite posta, fax, email come previsto nell'apposito modulo di denuncia infortunio.

Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere inviata a MRC entro 15 (quindici) giorni dal fatto.

La denuncia deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire alla Società e suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta. L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono consentire alle visite dei medici della Società/MRC ed a qualsiasi indagine che questo ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire a MRC un dettagliato certificato medico sull'infortunio; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare a MRC, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescritte dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare a MRC il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

Qualora l'infortunio interessi solo ed esclusivamente le Cure Dentarie, l'Infortunato non è tenuto a presentare a MRC il certificato di guarigione.

La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata a MRC con certificato definitivo. In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa sino alla data di prescrizione del sinistro. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, la Società non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

L'Assicurato o i suoi aventi causa decadono da ogni diritto alle prestazioni della Società nel caso di inosservanza delle prescrizioni per l'infortunio riportate nella presente polizza, e del pari decadono da ogni diritto ove fossero incorsi in false o reticenti dichiarazioni.

Art. 30 - Liquidazione e pagamento

Ricevuta la necessaria documentazione, valutato il danno, verificata l'operatività delle garanzie prestate e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia in Euro.

Art. 31 - Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi per le prestazioni di Morte, Lesioni o Invalidità Permanente non sono cumulabili tra loro. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennità per invalidità permanente, entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo, l'assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra indennità pagata e quella prevista per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 32 - Esonero denuncia Infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui l'Assicurato fosse affetto al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato quanto disposto dall'Art. 35 - Criteri di indennizzabilità - delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 33 - Responsabilità della Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dalla Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'art. 35 - Morte - delle Condizioni Generali di Assicurazione (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso la Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che la Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in esse soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore della Contraente, delle spese di causa da lui sostenute. La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 34 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di disaccordo sul nesso casuale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 35 - Criteri di indennizzabilità - a richiesta delle Parti si procederà mediante arbitrato di un Collegio Medico, di cui i due primi componenti saranno designati dalle Parti stesse ed il terzo scelto d'accordo dai primi due componenti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Medico.

Tale Collegio Medico risiede presso l'ispettorato Sinistri della Società geograficamente competente.

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.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento della Lesione o l'accertamento definitivo dell'invalidità ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

Art. 35 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 39 - Invalidità Permanente, delle presenti Norme, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 36 - Morte

L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato 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, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 37 - Lesioni

Operante per il Settore C

La Società corrisponde l'indennizzo nella misura prevista dalla Tabella Lesioni — Allegato A, alla polizza, per le lesioni che siano causate da un evento assicurato.

In caso di evento che produca più lesioni comprese nella Tabella, la Società non corrisponderà complessivamente indennizzi superiori al capitale massimo assicurato per Lesioni.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, derivi un'Invalidità Permanente superiore al 50% della totale, la Società liquida all'Assicurato una somma per Invalidità Permanente, in luogo della somma assicurata per Lesioni come prevista nella Tabella Lesioni, qualora questa sia meno favorevole.

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma massima assicurata per Lesioni in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull' Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 38 - Precisazioni concernenti la garanzia Lesioni

Operante per il Settore C

- 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 per 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 s'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 di 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, gli verrà indennizzato un capitale pari a quello spettante per il caso morte.
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.

Art. 39 - Invalidità Permanente

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell' infortunio. L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali previste nella tabella di cui sopra vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla

mano sinistra e viceversa.

Art. 40 - Franchigia assoluta del 5% per il caso Invalidità Permanente

40.1. - Operante per i Settori A e D

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5% della totale. Per invalidità permanente superiore a detta percentuale, l'indennizzo viene liquidato solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 5%.

40.2. - Operante per il Settore B

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5% della totale. Per invalidità permanente superiore al 5% della totale:

- per i primi Euro 155.000,00 di massimale, l'indennizzo verrà liquidato per l'intera aliquota di invalidità permanente accertata;
- per l'eccedenza a Euro 155.000,00 di massimale anzidetto, l'indennizzo viene liquidato solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 5%. Per invalidità permanente pari o superiori al 20% non sarà applicata alcuna franchigia.

Art. 41 - Morte ed Invalidità Permanente per altre cause

Relativamente alle sole garanzie morte ed invalidità permanente, sono considerati infortunio anche l'infarto cardiaco, l'ictus provocato da emorragia cerebrale, la trombosi cerebrale, l'embolia, la rottura di aneurisma, l'arresto cardiaco-circolatorio (per crisi aritmiche improvvise, gravi bradicardie, sindrome del seno carotideo), le cardiopatie traumatiche (da lesioni non penetranti con conseguente rottura atri e ventricoli, aritmie, insufficienza cardiaca acuta da rottura valvolare, versamento pericardico emorragico), il trauma extratoracico con ipotensione polmonare (da shock) e conseguente ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrome), nonché qualsiasi evento riconducibile alle su indicate patologie, che causino la morte o un'invalidità permanente non inferiore al 60% della totale (grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio), verificatisi durante l'esercizio dell'attività sportiva, sul campo o entro il limite sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa.

La garanzia è operante a condizione che l'infortunato sia in regola con le visite mediche annuali previste dalle vigenti disposizioni regolamentari.

La presente estensione di garanzia è prestata con un limite massimo di Euro 51.646,00 a persona.

Art. 42 - Virus H.I.V.

Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo a seguito di contagio da virus H.I.V. avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna durante lo svolgimento delle attività inerenti il contratto, l'Assicuratore mette a disposizione dell'Assicurato un capitale equivalente a Euro 10.330,00. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni dell'Assicuratore verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'assicurazione, le persone affette da emofilia e tossicomania, nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro. Il diritto a questa indennità è di carattere personale e, quindi non è trasmissibile agli eredi e deve essere esercitato, a pena di nullità, esclusivamente nelle seguenti forme:

- a) qualora l'Assicurato ritenga o supponga di essere stato contagiato dal virus H.I.V., deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, denunciare all'Assicuratore, l'evento dannoso ritenuto causa del presunto contagio da virus H.I.V.. E' fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare all'Assicuratore, una relazione dettagliata dell'evento dannoso. L'Assicurato deve altresì, entro il termine di 6 giorni dall'evento, recarsi presso un ospedale o istituto di cura pubblico o privato e sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V.;
- b) nel caso in cui dagli accertamenti clinici risultasse lo status di sieropositività, riconducendo pertanto l'avvenuto contagio ad un momento precedente l'evento denunciato, nulla sarà dovuto all'Assicuratore, i cui impegni verso tale Assicurato cessano automaticamente senza che niente sia avuto a pretendere;
- c) qualora invece i risultati di detti accertamenti clinici fossero negativi, l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso ospedale od istituto di cura pubblico o privato, ad un successivo test immunologico entro 180 giorni

dalla data della denuncia. Se dal secondo test immunologico risultasse lo status di sieropositività, l'Assicuratore provvederà a mettere a disposizione il capitale pattuito, esauendo con tale atto i propri impegni verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa automaticamente all'atto del pagamento dell'indennizzo.

Il rispetto degli obblighi precedentemente indicati è determinante ai fini della validità della garanzia, pena la decadenza della stessa in caso di inadempimento, con conseguente perdita del diritto all'indennizzo. Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima; l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'ospedale od all'istituto di cura pubblico o privato dove vengono effettuate le analisi, prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.

Art. 43 – Morte presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali dal rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione ed accoglimento dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque, non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta da parte dell'assicurato dell'intera somma liquidata, l'assicurato stesso potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 44 – Coma irreversibile

Ai fini della presente assicurazione lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, viene equiparato alla morte. Pertanto, la Società liquiderà la prestazione pattuita qualora l'assicurato permanga in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni. La comunicazione dello stato di caduta in "coma irreversibile" dell'assicurato e l'avvenuto superamento del periodo dei 180 continuativi dovrà essere comunicato per iscritto entro 30 giorni dalle rispettive date.

Sono espressamente esclusi i casi di coma derivanti da abuso di alcolici, dall'uso di psicofarmaci e di stupefacenti.

Art. 45 omissis

SEZIONE 5 - SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 46 – Somme assicurate

Per le somme assicurate si rimanda alle "Condizioni di polizza relative ai singoli settori", artt. 50 e seguenti.

Omissis

SEZIONE 6 - CONDIZIONI DI POLIZZA RELATIVE AI SINGOLI SETTORI ASSICURATI

SETTORE A - CENTRO TECNICO DI COVERCIANO E CORSI PER ISTRUTTORI SGS

Art. 50 - Soggetti Assicurati – Copertura e premio

I partecipanti ai corsi per l'acquisizione della qualifica di allenatore ed istruttori SGS, organizzati dal centro Tecnico di Coverciano, ovvero in sedi decentrate.

Copertura

La copertura assicurativa a favore dei partecipanti ai corsi per l'acquisizione della qualifica di allenatore, sarà operativa dalle ore 00:00 del giorno della convocazione e cesserà alle ore 24:00 del giorno di chiusura del corso. E' responsabilità della FIGC, del Centro tecnico di Coverciano e del Settore SGS documentare l'effettiva convocazione/partecipazione dei soggetti assicurati ai Corsi.

Art. 51 - Oggetto del rischio

La garanzia è operante per gli infortuni che dovesse subire l'Assicurato esclusivamente durante lo svolgimento delle attività sportive rientranti negli scopi della Federazione, in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti anche con mezzi propri o come trasportati su mezzi di altro convocato, sempreché documentato attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio della Federazione e degli organi competenti.

Oltre a quanto precedentemente previsto, la garanzia è operante in occasione di gare, allenamenti (anche individuali).

Art. 52 - Rischio in itinere

L'assicurazione si intende estesa agli eventi che colpiscano gli Assicurati durante i viaggi, dal luogo del ritrovo al luogo della manifestazione ufficialmente indetta, effettuato in comitiva regolarmente organizzata con mezzi pubblici di trasporto pubblici o privati.

Art. 53 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

<u>1. MORTE</u>	<u>€ 125.000,00</u>
<u>2. INVALIDITA' PERMANENTE</u>	<u>€ 77.469,00</u>

SETTORE B - ARBITRI, ASSISTENTI ARBITRALI E OSSERVATORI ARBITRALI SERIE "A", "B" e "Lega Pro 1° e 2° Divisione"

Art. 54 - Soggetti Assicurati

Gli Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "A", "B" e Lega Pro 1° e 2° Divisione.

Art. 55 - Oggetto dei rischio

La garanzia è operante per gli infortuni che dovesse subire l'Assicurato esclusivamente durante lo svolgimento delle attività rientranti negli scopi della Federazione Italiana Giuoco Calcio, per la preparazione e gli allenamenti, anche individuali, per corsi rientranti nei parametri regolamentari della Federazione Italiana Giuoco Calcio nonché nello svolgimento dei preliminari.

Art. 56 - Rischio in itinere

L'assicurazione si intende estesa agli eventi che colpiscano gli Assicurati durante i trasferimenti effettuati, in comitiva o singolarmente, su ordinari mezzi di trasporto, dalla residenza al luogo della gara e/o manifestazione e ritorno cui gli assicurati stessi devono partecipare.

