UnipolSai ASSICURAZIONI

Divisione LA FONDIARIA

FIV

CONVENZIONE ASSICURATIVA PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI A FAVORE DEI TESSERATI DELLA FEDERAZIONE ITALIANA VELA

Contraente: **FEDERAZIONE ITALIANA VELA**
Piazza Borgo Pila, 40 – 16129 GENOVA
P. IVA: 95003780103

Polizza N. 159850764

EFFETTO:	**ore 24.00 del 31/12/2018**
SCADENZA PRIMA RATA:	**ore 24.00 del 30/06/2019**
SCADENZA:	**ore 24.00 del 31/12/2021**

UnipolSai ASSICURAZIONI

Divisione LA FONDIARIA

FIV

SOMMARIO

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI A FAVORE DEI TESSERATI DELLA FEDERAZIONE ITALIANA VELA 4

DEFINIZIONI 4

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione 6

Art. 2 Obblighi della FIV 6

Art. 3 Clausola arbitrale 6

Art. 4 Clausola Broker 7

Art. 5 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio 8

Art. 6 Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. 136/2010 8

Art. 7 Prescrizione dei diritti 9

Art. 8 Manifestazioni unitarie 9

Art. 9 Assicurazioni per conto altrui 9

Art. 10 Assicurazione obbligatoria degli sportivi 9

Art. 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 9

Art. 12 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio 10

Art. 13 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia 10

Art. 14 Titoli che danno diritto all'assicurazione 11

Art. 15 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro e modalità di denuncia 12

Art. 16 - Procedura denuncia sinistro infortuni 12

Art. 17 Oneri fiscali 13

Art. 18 Modifiche dell'Assicurazione 13

Art. 19 Rinvio alle norme di legge 13

Art. 20 Interpretazione del Contratto 13

Art. 21 Rescissione del contratto 13

Art. 22 Foro competente 13

Art. 23 Dichiarazioni della Società 13

Art. 24 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte 13

Art. 25 Soggetti Assicurati 13

Art. 26 Oggetto dell'assicurazione 14

Art. 27 Estensioni di garanzia 14

Art. 28 Esclusioni 15
Art. 29 Esonero denuncia di infermità 15
Art. 30 Esonero denuncia altre assicurazioni 15
Art. 31 Rinuncia alla rivalsa 16
Art. 32 Persone non assicurabili 16
Art. 33 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari 16
Art. 34 Infortuni determinati da calamità naturali 16
Art. 35 Evento con pluralità di infortuni 16
Art. 36 Validità territoriale 17
Art. 37 Limite di età 17
Art. 38 Criteri di indennizzabilità 17
Art. 39 Rischio volo 17
Art. 40 Viaggi in comitiva 18
Art. 41 Rischio viaggio 18
Art. 42 Prestazioni 19
Art. 43 Franchigia Invalidità permanente 21
Art. 44 Prestazione per il rimborso delle spese di cura rese necessarie da infortunio 21
Art. 45 Diaria da ricovero per infortunio 22
Art. 46 Denuncia della Morte e obblighi relativi 22
Art. 47 Pagamento dell'indennità 23
Art. 48 Estensioni speciali 23
Art. 49 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave 24
SEZIONE SOMME ASSICURATE 25
SEZIONE PREMI ..... Errore. Il segnalibro non è definito.

