Affidamento dei servizi assicurativi della Federazione Italiana Canoa e Kayak

Codice CIG: 9651899705

LOTTO 3: Polizza Assicurativa Infortuni Cumulativa

Glossario

Nel testo della presente Convenzione si intendono per:

Assicurazione:
il contratto di assicurazione;
Contraente:
il soggetto che stipula l'assicurazione;
Assicurato:
il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Premio:
la somma dovuta dal Contraente alla Società Assicuratrice;
Sinistro:
il verificarsi dei fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Rischio:
la probabilità che si verifichi il sinistro;
Indennizzo:
a somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
Infortunio:
l'evento improvviso che si verifichi indipendentemente dalla volontà dell'assicurato e produce lesioni corporali obiettivamente constatabili che hanno come conseguenza l'inabilità temporanea, l'invalidità permanente o la morte dell'assicurato;
Invalidità permanente:
la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta;
Inabilità temporanea:
la temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni;
Trattamento chirurgico:
il provvedimento terapeutico cruente attuato da medicospecialistico;
Istituto di cura:
l'Istituto universitario, l'ospedale, la casa di cura o il Day Hospital in cui viene prestata l'assistenza ospedaliera;
Ricovero:
il periodo di degenza in Istituto di cura anche se in regime di Day Hospital, purché certificato da cartella clinica.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La durata della presente polizza è pari a **mesi 21, con decorrenza dalle ore 24.00 del 31/03/2023 e fino alle ore 24.00 del 31/12/2024.**

E' facoltà della Contraente, alla naturale scadenza del 31.12.2024, richiedere alla Compagnia la proroga della convenzione assicurativa fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione di nuova convenzione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni, proroga che dovrà essere concessa alle condizioni economiche e normative vigenti all'atto della richiesta. - La Contraente é tenuta a pagare presso la direzione della Società o la sede delegata a cui é assegnata la polizza, alle rispettive scadenze, il premio stabilito nel contratto.

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella polizza anche in assenza di pagamento del premio, in deroga all'art. 1901 C.C. Se entro 30 giorni dall'effetto del contratto il premio non viene corrisposto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di effettivo pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto. Per le rate successive alla prima é concesso il termine di rispetto di 30 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata la risoluzione del contratto fermo il diritto ai premi scaduti o di esigerne giudizialmente la esecuzione.

Art. 2 Obblighi della Federazione

La Federazione 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 Foro competente - clausola arbitrale

La decisione di ogni controversia che dovesse insorgere in relazione a validità, interpretazione, esecuzione e/o scioglimento della presente Convenzione sarà rimessa ad un Collegio arbitrale composto da tre arbitri, dei quali uno nominato da ciascuna delle parti e il terzo di comune accordo dai primi due.

La Parte che intenda promuovere l'arbitrato notificherà all'altra, a mezzo Ufficiale Giudiziario, 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, atto di nomina dell'arbitro da lei designato. I due arbitri così nominati dalle parti designeranno, entro 20 giorni dalla notifica del atto di nomina del secondo arbitro, il terzo che presiederà il Collegio. Ove, nei predetti termini, le parti non provvedano alla nomina del proprio arbitro ovvero i due arbitri nominati dalle parti non si accordino per la designazione del terzo, provvederà, su istanza della parte più diligente, il presidente del Tribunale di Roma.

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.

Il Collegio, che avrà Sede in Roma, deciderà in via rituale e secondo diritto e dovrà pronunciare il lodo entro il termine di giorni 90 (novanta) dalla accettazione salvo proroga del termine.

Salvo quanto sopra convenuto, per le controversie non deferibili ad arbitri è competente in via esclusiva il foro di Roma.

Art. 4 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:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva;
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri respinti (con indicazione delle motivazione 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. 5 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 disposizione 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.
Il Contraente, la Società 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. 6 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. 7 Disposizioni finali
Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente sui moduli a stampa forniti dalle Società assicuratrici valgono solo quale presa d'atto dei premi e della ripartizione dei rischi tra le Società partecipanti alla Coassicuratrici.

CONDIZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art.1 - Determinazione e regolazione del premio.
Il premio annuo unitario si intende stabilito in conformità a quanto previsto nel successivo articolo 26 della presente Convenzione.
La Federazione entro 30 gg. dalla data di decorrenza della presente polizza verserà un acconto determinato in base al numero presunto dei tesserati, ed entro 30 gg dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione ha l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società, per ciascuna Categoria assicurata il numero effettivo dei tesserati registrato nel predetto periodo. Si provvederà quindi alla determinazione della somma complessivamente dovuta e al conseguente conguaglio tra quanto dovuto e quanto versato a titolo di acconto, fermo restando il premio minimo indicato in polizza.
Per il calcolo del premio, fanno fede le scritture contabili, i registri, i bilanci egli altri documenti probatori tenuti dalla Federazione, dei quali la Società Assicuratrice avrà facoltà di prendere visione.

Art.2 - Titolo che dà diritto all'assicurazione e decorrenza delle garanzie assicurative
Costituisce titolo per il diritto alla garanzia assicurativa la tessera nominativa numerata o il documento sostitutivo rilasciato dalla FICK.
Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorrono dalle ore 24 del giorno in cui I 'Assicurato stesso consegue il titolo di cui al precedente comma ecessa il 31 dicembre successivo
La data di decorrenza della garanzia assicurativa e comprovata dal timbro postale apposto sulla ricevuta di versamento alla FICK della quota di tesseramento.
Per i Dirigenti federali nazionali e periferici la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno risultante dal verbale concernente l'elezione alla carica.

Art. 3 - Rapporto con altre Assicurazioni.
L'Assicurato e la contraente sono esonerate «all'obbligo di denunciare all'Assicurato eventuali altre polizze da essi stipulate per il medesimo rischio .Le garanzie previste dalla presente Convenzione si aggiungono a quelle eventualmente spettanti in base ad altro rapporto assicurativo per i casi di morte, invalidità ed inabilità temporanea.

Art.4 - Esonero di denuncia di infermità preesistenti
La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli Assicurati stessi fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire.

Art.5 - Rinuncia alla rivalsa
L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art.6 - Oneri fiscali

LOTTO 3: Polizza Assicurativa Infortuni Cumulativa

Gli oneri fiscali relativi alla presente Convenzione sono a carico della Contraente.

Art.7 - Foro competente
Per le eventuali controversie concernenti i diritti ed obblighi della Federazione o in generale l'interpretazione e la validità delle norme della presente Convenzione, le Parti dichiarano competente il Foro di Roma, mentre per le vertenze attinenti ai diritti e agli obblighi dei singoli soggetti assicurati sarà competente il Foro del capoluogo della regione di residenza dell'Assicurato interessato.

Art.8 - Collegio Medico
In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze degli eventi indennizzabili a termini di polizza, le Parti possono conferire un mandato ad un Collegio di tre medici (uno per parte più un terzo designato dai primi due), i quali tenendo presenti le condizioni di polizza e le norme di legge, prenderanno decisioni inappellabili e vincolanti per le Parti.

Art.9 - Rinvio alle norme di legge.
Per tutto quanto non diversamente regolato dalla presente Convenzione e dalle prevalenti disposizioni del Decreto 3 novembre 2010, valgono le norme delle leggi vigenti.

Art.10 - Soggetti assicurati
La garanzia assicurativa di cui alla presente Convenzione trova applicazione, senza limiti di età nei confronti di tutti i titolari di tessera FICK per Giocatore, Dirigenti Federale Nazionale o Periferico, Dirigente Societario, Arbitro, Istruttore, Tecnico e Amatore, nonché dei titolari di Tessera FICK per Giochi Locali e Tradizionali.