Art. 57 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

<u>1. MORTE</u>	<u>€ 258.250,00</u>
<u>2. INVALIDITA' PERMANENTE</u>	<u>€ 258.250,00</u>
<u>3. RIMBORSO SPESE MEDICHE</u>	<u>€ 20.660,00</u>

Art. 58 - Rimborso spese mediche da infortunio

1) I rimborsi saranno forniti dalla Società entro il limite massimo di Euro 20.660,00 per ogni Assicurato e per annualità assicurativa, complessivamente per tutte le prestazioni di cura indicate al punto 2) che segue.

2) I rimborsi riguardano quattro sezioni di prestazioni, cure, protesi e circostanze speciali, così articolati:

A - Prestazioni di ricovero con intervento chirurgico

Il rimborso sarà fornito in caso di intervento chirurgico resosi necessario in conseguenza dell'evento sportivo-infortunio - coperto di assicurazione e riguarderà:

- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei novanta giorni precedenti l'intervento;
- trasferimento dell'assicurato con qualunque mezzo di trasporto in istituto di cura o in ambulatorio ai fini dell'intervento, in Italia e all'estero, entro il limite del 10% della somma annua assicurata e cioè di Euro 2.059,00.
- onorario del chirurgo e di ogni altro componente dell'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiali di intervento e apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici o rieducativi, medicinali ed esami post-intervento.

Il rimborso relativo a tutte le prestazioni su elencate, sarà fornito entro il limite massimo annuo del 35% della somma annua assicurata, e cioè di Euro 7.230,00.

B - Prestazioni di ricovero senza intervento chirurgico

Il rimborso sarà fornito in caso di ricovero senza intervento chirurgico resosi necessario in conseguenza dell'evento sportivo - infortunio - coperto di assicurazione e riguarderà:

- accertamenti diagnostici effettuati durante il ricovero;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicine riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza per il periodo di ricovero indispensabile su attestazione del curante in relazione alla situazione clinica dell'assicurato.

Il rimborso relativo a tutte le prestazioni e cure su indicate sarà fornito entro il limite annuo massimo del 20% della somma assicurata e cioè Euro 4.132,00.

C - Prestazioni e cure inerenti a casi che non richiedano ricovero

Il rimborso sarà fornito in caso di prestazioni e cure resesi necessarie in conseguenza dell'evento sportivo infortunio coperto di assicurazione e riguarderà:

- visite mediche, comprese le parcelle per visite specialistiche o per consulti;
- medicinali prescritti dal medico curante, esclusi gli amari medicinali, i lassativi ed i digestivi;
- accertamenti diagnostici;
- prestazioni infermieristiche;
- cure mediche, trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi;
- cure termali, escluse le spese di natura alberghiera, per l'onere eccedente l'eventuale prestazione mutualistica sociale.

Il rimborso relativo a tutte le prestazioni e cure su indicate sarà fornito entro il limite annuo massimo del 15% della somma annua assicurata e cioè Euro 3.099,00.

D - Prestazioni speciali

In aggiunta ai rimborsi di cui ai precedenti punti A, B e C, potranno essere forniti rimborsi per le seguenti prestazioni o protesi, giustificate da specifica prescrizione medica specialistica, resesi necessarie in conseguenza di infortunio occorso in attività sportiva coperta di assicurazione:

Protesi — Spese per protesi ortopediche sostitutive di parti anatomiche fino alla concorrenza dell'importo massimo di Euro 2.583,00 per persona e per anno assicurativo.

Lenti — Spese per la fornitura di lenti (comprese quelle a contatto) sempreché prescritte dal medico specialista in seguito a modifica dei visus dovuta ad infortunio, fino alla concorrenza dell'importo massimo per persona e per anno assicurativo di Euro 259,00.

Apparecchi acustici — Spese per l'acquisto di apparecchi acustici, purché sia stata certificata dal medico una modificazione del grado uditivo, dovuta ad infortunio sportivo, sino alla concorrenza di Euro 517,00 per persona

e per anno assicurativo.

Cure dentarie — Le cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio fino alla concorrenza di Euro 2.583,00, con un massimo per dente di Euro 517,00 con una franchigia fissa di Euro 104,00, sempreché l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista, e avvenuto nel corso di una partita ufficiale e ne sia stata fatta menzione nel referto arbitrale.

Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradentale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.

Spese funerarie — In caso di decesso dell'Assicurato conseguente ad uno degli eventi coperti di assicurazione, il rimborso delle spese funerarie, compreso il trasporto e trasferimento salma, verrà effettuato entro il limite massimo di Euro 1.033,00.

Tendiniti Arti Inferiori — In caso di Tendiniti riconducibili ad attività sportiva, che interessino gli arti inferiori, e che necessitino di intervento chirurgico, la Società rimborserà le spese di cura, equiparando l'affezione agli altri interventi chirurgici previsti in convenzione.

SETTORE C - ARBITRI, ASSISTENTI ARBITRALI, OSSERVATORI ARBITRALI SERIE "D" E DILETTANTI , DIRIGENTI AIA.

Art. 59 - Soggetti Assicurati

Gli Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali serie "D" e Dilettanti, Dirigenti A.I.A.

Art. 60 - Oggetto del rischio

La garanzia è operante per gli infortuni che dovesse subire l'Assicurato esclusivamente durante lo svolgimento delle attività rientranti negli scopi della Federazione Italiana Giuoco Calcio, per la preparazione e gli allenamenti, anche individuali, per corsi rientranti nei parametri regolamentari della Federazione Italiana Giuoco Calcio nonché nello svolgimento dei preliminari e manifestazioni.

Art. 61 - Rischio in itinere

L'assicurazione si intende estesa agli eventi che colpiscano gli Assicurati durante i trasferimenti effettuati, in comitiva o singolarmente, su ordinari mezzi di trasporto, dalla residenza al luogo della gara e/o manifestazione e ritorno cui gli assicurati stessi devono partecipare.