UnipolSai ASSICURAZIONI

Divisione LA FONDIARIA

FIV

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI A FAVORE DEI TESSERATI DELLA FEDERAZIONE ITALIANA VELA

DEFINIZIONI

Assicurato: la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa;
Assicurazione: il contratto di assicurazione;
Contraente: la FEDERAZIONE ITALIANA VELA (FIV);
Polizza: il documento che prova l'assicurazione;
Società/Impresa: la Compagnia di Assicurazioni;
Broker: R.T.I. composta da AON S.p.A. e Banchero Costa Insurance Broker S.p.A. quali mandatari incaricati dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuti dalla Società;
Premio: la somma dovuta dalla Contraente alla Società;
Tesserato: ogni persona garantita dalla presente copertura assicurativa e/o ogni singolo soggetto tesserato quale a titolo esemplificativo e non limitativo, atleti e/o praticanti le attività e/o discipline sportive, presidenti, consiglieri e dirigenti nazionali, territoriali e delle associazioni/società/circoli sportivi, maestri, Istruttori/Tecnici, allenatori, collaboratori e le analoghe figure comunque preposte all'insegnamento, all'allenamento degli atleti ed al loro perfezionamento tecnico delle tecniche sportive, arbitri, giudici di gara e medici sportivi aderenti alla Contraente nessuno escluso;
Atleta: il tesserato che svolge l'attività sportiva agonistica rientrante negli scopi del Contraente;
Atleta Paralimpico: il tesserato che svolge l'attività sportiva agonistica rientrante negli scopi del Contraente appartenente al Club Paralimpico, alle Classi di Interesse Paralimpico e Nazionale;
Atleta Club Olimpico: atleta che svolge attività sportiva agonistica appartenente alla Classe Olimpica;
Atleta di interesse Federale: atleta che svolge attività sportiva agonistica su imbarcazione di interesse federale;
Tecnici federali e staff medico: i soggetti tesserati in qualità di maestri, Istruttori/Tecnici, allenatori, collaboratori e le analoghe figure comunque preposte all'insegnamento delle tecniche sportive, all'allenamento degli atleti ed al loro perfezionamento tecnico; lo staff medico specializzato nella preparazione fisica e tutela sanitaria degli atleti federali;
Istruttori/Tecnici Federali e Praticanti Istruttori/Tecnici: Istruttori/Tecnici e praticanti Istruttori/Tecnici iscritti negli appositi registri federali;
U.D.R.: Ufficiali di regata iscritti negli appositi registri federali;
Stazzatori: Ufficiali di regata nominati dal Consiglio Federale iscritti negli appositi registri federali;
Ispettori IHC: Ispettori iscritti negli appositi registri federali;
Membri del consiglio: Presidente, Vice Presidente, Consiglieri, Segretario generale ed i

componenti del Collegio dei Revisori dei Conti:

Dipendente federale: il dipendente della FIV;

Collaboratori: tutte le persone che collaborano con FIV a titolo oneroso per prestazioni occasionali, contratti a progetto, collaborazioni continuative nonché consulenti esterni operanti a titolo gratuito qualora siano convocati tramite lettera di convocazione da FIV;

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 che per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo;

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; per quel che concerne **l'invalidità permanente** l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base alla Tabella A di cui al Decreto del 3-11-2010, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20 dicembre 2010, n° 296. S, al netto della franchigia prevista dalla presente convenzione;

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 e 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: provvedimento 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 a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

UnipolSai ASSICURAZIONI

Divisione LA FONDIARIA

FIV

CONVENZIONE ASSICURATIVA PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI A FAVORE DEI TESSERATI DELLA FEDERAZIONE ITALIANA VELA.

Tra la **FEDERAZIONE ITALIANA VELA** e la Compagnia di Assicurazioni, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Società**, viene stipulate la seguente convenzione per le garanzie contro Infortuni dei suoi Tesserati e delle Categorie riportate alla "Sezione Elenco Assicurati".

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 3, con inizio dalle ore 24,00 del 31/12/2018 e termina alle ore 24,00 del 31/12/2021.

La Società rinuncia al diritto di anticipata risoluzione/disdetta o di anticipato recesso per sinistro del contratto nel corso dell'anno assicurativo. Solo al termine di ogni anno assicurativo e con preavviso di 180 giorni dalla scadenza annuale da inviarsi con lettera raccomandata a/r, le parti hanno la facoltà di disdire/risolvere o recedere dal presente contratto.