Art.11 - Oggetto del rischio
L'assicurazione riguarda la morte, l'invalidità permanente e l'inabilità temporanea (solo se indicata nei valori assicurati) conseguenti ad infortuni che i soggetti assicurati subiscano in Italia o all'estero durante e a causa dello svolgimento delle attività sportive, degli allenamenti e durante le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara di allenamento ufficiale, ovvero in occasione dell'espletamento delle attivila proprie della qualifica di arbitro, tecnico o dirigente centrale o periferico della FICK.
In particolare, la copertura assicurativa è operante per i rischi occorsi ai soggetti assicurati ognuno nello svolgimento delle proprie funzioni:
a) In occasione di attività sportive autorizzate e/o riconosciute e/o organizzate dalla FICK o sotto l'egida della FICK, anche se in fase di allenamento individuale o collettivo, nonché durante lo svolgimento di concorsi e/o manifestazioni sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della FICK, raduni, riunioni organizzative e in occasione di ogni altra attività rientrante nei compiti istituzionali della Federazione o strumentale rispetto a detti compiti;
b) per i Dirigenti Federali nell'espletamento del mandato sportivo anche in occasione di gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della FICK, o riunioni organizzative, incontri, missioni e ogni altra attività rientrante negli scopi istituzionali della Federazione o strumentale rispetto a detti scopi.
Per gli infortuni verificatasi durante gli allenamenti, anche individuali, l'assicurazione vale solo se trattasi di allenamenti previsti, disposti, autorizzati o controllati dalla Federazione, anche per il tramite dei suoi Organi periferici o Società Sportive affiliate. In tal caso, per l'ammissione al beneficio assicurativo, la denuncia dell'infortunio deve essere accompagnata da una dichiarazione dell'Organo Federale o del rappresentante legale della Società Sportiva interessata, che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità delle dichiarazioni rese.

Art.12 - Condizioni per l'indennizzabilità dell'infortunio
L'indennizzo è corrisposto per le lesioni corporali che abbiamo nell'infortunio la loro causa, diretta, esclusiva e comprovata e che siano indipendenti da condizioni fisiche e patologiche preesistenti o sopravvenute. L'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi, salvo quanto stabilito dall'articolo 6, comma 3, del Decreto 3 novembre 2010 per gli infortuni che abbiano causato la morte dell'assicurato, non sono indennizzabili.
Nel casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata 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.

Art.13 - Equiparazione ad Infortunio ed estensione di garanzia
Sono equiparati ad infortunio:
a) le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;

LOTTO 3: Polizza Assicurativa Infortuni Cumulativa

la garanzia è estesa anche agli infortuni:

b) sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenza o negligenze anche gravi nonché in stato di malore o incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici, da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti).
c) causati da morsi di animali, aracnoidi e insetti, da infezioni conseguenti a infortunio, da avvelenamento, ingestione o assorbimento involontario di sostanze, da annegamento, assideramento, asfissia, congelamento, folgorazione, da colpi di sole, da sforzi muscolari traumatici;
d) derivanti da tumulti, terrorismo, aggressioni o violenza, sempre che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art.14 - Infortuni "In itinere"
L'Assicurazione opera anche per gli infortuni verificatasi in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo, effettati dall'Assicurato, come passeggero o in forma individuale, verso o dal luogo di svolgimento delle attività di cui all'articolo 13 della presente Convenzione, esclusi gli incidenti verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque di inosservanze delle norme che regolano il trasferimento e a condizioni che l'infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione al termine dell' attività stessa.

Art.15 – Rischio volo
Per i soli Dirigenti federali, giocatori facenti parte di squadre nazionali, loro accompagnatori e arbitri di interesse internazionale, la garanzia si intende altresì estesa agli infortuni subiti durante i viaggi aerei di trasferimento effettuati per conto della FICK o. comunque, al fine di svolgere attività rientranti nell'ambito degli scopi della Federazione o strumentali rispetto a detti scopi. In qualità di passeggero su voli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che da aeroclub o da società/azienda di lavoro in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri.
La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è disceso.
La somma delle garanzie di cui alla presente Convenzione e di eventuali altre assicurazioni stipulate dalla stessa Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative non potrà superare i capitali per persona di:
• Euro 1.033.000,00 per il caso morte;
• Euro 1.033.000.00 per il caso di invalidità permanente totale;
• Euro 258.00 giornaliere per il caso di inabilità temporanea e complessivamente, per aeromobile:
• Euro 5.165.000,00 per il caso morte;
• Euro 5.165.000.00 per il caso di invalidità permanente totale;
• Euro 5.165,00 giornaliere per il caso di inabilità temporanea.
Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art.16 - Esclusioni
L'assicurazione non è operante per gli eventi derivanti da:

a. Uso e guida di natanti, mezzi di locomozione subacquea;
b. Abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope;
c. Assunzione di sostanze dopanti, in violazione di norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertate in base alle norme vigenti;
d. Guida e uso anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerea salvo quanto espressamente previsto dal precedente art.17;
e. Azioni delittuose dell'assicurato;
f. Movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
g. Guerra e insurrezione;
h. Trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
i. Determinati da impiego di esplosivi;
j. Disturbi mentali o psichici dell'assicurato;
k. Operazioni chirurgiche, trattamento cure mediche;
l. Azioni costituenti reato commesso dall'Assicurato o derivante dalla sua partecipazione a risse o tumulti, o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o dall'ordinamento sportivo.

LOTTO 3: Polizza Assicurativa Infortuni Cumulativa

Art.17- Categorie e prestazioni assicurative.

Per gli infortuni indennizzabili in base alla presente Convenzione sono previste le seguenti prestazioni assicurative:
a. in caso di morte dell'Assicurato, agli aventi diritto, è corrisposto un capitale;
b. in caso di invalidità permanente è corrisposta all'Assicurato una indennità calcolata in proporzione al capitale di cui alla precedente lettera a) secondo i criteri stabiliti nel successivo articolo 21
c. spese di cura per sole due categorie di assicurato sezione 7/8 entro I criteri di seguito stabiliti;

Sez.	Categoria	Nr. assicurati	Capitali assicurati		
			Morte	Invalidità *	Spese di cura
1	Tesserati giocatori di categoria A, atleti di interesse nazionale	200	€ 100.000,00	€ 100.000,00	
2	Tesserati giocatori di categoria B, atleti, istruttori, arbitri e giudici	5000	€ 80.000,00	€ 80.000,00	
3	Praticanti	5000	€ 50.000,00	€ 50.000,00	
4	Presidenti/Delegati Regionali	15	€ 150.000,00	€ 150.000,00	
5	Presidente Federale / Segretario Federale	2	€ 500.000,00	€ 500.000,00	
6	Consiglieri Federali / Sindaci	11	€ 250.000,00	€ 250.000,00	
7	Categoria tesserati giocatori di categoria A - atleti di interesse nazionale (esclusi gli atleti nazionali probabili olimpici)	200			€ 5.000,00
8	Atleti nazionali probabili olimpici - n. 40 Atleti Nazionali	40			€ 20.000,00

* **è prevista una franchigia del 4% iniziale per quanto concerne l'indennità per invalidità permanente.**

Specifiche Sez. 7

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di € 5.000,00 per ogni infortunio, le spese rese necessarie dalla cura di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e sostenute:
in caso di ricovero in istituto di cura per:
a) accertamenti diagnostici (e relativi onorari dei medici) effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero;
b) onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento - comprese le endoprotesi - trattamenti riabilitativi, rette di degenza durante il ricovero;
c) accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti, trattamenti riabilitativi nei 90 giorni successivi alla dimissione. Le prestazioni sanitarie indicate nel presente comma c) sono assicurate soltanto se il ricovero ha comportato almeno un pernottamento in istituto di cura;
in caso di spese extra-ricovero o conseguenti a ricovero in Day Hospital, saranno rimborsate le spese sostenute per: accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti, cure fisioterapiche, con un limite di € 500 per anno e per persona ed un massimo di € 50 per ogni seduta di fisioterapia, purché in presenza di certificato di accesso al Pronto Soccorso avvenuto il giorno dell'infortunio. Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate;
in caso di intervento chirurgico ambulatoriale per:
onorari dei medici, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento. Per intervento chirurgico ambulatoriale si intende un provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruente, eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante;
in caso di intervento riparatore del danno estetico per:
la chirurgia plastica, purché l'intervento riparatore avvenga entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, e non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto. Per danno estetico si intende la deturpazione al viso obiettivamente constatabile.
I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro. Le spese indennizzabili in base alla presente Condizione Particolare verranno rimborsate nella misura dell' 80%; il rimanente 20%, con il minimo di € 100 resta a carico dell'Assicurato. Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni di cui al punto 1) b) sono sostituite dal pagamento di una diaria di € 75 per ogni pernottamento, per un massimo di 90 pernottamenti per infortunio.