Qualora la persona assicurata sia un minore degli anni 18, le garanzie della presente polizza si intendono estese all'accompagnatore conducente, limitatamente agli infortuni ad esso occorsi durante i trasferimenti effettuati, in qualità di conducente di autovettura, dalla residenza al luogo della gara e/o manifestazione e ritorno cui gli assicurati minorenni devono partecipare.

Art. 62 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

<u>1. MORTE</u>	€ 155.000,00
<u>2. LESIONI - come da Tabella Lesione * - Allegato A, con il massimo di</u>	€ 100.000,00
<u>3. RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE</u>	€ 6.198,00
<u>4. SPESE PRE/POST INTERVENTO CHIRURGICO + FISIOTERAPICHE</u>	€ 1.550,00
<u>5. RIMBORSO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE</u>	€ 517,00
<u>6. INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO fino al 14° giorno</u>	€ 52,00
<u>INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO dal 15° giorno</u>	€ 104,00
<u>7. RIMBORSO SPESE PER CURE DENTARIE E/O PROTESI DENTARIE</u>	€ 5.165,00
<u>8. INDENNITA' FORFETTARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO</u>	
<u> GESSATO E/O IMMOBILIZZANTE E/O INAMOVIBILE</u>	€ 155,00
<u> ELEVABILE A</u>	€ 259,00
<u>9. DANNO ESTETICO</u>	€ 1.500,00

* Nella tabella Lesioni per il Settore C l'indennizzo si intende elevato da € 77.468,53 a € 100.000,00

Art. 63 - Rimborso spese di cura ospedaliere

In caso di infortunio che comporti un ricovero, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza di Euro 6.198,00 per anno assicurativo e dietro presentazione di relativa documentazione, le spese mediche o spese chirurgiche sostenute durante il periodo di ricovero ed in particolare quelle relative a:

- a) onorari dei medici e dei chirurghi, degli aiuti degli assistenti, degli anestesisti, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- b) accertamenti diagnostici, cure;
- c) rette di degenze;

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata con uno scoperto del 20%, con un minimo di Euro 155,00 per sinistro.

In caso di Day-Hospital, tale minimo è elevato a Euro 259,00.

Rimborso delle spese ospedaliere in caso di "grandi interventi" a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza fino a concorrenza di Euro 15.494,00 per persona e per anno assicurativo. Per "grandi interventi" si intendono quelli previsti nell'Allegato B.

Art. 64 - Spese di cura pre e post intervento chirurgico

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, viene messa a disposizione dell'Assicurato un'ulteriore somma fino alla concorrenza di Euro 1.550,00, per spese mediche sostenute entro i 90 giorni prima e/o dopo l'intervento chirurgico.

Nell'ambito di tale somma vengono stabiliti i seguenti limiti di indennizzo:

- Euro 400,00 per sinistro, per le spese relative a trattamenti fisioterapici;
- Euro 250,00 per sinistro, per le spese di visite mediche.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di Euro 104,00 per sinistro.

Art. 65 - Rimborso prestazioni specialistiche

In caso di infortunio, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, le seguenti prestazioni specialistiche:

- TAC
- Risonanza Magnetica
- Radiografie
- Ecografie
- Tutori ortopedici
- Artroscopia diagnostica

Indipendentemente dal rimborso delle spese di cura in caso di ricovero e a quelle pre e post intervento chirurgico già contemplate in polizza.

Il rimborso delle prestazioni di cui sopra è prestato nel limite di Euro 517,00 per persona, per sinistro e per anno assicurativo, previa deduzione di una franchigia fissa ed assoluta di Euro 75,00 per sinistro.

Art. 66 - Indennità giornaliera in caso di ricovero

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio indennizzabile a termini di polizza, corresponsione di una diaria giornaliera di Euro 52,00 dal 3° giorno al 14° giorno e di Euro 104,00 dal 15° giorno e sino al 90° giorno, massimo indennizzabile per anno assicurativo. I primi due giorni del 1° ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.

Nel caso in cui si abbiano più ricoveri a seguito di un unico sinistro, si procederà come segue:

- la franchigia verrà applicata sul primo ricovero;
- per i ricoveri successivi di durata pari o inferiore a 2 giorni, non verrà composta alcuna indennità giornaliera;
- per i ricoveri successivi di durata superiore ai 2 giorni, verrà corrisposta l'indennità giornaliera senza nuova applicazione della franchigia di 2 giorni.

In caso di Day-Hospital non verrà corrisposta alcuna Indennità Giornaliera.

La presente garanzia non è cumulabile con il Rimborso Spese da Ricovero.

Art. 67 - Rimborso spese per cure dentarie e/o protesi dentarie

Nell'ambito della somma assicurata riferita alla garanzia "Rimborso spese da ricovero", l'assicurazione comprende il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per cure dentarie, conseguenti ad infortunio, anche se non effettuate in regime di ricovero, con il limite di Euro 5.165,00 per anno assicurativo e con una franchigia fissa di Euro 104,00 per sinistro e fino ad un massimo di Euro 450,00 per dente.

Sono riconosciuti eventuali danni a protesi dentarie.

Le spese sostenute per cure dentarie saranno ammesse a rimborso solo se l'infortunio che le ha determinate sia avvenuto nel corso di una partita ufficiale e ne sia stata fatta menzione nel referto arbitrale.

Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradentale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.

Art. 68 - Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile

In caso di applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, la Società riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario per sinistro, di Euro 155,00 elevabile a Euro 259,00 per esigenze post intervento chirurgico. Per infortuni che abbiano per conseguenza fratture al viso, alle costole, o lussazioni della spalla, saranno considerati come apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile le applicazioni o fasciature in ogni genere.