La Società si impegna, inoltre, su richiesta della Contraente, a prorogare la garanzia, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo di sei mesi oltre la scadenza contrattuale sopra indicata, a fronte del pagamento del relativo rateo di premio: tale rateo, andrà corrisposto entro sessanta giorni dalla data di decorrenza della proroga.

La richiesta di proroga deve essere inoltrata alla Società con un preavviso di almeno trenta giorni dalla scadenza contrattuale e finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova polizza assicurativa.

Resta convenuto che, in vigenza della presente convenzione, ove da parte di qualsiasi organo legislativo venga sancito obbligo di adesione a diverse condizioni assicurative ovvero a diverso Ente Assicuratore, la presente convenzione si intenderà risolta di diritto dalla data stabilita nell'obbligo stesso ovvero entro la prima scadenza successiva alla data del decreto stesso.

Art. 2 Obblighi della FIV

La FIV 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 Codice Civile, riservandosi in ogni caso la Società la facoltà di recedere dall'accordo.

Art. 3 Clausola arbitrale

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

La Parte che intenda promuovere l'arbitrato notificherà all'altra, a mezzo Ufficiale Giudiziario o Posta Elettronica Certificata, atto di nomina del proprio arbitro. L'altra Parte, entro 20 giorni dal ricevimento della predetta notifica, a sua volta notificherà, a mezzo Ufficiale Giudiziario o Posta Elettronica Certificata, atto di nomina dell'arbitro da lei designato. I due arbitri così nominati dalle Parti designeranno, entro 20 giorni dalla notifica dell'atto di nomina del secondo arbitro, il terzo che presiederà il Collegio.
In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, 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.
Salvo quanto espressamente previsto dagli artt. 806 e seguenti c.p.c., competerà agli arbitri regolare la procedura arbitrale nel modo che sarà dagli stessi ritenuto più opportuno in relazione alla natura della controversia, ma sempre nel rigoroso rispetto del principio del contraddittorio, e disporre in ordine alle spese.
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 provvisionale 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 arbitrali devono essere raccolti 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 arbitri nel verbale definitivo.

Art. 4 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto per l'intera durata al Broker AON S.P.A. e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker AON S.p.A. il quale tratterà con l'Impresa Assicuratrice in Raggruppamento Temporaneo di Impresa con la Società Banchero Costa Insurance Broker S.p.A..
Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In

caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.
L'opera del broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato assicurativo dalle Compagnie di assicurazione aggiudicatarie della presente Convenzione. Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker, anche per il tramite dei suoi Collaboratori del cui operato espressamente risponde, si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2005.

Art. 5 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
La società si impegna a fornire alle scadenze annuali al Contraente per il tramite del broker incaricato, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

a) sinistri denunciati;
b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva e motivazioni a riguardo);
c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
d) sinistri respinti (con indicazione delle motivazioni a riguardo).

Le parti danno atto che la disposizione di cui sopra è essenziale per la corretta esecuzione delle obbligazioni di polizza, essendo espressamente prevista nel reciproco interesse di una ordinata ed efficace gestione dei sinistri e nell'ottica di un'adeguata e puntuale verifica dell'andamento della sinistrosità.
Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 6 Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. 136/2010
In conformità a quanto previsto dall'Art. 3, commi 8 e 9, della Legge n. 136 del 13/08/2010 ("Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia"), il Contraente, la Società e il Broker assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla medesima Legge 136/2010 con particolare riferimento alle disposizioni contenute all'Art. 3, commi 8 e 9.
Il presente contratto si intenderà risolto di diritto ex Art. 1456 C.C. e s.s. in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi dell'ausilio di Istituti Bancari o della società Poste Italiane S.p.A. e comunque si accerti il mancato rispetto degli adempimenti di cui al paragrafo precedente. e riportate, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara [CIG] o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto [CUP] comunicati dalla Stazione Appaltante.
Il Contraente, la Società e il Broker, e comunque ogni soggetto connesso al presente contratto che abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria previsti dalla Legge 136/2010, devono manifestare immediatamente la volontà di avvalersi della

clausola risolutiva, informandone, a mezzo comunicazione scritta, il Contraente e/o la Società e la Prefettura o l'Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

Art. 7 Prescrizione dei diritti

I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto sul quale il diritto si fonda (il diritto si fonda art. 2952 del codice civile).

Art. 8 Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti anche quando gli atleti tesserati partecipano a manifestazioni, con altre organizzazioni, alle quali la FIV abbia ufficialmente aderito.

Art. 9 Assicurazioni per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 10 Assicurazione obbligatoria degli sportivi

L'art. 51 della Legge n. 289 del 27/12/2002 e ss.mm.ii. prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione infortuni per atleti, tecnici e dirigenti. Pertanto, in deroga a quanto previsto all'art. 7 ed all'art. 18, Assicuratore e Contraente concordano che l'Assicuratore è sempre tenuto a risarcire l'Assicurato, salvo il diritto di rivalersi nei confronti della Contraente, per le garanzie previste dal regolamento di attuazione della legge stessa.

Art. 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del 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 (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente

polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.
Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito le polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 12 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio
Premesso che:

- i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva Sezione Premi;
- l'importo complessivo previsto alla Sezione Premi (numero adesioni – premio unitario – premio totale), deve considerarsi quale premio anticipato alla Società per ciascun anno assicurativo;

si conviene che:

- il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio verrà effettuato sulla base degli effettivi assicurati previsti alla Sezione Premi.

Entro la data del 31.3 di ciascun anno la Contraente fornirà alla Società elenco riportante il numero dei soggetti assicurati, suddivisi per categoria, riferito all'anno assicurativo decorso, affinché la Società stessa possa procedere all'eventuale regolazione del premio definitivo.
L'eventuale differenza attiva o passiva della stessa dovrà essere così regolata:

- in caso di differenza attiva, la Contraente è tenuta al pagamento del relativo premio entro i 60 (sessanta) giorni successivi al ricevimento dei documenti di cui sopra;
- in caso di differenza passiva, la Società provvederà alla restituzione del relativo premio, al netto delle imposte, entro 60 (sessanta) giorni dalla comunicazione delle variazioni avvenute da parte della Contraente.

L'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Assicuratore di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.
Allo scadere della presente Convenzione, se la Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'Assicuratore, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 13 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno del pagamento delle rate di premio così come indicato in polizza.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento in cui consegua il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 14 *"Titoli che danno diritto all'assicurazione"* della presente Sezione, sempreché sia possibile determinare orario e data certa del pagamento della quota di associazione/tesseramento da parte delle Associazioni/Società affiliate all'Ufficio tesseramento della Sede Provinciale o Nazionale dell'FIV, e scadrà al quindicesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzidetto.

Viceversa, qualora non fosse possibile determinare data ed orario certo, la copertura assicurativa dovrà intendersi operante dalle ore 24,00 del giorno di conseguimento del tesseramento.
I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del Broker.
In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2018, anche se la prima rata di premio non è stata pagata.
Per il pagamento delle rate successive è concesso il termine di rispetto di 60 giorni.
Trascorso tale termine, senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento del premio, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24,00 del giorno in cui il pagamento verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.
A parziale deroga del precedente comma, e solo ed esclusivamente per la garanzia infortuni prevista ex decreto legge 03.11.2010 "Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti", pubblicato sulla G.U. n. 296 del 20.12.2010, in caso di mancato pagamento del premio da parte della Contraente, qualora l'Assicurato possa esibire il titolo che dà diritto all'assicurazione rilasciato precedentemente la data di infortunio, l'assicuratore provvede ad erogare la prestazione assicurativa, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti del soggetto obbligato ai sensi dell'art. 1916 c.c..
Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo, in data posteriore alla adesione alla 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 vale pregiudizialmente, solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi della legge dello Statuto e dei Regolamenti della FIV, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti dalla FIV stessa, e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dall'organizzazione della FIV.