Il diritto al riconoscimento dell'indennizzo maturerà solo dietro presentazione di regolare documentazione medica rilasciata dall'Istituto di Cura all'infortunato, dove si certifica l'applicazione e rimozione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile.

Art. 69 - Prestazioni Speciali

A) Danno estetico

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza, la Società rimborserà all'assicurato, fino ad un massimo di Euro 1.500,00, le spese ospedaliere sostenute per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, allo scopo di ridurre o eliminare i danni estetici conseguenti a lesioni al viso con sfregi o con deformazioni permanenti.

E' stabilito che restano escluse dall'assicurazione le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici al viso preesistenti all'evento, nonché le spese relative a protesi, interventi e cure in genere odontoiatriche.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

B) Indennità Aggiuntiva

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, avvenuto durante l'esercizio dell'attività sportiva, derivi un'invalidità Permanente non inferiore al 50%, l'assicurazione liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore necessaria per la costituzione di una rendita immediata di importo pari a Euro 12.000,00 annui, pagabile in due semestralità anticipate per la durata di 10 anni, mediante la stipulazione di un apposito contratto di assicurazione con lo stesso Assicuratore.

C) Tendiniti Arti Inferiori

In caso di tendiniti riconducibili ad attività sportiva, che interessino gli arti inferiori, e che necessitino di intervento chirurgico, la Società rimborserà le spese di cura, equiparando l'affezione agli altri interventi chirurgici previsti in convenzione.

D) Perdita anno scolastico

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato sia costretto ad un'assenza dalle regolari lezioni, tale da comportare la perdita dell'anno scolastico, espressamente motivata e convalidata dall'organismo scolastico preposto, l'Assicuratore liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore pari a Euro 3.000,00

SETTORE D - DIRIGENTI E COLLABORATORI DEL SETTORE GIOVANILE E DOCENTI CORSI SETTORE TECNICO

Art. 70 - Soggetti Assicurati

La presente copertura vale per i Dirigenti e collaboratori della Settore Giovanile.

Art. 71 - Oggetto del rischio

La garanzia è operante per gli infortuni che dovesse subire l'Assicurato esclusivamente durante lo svolgimento delle attività sportive rientranti negli scopi della F.I.G.C., in occasione di riunioni, incarichi, missioni sempreché documentate attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio della Federazione Italiana Giuoco Calcio e degli organi competenti.

Oltre a quanto precedentemente previsto, la garanzia è operante in occasioni di gare, allenamenti (anche individuali).

Rischio in itinere

L'assicurazione si intende estesa agli eventi che colpiscano gli Assicurati durante i trasferimenti effettuati, in comitiva o singolarmente, su ordinari mezzi di trasporto, dalla residenza al luogo della gara e/o manifestazione e ritorno cui gli assicurati stessi devono partecipare.

Art. 72 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

1. MORTE	€51.646,00
2. INVALIDITA' PERMANENTE	€51.646,00

SEZIONE INTEGRATIVA - FACOLTATIVA "A.I.A."

E' consentito alle singole Sedi di Sezioni dell'Associazione Italiana Arbitri A.I.A. di stipulare ad adesione la presente copertura assicurativa integrativa/facoltativa, a favore dei propri tesserati, previo pagamento del premio convenuto.

Le condizioni assicurative previste dalla presente appendice non vincolano in alcun modo la Spett.le F.I.G.C., ma le singole Sedi di Sezioni dell' A.I.A., che liberamente possano decidere di sottoscriverle in favore dei propri tesserati.

La presente Copertura Assicurativa Integrativa/Facoltativa "A.I.A.", in caso di sottoscrizione secondo i criteri operativi di seguito riportati, varrà esclusivamente a favore degli Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "A". "B" e "Lega Pro 1° e 2° divisione" e degli Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali serie "D" e Dilettanti, Dirigenti A.I.A., coperti dalla Polizza della Federazione Italiana Giuoco Calcio n. 102938806 e limitatamente alle garanzie che seguono.

A. CONDIZIONI PRESTATE CON COPERTURA ASSICURATIVA INTEGRATIVA/FACOLTATIVA "A.I.A." PER ARBITRI, ASSISTENTI ARBITRALI E OSSERVATORI ARBITRALI SERIE "A", "B" E "LEGA PRO 1° E 2° DIVISIONE" E DEGLI ARBITRI, ASSISTENTI ARBITRALI, OSSERVATORI ARBITRALI SERIE "D" E DILETTANTI, DIRIGENTI A.I.A.

1. Rimborso delle Spese Mediche a seguito di Infortunio che non comporti ricovero in Istituto di Cura.

In caso di infortunio, indennizzabile a termine di polizza, che non comporti ricovero in istituto di cura, la Società rimborserà all'Assicurato fino alla concorrenza di € 1.550,00, quanto da lui sostenuto per spese mediche.

Relativamente alle terapie fisiche, la somma assicurata è prestata fino al limite di € 259,00 in presenza di Lesioni leggere causate da infortunio e nel limite di € 517,00, in presenza di Lesioni medie causate da infortunio.

Vanno classificate come "Lesioni leggere": distorsioni, stiramenti muscolari, ematomi, contusioni in genere.

Vanno classificate come "Lesioni medie": strappi al tendine, strappi ai legamenti, distorsioni gravi con ingessatura.

La garanzia è prestata con lo scoperto a carico dell'Assicurato del 10%, con il minimo di € 104,00.

2. Indennità Giornaliera in caso di ricovero

In caso di ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, verrà corrisposta una diaria giornaliera di € 52,00, dal 3° giorno e sino al 60° giorno, massimo indennizzabile per anno assicurativo. I primi due giorni del 1° ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.