Art. 14 Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative, senza distinzione di attività praticata, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, rientranti comunque negli scopi della Contraente, sono:

- la Tessera nominativa e numerata della FIV;

ovvero

- per tutti gli altri soggetti non tesserati, la lettera di incarico/convocazione o nomina rilasciata dalla FIV;
  ovvero
- Il rapporto di dipendenza (lavoratori subordinati) nei confronti della FIV.

Art. 15 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro e modalità di denuncia

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiamo avuto la possibilità, in deroga a quanto previsto dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile.

Art. 16 - Procedura denuncia sinistro infortuni

La denuncia degli infortuni e/o lesioni previste nella Tabella Lesioni allegata, dovrà essere trasmessa on-line al Broker, per il tramite della piattaforma web messa a disposizione dei tesserati utilizzando le informazioni pubblicate sul sito istituzionale della Contraente (http://www.federvela.it/) ed utilizzando i riferimenti e le procedure in esso indicate.

La Società, anche per il tramite dell'eventuale provider incaricato della gestione dei sinistri, si riserva di richiedere in copia od in visione la tessera completa, le registrazioni e tutti gli altri documenti ritenuti probanti ai fini della liquidazione dei sinistri.

La denuncia, effettuata nei termini suindicati, dovrà consentire inequivocabilmente l'identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relativo referto.

Nel caso di fratture e/o lesioni particolari è necessario che il referto clinico radiologico evidenzi la diagnosi in modo chiaro e specifico e sia redatto da un Pronto Soccorso Pubblico e/o una Struttura Privata equivalente (clinica, casa di cura etc.) e/o da medico regolarmente iscritto all'Albo.

Nel caso di sole lesioni, ricevuta la necessaria documentazione, l'Assicuratore, quantificato l'indennizzo sulla base della suindicata Tabella lesioni, provvede entro 30 giorni al relativo pagamento.

Nel caso di infortuni che prevedano indennizzi oltre che per lesioni anche per il rimborso/riconoscimento di una diaria e/o spese mediche, l'Assicurato, ad avvenuta guarigione clinica, deve inviare all'Assicuratore tutta la necessaria documentazione per determinare l'indennizzo.

L'Assicuratore, ricevuta tale documentazione, provvederà entro 30 giorni a quantificare l'indennizzo ed a provvedere al relativo pagamento.

In caso di sinistro occorso in allenamento anche individuale previsto, disposto ed autorizzato o controllato dalla Contraente, anche per i tramite dei suoi Organismi periferici e delle Associazioni/Società affiliate alla FIV, ai fini dell'ammissione del sinistro all'indennizzo, la denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo

sportivo per il quale l'assicurato è tesserato che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione stessa.
La Contraente ed i suoi Organi periferici si impegnano a produrre, se richiesto, i documenti di cui sopra agli incaricati della Società, nonché a permettere verifiche e controlli, attinenti al sinistro, da parte dell'Assicuratore.

Art. 17 Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 18 Modifiche dell'Assicurazione
Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 19 Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge vigenti.

Art. 20 Interpretazione del Contratto
In caso di eventuali controversie sull'interpretazione delle clausole del presente contratto, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

Art. 21 Rescissione del contratto
La Società può recedere dal contratto di assicurazione esclusivamente secondo quanto stabilito al precedente Articolo 1 *"Durata e decorrenza della Convenzione"*.

Art. 22 Foro competente
Per ogni controversia inerente questo contratto Foro competente sarà quello di residenza o domicilio dell'Assicurato, a scelta dell'Assicurato stesso.

Art. 23 Dichiarazioni della Società
La Società dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato.

Art. 24 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte
Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Art. 25 Soggetti Assicurati
L'assicurazione vale per tutti i tesserati alla FIV e le categorie riportate alla "Sezione Somme Assicurate".

Art. 26 Oggetto dell'assicurazione

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 Federazione Italiana Vela, ivi compresi gli allenamenti e le azioni preliminari e finali di ogni gara od allenamento ufficiale, le competizioni e/o gare, i raduni, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale ovvero nell'espletamento delle attività proprie della qualifica di tecnico o dirigente rivestita nell'ambito della Federazione.

La copertura è inoltre estesa alle altre attività fisiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, nuoto, atletica, purché rientranti nel programma di allenamento, potenziamento e/o recupero necessari all'attività sportiva.

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente, dei Suoi Organi Centrali e periferici e delle Associazioni/Società affiliate, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti purché tali circostanze siano documentate attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio del Contraente e/o delle Associazioni/Società affiliate.

Le garanzie si intendono estese al rischio in itinere a condizione che alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro.

L'assicurazione opera per tutti i tesserati anche in occasione di trasferimenti, e quindi il rischio in itinere, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggeri, conducenti anche di veicoli di proprietà o in forma individuale o a noleggio anche con autista dell'impresa, verso e da luogo di svolgimento delle attività di cui ai precedenti commi, inclusi 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 e 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. 27 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. 28 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) dalla partecipazione di imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine e regate oceaniche);
c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope;
d) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
e) da guerra e insurrezioni;
f) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
g) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
h) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratici, raggi X, ecc.);
i) dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertate in base alle normative vigenti.

Art. 29 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 in quanto l'Assicuratore, in caso di sinistro, darà luogo all'indennizzo previsto per pari danno nella Tabella Lesioni allegata.

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dall'art. 38 Criteri di indennizzabilità.

Art. 30 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Compagnie 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 eccezion 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. 31 Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore 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. 32 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Si intendono, inoltre, assicurati i soggetti affetti da Trisomia 21.

Art. 33 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 34 Infortuni determinati da calamità naturali

Con riferimento all'art. 1912 del Codice Civile, si pattuisce l'estensione dell'assicurazione agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche ma con il seguente limite:
In caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Società l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di € 10.000.000,00. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 35 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di € 10.000.000,00.

Art. 36 Validità territoriale

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

Art. 37 Limite di età

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

Art. 38 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'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

In caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo Art. 42 lett. c) – lesioni, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (indetta dalla FSN o a cui partecipi la Società Sportiva previa approvazione della FIV di appartenenza per la quale il soggetto assicurato risulti tesserato) iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa, la prestazione assicurativa è dovuta anche se il decesso sia una conseguenza indiretta dell'infortunio.

Si conviene che ai fini dell'operatività della copertura non è necessario il possesso del certificato medico di idoneità sportiva per le attività motorie e ricreative svolte nell'ambito della Regione che ha provveduto a regolamentare, in tal senso e con specifica legge, le predette attività.

In applicazione di quanto previsto dal decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dello Sport datato 28 febbraio 2018, non sono sottoposti ad obbligo di certificazione medica, per l'esercizio dell'attività sportiva in età prescolare, i bambini di età compresa tra 0 e 6 anni, ad eccezione dei casi specifici indicati dal pediatra.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, qualora l'infortunio sia occorso a Tesserati o Atleti disabili, l'aggravarsi dell'invalidità permanente preesistente verrà determinata secondo quanto previsto all'allegato A del DPCM del 6 ottobre 2011.

Art. 39 Rischio volo

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

tranne che:

- da società/azienda 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:

- € 6.000.000,00 per il caso morte;
- € 6.000.000,00 per il caso invalidità permanente;
- € 10.000,00 per il caso inabilità temporanea.

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

Art. 40 Viaggi in comitiva

Si conviene che la garanzia sarà efficace ed operante anche per i rischi derivanti da viaggio effettuato in comitiva regolarmente organizzata ed assistita da appositi accompagnatori con gli ordinari mezzi pubblici di trasporto o di proprietà della Federazione e/o sue strutture periferiche e/o Associazioni/Associazioni/Società affilate.

Si considerano mezzi pubblici di trasporto anche gli automezzi di noleggio da rimessa, appositamente noleggiati con autista della Federazione e/o sue strutture periferiche e/o Associazioni/Società affiliate, per spostamenti collettivi di gruppi di atleti o di squadre.