Nel caso in cui si abbiano più ricoveri a seguito di un unico sinistro, si procederà come segue:

- la franchigia verrà applicata sul primo ricovero;
- per i ricoveri successivi di durata pari o inferiore a 2 giorni non verrà corrisposta alcuna indennità giornaliera;
- per i ricoveri successivi di durata superiore ai 2 giorni, verrà corrisposta l'indennità giornaliera senza nuova applicazione della franchigia di 2 giorni.

In caso di Day-Hospital non verrà corrisposta alcuna Indennità Giornaliera. La presente garanzia non è cumulabile con il rimborso spese da ricovero.

B. NOTA OPERATIVA

Al fine della corretta sottoscrizione della copertura assicurativa integrativa/facoltativa "A.I.A.", le Sedi di Sezioni dell'Associazione Italiana Arbitri A.I.A., che vorranno sottoscrivere a favore dei propri tesserati la copertura assicurativa di cui alla presente appendice, dovranno osservare le seguenti indicazioni:

Modalità di Adesione

- Compilazione della Scheda di Adesione (Allegato C), che dovrà essere redatta in tutte le sue parti;
- Compilazione dell'Elenco nominativo (nome, cognome e data di nascita) delle persone da assicurare, che in ogni caso non può essere inferiore a 15 per ciascuna adesione di Sede di Sezione A.I.A.; suddiviso tra:
 1. Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "A", "B" e "Lega pro 1° e 2° Divisione"
 2. Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali serie "D" e Dilettanti, Dirigenti A.I.A. - F.I.G.C.

La Scheda di Adesione dovrà essere inviata al Broker a mezzo fax n. 06 54095210 o email come indicato sulla scheda di adesione

Premio

Il premio lordo annuale pro-capite è stato fissato in:

- Euro 8,50 per ciascuno degli Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "A", "B" e "Lega Pro 1° e 2° Divisione";
- Euro 8,50 per ciascuno degli Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali serie "D" e Dilettanti, Dirigenti A.I.A.

Il premio lordo annuale pro-capite è indivisibile e dovuto per intero indipendentemente dalla data della richiesta di adesione e di pagamento del premio.

Ogni Sede di Sezione A.I.A. aderente deve assicurare non meno di 15 persone.

Pagamento del Premio

Il pagamento del premio della Scheda di Adesione, calcolato sulla base di premi lordi pro-capite, dovrà essere effettuato dalla Sede di Sezione A.I.A., tramite versamento sul conto corrente bancario indicato sulla scheda di Adesione

Copia della ricevuta di bonifico bancario con allegata la Scheda di Adesione dovrà essere inviata al broker come indicato sulla Scheda di Adesione.

Decorrenza e Scadenza dell'Assicurazione

La presente Copertura Assicurativa Integrativa/Facoltativa "A.I.A.", avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'operazione di bonifico bancario.

Ai fini della copertura assicurativa è fatto obbligo alla Sede di Sezione A.I.A. di inviare alla Compagnia e per conoscenza al Broker unitamente alla copia del bonifico bancario e della scheda di adesione, l'elenco nominativo delle persone assicurate suddiviso tra:

1. Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "A", "B" e "Lega pro 1° e 2° divisione":
2. Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali serie "D" e Dilettanti, Dirigenti A.I.A. e F.I.G.C.

La scadenza della Copertura Assicurativa Integrativa/Facoltativa "A.I.A." è fissata alle ore 24:00 del 30 Giugno di ogni anno, senza tacito rinnovo.

Alla scadenza di ogni annualità assicurativa, la Sede di Sezione A.I.A. avrà la possibilità di rinnovare la copertura assicurativa integrativa/facoltativa tramite la compilazione di una nuova Scheda di Adesione ed il pagamento del premio corrispondente, da inoltrare con le modalità sopra specificate.

Allegato A – Tabella Lesioni

TABELLA LESIONI	TOTALE
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	1.084,56
FRATTURA SFENOIDE	774,69
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	464,81
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	619,75
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	1.084,56
FRATTURA ETMOIDE	464,81
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	309,87
FRATTURA OSSA NASALI	387,34
FRATTURA MANDIBOLARE (per lato)	619,75
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4.648,11
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI II-III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	774,69
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA	6.197,48
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I- VERTEBRA	7.746,85
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	624,91
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	3.873,43
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	315,04
TRATTO LOMBARE	
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	3.873,43
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	315,04
OSSO SACRO	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	624,91
COCCIGE	
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	619,75
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	464,81
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	2.324,06
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	635,24
FRATTURA STERNO	309,87
FRATTURA DI UNA COSTA (COMPOSTA)	77,47
FRATTURA DI UNA COSTA (SCOMPOSTA)	232,41
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	464,81
ARTO SUPERIORE (DESTRO O SINISTRO)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	469,98
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	929,62
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	929,62
AVAMBRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	304,71
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	619,75

Si ricorda che il Settore C l'indennizzo si intende elevato da € 77.468,53 a € 100.000,00

FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	619,75
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	304,71
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	619,75
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	619,75
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	774,69
FRATTURA SEMILUNARE	464,81
FRATTURA PIRAMIDALE	309,87
FRATTURA PISIFORME	154,94
FRATTURA TRAPEZIO	309,87
FRATTURA TRAPEZOIDE	309,87
FRATTURA CAPITATO	309,87
FRATTURA UNCINATO	309,87
FRATTURA I° METACARPALE	929,62
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	464,81
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA POLLICE	619,75
INDICE	464,81
MEDIO	464,81
ANULARE	309,87
MIGNOLO	464,81
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA POLLICE	464,81
INDICE	387,34
MEDIO	309,87
ANULARE	154,94
MIGNOLO	309,87
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	309,87
MEDIO	154,94
ANULARE	154,94
MIGNOLO	309,87
ARTO INFERIORE (DESTRO O SINISTRO)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	929,62
EPIFISI PROSSIMALE (delimitata dal collo chirurgico)	3.098,74
EPIFISI DISTALE (delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	1.549,37
FRATTURA ROTULA	619,75
FRATTURA TIBIA	
DIAFISARIA	464,81
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o feccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	779,85
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o feccetta articolare inferiore)	785,01
FRATTURA PERONE	
DIAFISARIA	309,87
ESTREMITA' SUPERIORE (capitello o feccetta articolare tibiale)	464,81
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	619,75
PIEDE	
TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	2.065,83
FRATTURA CALCAGNO	3.873,43
FRATTURA SCAFOIDE	464,81
FRATTURA CUFOIDE	619,75
FRATTURA CUNEIFORME	154,94

Si ricorda che il Settore C l'indennizzo si intende elevato da € 77.468,53 a € 100.000,00

METATARSI	
FRATTURA I° METATARSALE	619,75
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	309,87
FALANGI	
FRATTURA ALLUCE (I° O II° falange)	387,34
FRATTURA I° O II° O III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	154,94
LESIONI PARTICOLARI	
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (con estensione breccia oltre i 10 cm)	12.911,42
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (con estensione breccia fino i 10 cm)	1.239,50
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	2.582,28
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	11.625,44
ESITI EPATECTOMIA (oltre un mezzo del parenchima)	10.329,14
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) O GASTRECTOMIA TOTALE	30.987,41
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) –non cumulabile-	15.493,71
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) – non cumulabile-	30.987,41
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' DEL RETTO –non cumulabile-	11.620,28
COLECTOMIA TOTALE –non cumulabile-	30.987,41
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE –non cumulabile-	77.468,53
COLECISTECTOMIA –non cumulabile	790,18
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	630,08
SAFENECTOMIA BILATERALE –non cumulabile-	950,28
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	1.549,37
PORTATORE ASINTOMATICO ANTICORPO POSITIVO (HIV +)	619,75
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE –non cumulabile-	38.760,09
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	475,14
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	785,01
LOBECTOMIA POLMONARE	11.625,44
PNEUMONECTOMIA	23.240,56
PROTESI SU AORTA TORACICA	15.498,87
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	11.625,44
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	27.113,99
CECITA' MONOLATERALE (perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	21.691,19
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	77.468,53
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	9.296,22
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	38.734,27
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	23.240,56
CORDECTOMIA	11.589,29
EMILARINGECTOMIA	19.336,15
LARINGECTOMIA	38.703,28
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	77.468,53
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	1.239,50
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	11.620,28
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima – trattata/e chirurgicamente)	1.234,33
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	640,41
PROTESI D'ANCA – non cumulabile-	15.519,53
PROTESI DI GINOCCHIO –non cumulabile-	19.392,96
PATELLECTOMIA TOTALE	4.648,11
PATELLECTOMIA PARZIALE	2.065,83
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	774,69
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	21.691,19
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	23.240,56
ISTERECTOMIA – non cumulabile-	15.519,53
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	23.266,38
OVARECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	800,51

Si ricorda che il Settore C l'indennizzo si intende elevato da € 77.468,53 a € 100.000,00

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) –non cumulabile-	1.389,27
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	774,69
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	1.084,56
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO –valore massimo per ogni dito-	459,65
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE – non cumulabile-	924,46
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (documentata radiologicamente)	619,75
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	1.084,56
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	1.549,37
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE	469,98
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE	635,24
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	929,62
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA – non cumulabile-	779,85
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente) - valore massimo per ogni dito	387,34
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE	619,75
LUSSAZIONE D'ANCA (documentato radiologicamente)	2.324,06
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (documentato radiologicamente)	309,87
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (documentata radiologicamente)	154,94
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO	774,69
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE – non cumulabile tra loro-	1.249,83
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI – non cumulabili tra loro-	397,67
LESIONE TENDINE ROTULEO	387,34
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA –non cumulabili tra loro-	929,62
AMPUTAZIONI	
ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	77.468,53
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	77.468,53
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	77.468,53
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	40.283,64
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	44.931,75
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	43.382,38
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	38.734,27
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	34.086,16
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	34.860,84
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	32.536,78
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	36.410,21
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	29.438,04
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	33.311,47
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	30.987,41
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	24.789,93
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	28.663,36
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	23.240,56
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	27.113,99
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	27.113,99
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	21.691,19
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	25.564,62
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	18.592,45
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	17.043,08
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	20.916,50
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	13.944,34
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	17.817,76
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	15.493,71
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	15.493,71

Si ricorda che il Settore C l'indennizzo si intende elevato da € 77.468,53 a € 100.000,00