Come previsto dal precedente art. 35 - Evento con pluralità di infortuni - nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di € 10.000.000,00.

Art. 41 Rischio viaggio

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi intrapresi per partecipare ad allenamenti, raduni zonali e manifestazioni veliche organizzate dalla Federazione, dalle Associazioni/Società affiliate e dai suoi Organi Periferici anche quando fanno uso:

a) di autoveicoli di proprietà della Federazione o di Associazioni/Società affiliate alla cui guida vi è persona qualificata, autorizzata dalla Federazione o dalle Associazioni/Società affiliate. Tale estensione comprende anche quanto precisato nel Regolamento al capitolo "Attività di addestramento sportivo giovanile", come definito nella specifica normativa della Federazione;
b) di autoveicoli, mezzi nautici o motocicli propri, o comunque privati, a condizione che la circolazione si svolga in conformità alle vigenti disposizioni di legge ed alle indicazioni della carta di circolazione del mezzo utilizzato;

c) di treni e autobus in servizio di linea o noleggiati.

Art. 42 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 il capitale previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

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) Lesioni

La Società corrisponde l'indennizzo nella misura prevista dalla tabella lesioni allegata tenendo conto di quanto previsto alla sezione "Somme assicurate", per i diversi tipi tessera.

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

Salvo quanto previsto al successivo art. 43 "Franchigia Invalidità Permanente" per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella Tabella Lesioni Allegato A del Decreto del 03.11.2010 emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20.11.2010 n. 296, alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.

Resta inteso che in caso di mancato versamento del premio da parte della Contraente, la Società è obbligata ad erogare la prestazione assicurativa in favore dell'Assicurato, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti della Contraente stessa.

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 esse avessero colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto previsto dal precedente art. 38.

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.
Per i Tesserati ed Atleti disabili si terrà conto anche dell'Allegato A al DPCM del 6.10.2011 in materia di assicurazione obbligatoria per i tesserati al Comitato Italiano Paralimpico - CIP e agli Enti riconosciuti dal CIP, pubblicato sulla G.U. n° 28 del 3.2.2012.

Precisazioni:

- Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, 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 anatomo-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 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà 20 volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento con il massimo indennizzo pari al 100% della somma assicurata di riferimento.
- 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 lesivo. Tale termine che precede si intenderà annullato nei seguenti casi:

a) qualora il medico dovesse ritenere opportuna la posticipazione dell'intervento per motivi connessi allo sviluppo dell'infortunato o per qualsiasi altra necessità di ordine medico;
b) qualora l'assicurato produca idonea documentazione comprovante l'avvenuta prenotazione dell'intervento chirurgico presso l'Istituto sanitario a cui intende rivolgersi.

- 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 l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica;
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a 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 bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovra riscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale;

  Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Art. 43 Franchigia Invalidità permanente

Sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art.42 lett. c) non supera l'1%.
Qualora la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore all'1% l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.
In ogni caso e per qualsiasi categoria, qualora il grado di invalidità permanente accertato risulti superiore al 10%, non si darà luogo ad applicazione di nessuna franchigia.

Art. 44 Prestazione per il rimborso delle spese di cura rese necessarie da infortunio

L'assicurazione è valida — in caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, fino alla concorrenza del massimale indicato nella "Sezione somme assicurate" — per il rimborso delle seguenti spese sanitarie:

a) spese per esami strumentali a scopo diagnostico ed analisi di laboratorio compresi i relativi onorari dei medici che li hanno prescritti;
b) in caso di ricovero:
   - spese per gli onorari dei medici, nonché in caso di intervento chirurgico, effettuato anche in ambulatorio o in regime di day hospital, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;

   - spese per le rette di degenza;

- spese per le cure, per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari dall'infortunio, con il limite del 20% del massimale assicurato;

c) spese per il trasporto dell'Assicurato in ambulanza, all'Istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite del 20% del massimale assicurato.