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	10.845,59
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	1.549,37
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	1.084,56
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	9.296,22
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	10.070,91
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	774,69
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	542,28
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	387,34
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	697,22
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	1.549,37
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	1.239,50
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	929,62
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	1.394,43
ARTO INFERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	77.468,53
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	77.468,53
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	77.468,53
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	38.734,27
PERDITA DI UN PIEDE	34.860,84
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	20.916,50
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	77.468,53
PERDITA DELL'ALLUCE	929,62
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	464,81
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	154,94
PERDITA DI TUTTE LE DITA DEL PIEDE	1.549,37
SINDROMI CORTICALI TRAUMATICHE	
SINDROME PREFRONTALE (demenza incompleta)	20.658,28
SINDROME PREFRONTALE (demenza completa)	77.468,53
SINDROME PREMOTORIA	12.911,42
SINDROME AREA MOTORIA (emiplegia completa)	77.468,53
SINDROME AREA MOTORIA MONOPARESIA ARTO SUPERIORE	10.329,14
SINDROME AREA MOTORIA MONOPLAGIA ARTO SUPERIORE	10.329,14
SINDROME AREA MOTORIA MONOPLAGIA ARTO SUPERIORE ED INFERIORE	25.822,84
SINDROME AREA MOTORIA MONOPARESIA ARTO INFERIORE	10.329,14
SINDROME TEMPORALE	15.493,71
SINDROMI SOTTOCORTICALI TRAUMATICHE	
SINDROME TALAMICA	77.468,53
EPILESSIA TRAUMATICA	
SALTUARIE CRISI CONVULSIVE	2.582,28
SALTUARIE CRISI CONVULSIVE GENERALIZZATE	30.987,41
SINDROME DEMENZIALE TRAUMATICA ASSOCIATA A CRISI EPILETTICHE	77.468,53
LESIONI NERVI CRANICI	7.746,85
LESIONE CEREBRALE MONOLATERALE	30.987,41
LESIONE CEREBRALE BILATERALE	77.468,53
LESIONE MIDOLLO SPINALE	7.746,85
PARALISI GRANDE SCIATICO	23.240,56
PARALISI SCIATICO-POPLITEA-ESTERNO	10.329,14
PARALISI SCIATICO-POPLITEO-INTERNO	2.582,28
PARALISI CRURALE	10.329,14

Si ricorda che il Settore C l'indennizzo si intende elevato da € 77.468,53 a € 100.000,00

Collo

Resezioni e plastiche tracheali

Esofago

Interventi per lesioni traumatiche

Torace

Lobectomie, biliolectomie, pneumonectomie

Stomaco-duodeno intestino tenue

Resezione intestinale per via laparoscopica

Colon-retto

Colectomia totale con ileorecteanastomosi senza o con ileostomia

Fegato e vie biliari

Resezioni epatiche maggiori o minori

Anastomosi bilio-digestive

Pancreas-milza-surrene

Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)

Chirurgia maxillo facciale

Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore

Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale

Ricostruzione della mandibola con innesti ossei

Ricostruzione della mandibola con materiale alioplastico

CardioChirurgia

Interventi per corpi estranei

Sutura del cuore per ferite

Neurochirurgia

Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali

Cranioplastica ricostruttiva

Chirurgia Vascolare

Interventi sull'arteria succlavia vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)

Interventi sulle arterie viscerali o renali

Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)

Trattamento delle lesioni traumatiche della aorta

Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo

Chirurgia Ortopedica

Artrodesi grandi segmenti

Artrodesi vertebrale per via anteriore

Arteoprotesi totale del ginocchio

Artroprotesi di spalla

Artroprotesi di anca parziale e totale

Disarticolazione interscapolo — toracica

Emipelvectomy

Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilofistesi

Osteosintesi vertebrale

Chirurgia Urologica

Nefrectomia polare

Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovesicica con segmento intestinale ortotopica o etrotopica

Resezione uretrale e uretrorafia

Chirurgia ginecologica

Laparotomia per ferite o rotture uterine

Chirurgia Oculistica

Vitrectomia anteriore e posteriore

Trapianto corneale a tutto spessore

Orchiaggio per distacco di retina

Chirurgia Otorinolaringoiatria

Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico

Laringectomia sopraglottica o subtotale

Laringectomie parziali verticali

Laringectomia e Faringoiangenctomia totale

Allegato C - Scheda adesione integrativa/facoltativa "A.I.A"

Sede di Sezione A.I.A. di			
Indirizzo	Città...	Cap	Prov
C.F. / P.I. /			
Tel	Fax	Email	

Spettabile
Willis Italia S.p.A.
Piazzale Don Luigi Sturzo, 31
00144 Roma

*fax n. 06 54095210 o
email martinellif@willis.com*

SCHEDA DI ADESIONE

POLIZZA n. 102938806 - ASSICURAZIONE INTEGRATIVA/FACOLTATIVA "A.I.A."

Lette le condizioni di assicurazione, aderiamo alla copertura integrativa assicurando i nostri tesserati che indichiamo in allegato. Siamo a conoscenza che la garanzia assicurativa diverrà operante dalle ore 24:00 del giorno del bonifico bancario, previo invio obbligatorio della copia del bonifico bancario*, dell'elenco contenente le persone assicurate .

	Nr.	Premio lordo pro-capite		Totale
Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali Serie A, B e Lega Pro 1 e 2 divisione	€ 8,50		€
Arbitri, Assistenti arbitrali e Osservatori Arbitrali Serie D e dilettanti, Dirigenti A.I.A.	€ 8,50		€
Totale Premio				€

Viene stabilito un numero minimo di persone assicurate non inferiore a 15.

La copertura assicurativa della presente adesione scadrà irrevocabilmente il 30 Giugno di ogni anno, senza tacito rinnovo. Alla scadenza, la Sezione A.I.A. avrà la possibilità di rinnovare la copertura assicurativa tramite la compilazione ed il pagamento di una nuova Scheda di Adesione.

L'importo di € (.....).

vi è stato trasmesso tramite bonifico da noi effettuato in data.....sul c/c bancario intestato a Willis Italia S.p.A, presso la **Banca Popolare di Milano - Piazza Meda, 4 - 20121 Milano:**

IBAN: IT1700558401600000000067837 **BIC:** BPMIITMM

..... li

IL PRESIDENTE O IL LEGALE RAPPRESENTANTE

.....

*** SI ACCETTANO PAGAMENTI SOLO TRAMITE BONIFICO BANCARIO**

Allegati:

- Elenco (nome, cognome e data di nascita) degli assicurati (non inferiori a 15), suddiviso tra:
 1. Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali Serie A, B e Lega Pro 1 e 2 divisione
 2. Arbitri, Assistenti Arbitrali, Osservatori Arbitrali serie "D e Dilettanti, Dirigenti A.I.A. - F.I.G.C.
- Copia della ricevuta di bonifico bancario