Il rimborso verrà comunque effettuato con l'applicazione di una franchigia fissa a carico dell'Assicurato di € 125,00 per singolo infortunio.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del S.S.N., la Società rimborserà le spese non riconosciute dal precisato Servizio e sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte, senza deduzione di scoperto alcuno.

La società effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata, dietro presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate nonché, ove ne ricorrano gli estremi, di regolare attestato di degenza in Istituto di cura.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi avverranno in Italia, in valuta corrente in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

La documentazione in originale delle spese sostenute trasmessa alla Società verrà restituita contestualmente alla liquidazione.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al S.S.N. o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante la loro presentazione al S.S.N. o altro Ente.

Il rimborso percepito dall'Assicurato dagli Enti sopra indicati costituirà franchigia relativamente alla prestazione dovuta dalla Società.

Art. 45 Diaria da ricovero da infortunio

In caso di ricovero in Istituto di cura, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma assicurata riportata nella Sezione Somma Assicurata.
La Società si impegna a riconoscere l'indennità per la diaria da ricovero di € 35,00 al giorno, per un periodo massimo di 30 giorni con l'applicazione di una franchigia di 3 giorni.
Il giorno di ricovero ed il giorno di dimissione saranno considerati come unico giorno.

Art. 46 Denuncia della Morte e obblighi relativi

La denuncia della morte, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che l'hanno determinata, corredata dalla documentazione atta ad accertare l'indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto entro 30 giorni dall'evento stesso o dal momento in cui il Contraente o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 c.c.

Art. 47 Pagamento dell'indennità

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

Art. 48 Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo delle entità delle lesioni, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle 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 frequentano scuole nella Repubblica di San Marino, nonché 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 dell'art. 28 lettera g), l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 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 infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

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 € 5.000,00, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 3.000,00.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente art. 42 lett. c), per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente art. 42 lett. c), a seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente art. 42 lett. c), 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 conseguenti all'infortunio subito.

Art. 49 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado non inferiore al 60%, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

La Contraente – Federazione Italiana Vela

Il Presidente
Francesco Ettorre

La Compagnia/Società

UnipolSai ASSICURAZIONI S.p.A.
DIVISIONE LA FONDIARIA
Agenzia XX Settembre - Cod 52733
L'Agente Generale

UnipolSai ASSICURAZIONI

Divisione LA FONDIARIA

FIV

SEZIONE SOMME ASSICURATE

Tipologia di Assicurati	Capitale caso morte	Capitale Invalidità Permanente	Franchigia su Invalidità Permanente	Garanzia Rimborso spese mediche da infortunio	Diaria da ricovero da infortunio
Tesserati	€ 120.000,00	€ 120.000,00	1%	€ 1.750,00	€ 35,00/die
Atleti	€ 150.000,00	€ 150.000,00	1%	€ 1.750,00	€ 35,00/die
Atleti Club Olimpico e Paralimpico	€ 200.000,00	€ 200.000,00	1%	€ 5.500,00	€ 35,00/die
Atleti di interesse Federale	€ 175.000,00	€ 175.000,00	1%	€ 5.500,00	€ 35,00/die
Tecnici e Staff medico	€ 150.000,00	€ 150.000,00	1%	€ 2.200,00	€ 35,00/die
• Istruttori/Tecnici • Praticanti • U.D.R. • Stazzatori • Ispettori IHC • Dipendenti • Collaboratori	€ 150.000,00	€ 150.000,00	1%	€ 1.750,00	€ 35,00/die
Componenti del Consiglio federale, Presidenti di zona e Presidenti di commissione	€ 200.000,00	€ 200.000,00	1%	€ 2.200,00	€ 35,00/die

UnipolSai ASSICURAZIONI S.p.A.
DIVISIONE LA FONDIARIA
Agenzia XX Settembre - Cod 52733
L'Agente Generale