Specifiche Sez.8

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di € 20.000,00 per ogni infortunio, le spese rese necessarie dalla cura di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e sostenute:

LOTTO 3: Polizza Assicurativa Infortuni Cumulativa

in caso di ricovero in istituto di cura per:
a) accertamenti diagnostici (e relativi onorari dei medici) effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero;
b) onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento - comprese le endoprotesi - trattamenti riabilitativi, rette di degenza durante il ricovero;
c) accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti, trattamenti riabilitativi nei 90 giorni successivi alla dimissione. Le prestazioni sanitarie indicate nel presente comma c) sono assicurate soltanto se il ricovero ha comportato almeno un pernottamento in istituto di cura;

in caso di spese extra-ricovero o conseguenti a ricovero in Day Hospital, saranno rimborsate le spese sostenute per: accertamenti diagnostici, onorari dei medici specialisti, cure fisioterapiche, con un limite di € 2.000 per anno e per persona ed un massimo di € 50 per ogni seduta di fisioterapia, purché in presenza di certificato di accesso al Pronto Soccorso avvenuto il giorno dell'infortunio. Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate;

in caso di intervento chirurgico ambulatoriale per: onorari dei medici, esami, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento. Per intervento chirurgico ambulatoriale si intende un provvedimento terapeutico che è attuato con manovre manuali o strumentali, cruente, eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante;

in caso di intervento riparatore del danno estetico per: la chirurgia plastica, purché l'intervento riparatore avvenga entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, e non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto. Per danno estetico si intende la deturpazione al viso obiettivamente constatabile.

Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro.

Le spese indennizzabili in base alla presente Condizione Particolare verranno rimborsate nella misura dell' 80%; il rimanente 20%, con il minimo di € 100 resta a carico dell'Assicurato. Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni di cui al punto 1) b) sono sostituite dal pagamento di una diaria di € 75 per ogni pernottamento, per un massimo di 90 pernottamenti per infortunio.

Art.18 - Indennizzo in caso di morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio, l'Assicuratore liquida la somma assicurata al beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi.
L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro i due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa sia maggiore.
Qualora, a seguito di un infortunio, il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, l'Assicuratore liquida al beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 Cod. Civ. Se, dopo che è stato pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione entro 15 giorni dalla richiesta , della somma pagata.

Art. 19 - Indennizzo per invalidità permanente

L'indennizzo per invalidità permanente è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in misura percentuale pari al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori di cui alla "tabella lesioni" allegato A) al decreto 3 novembre 2010.
In caso di lesioni plurime, l'indennizzo è calcolato in base alla somma delle percentuali di invalidità relative alle singole lesioni subite.
Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanete tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato varranno per il sinistro e viceversa.
Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di una dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri dei casi ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacita generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

LOTTO 3: Polizza Assicurativa Infortuni Cumulativa

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino al raggiungimento al massimo il valore del 100%.
Non si fa luogo all'indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 5% della totale.
Se l'invalidità permanente è superiore a detto limite, l'indennizzo è corrisposto solo per la parte eccedente.

Art.20 - Limite di indennizzo per singolo evento

In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati, le somme delle garanzie dì cui alla presente garanzia infortuni non potranno superare l'importo di Euro 2.066.000,00.
Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti ad ogni Assicurato in caso di sinistro sono ridotti con imputazione proporzionale ai capitali assicurati per singole persone.

Art.21 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da ogni documentazione clinica atta ad accettare le lesioni subite e la loro indennizzabilità, deve essere fatta per sinistro ed inviata all'Assicurato, entro 30 giorni lavorativi dalla data dell'evento stesso e/o dal momento In cui l'Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del codice civile.
La documentazione di cui sopra deve consentire inequivocabilmente l'identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relativo referto; nel caso di fratture o/e 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/struttura privata equivalente (clinica, casa di cura etc)
L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentir la visita dei medici dell'Assicurato e qualsiasi indagine od accertamento che ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art.22 - Denuncia della morte e obblighi relativi

La denuncia della morte, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che la hanno determinata, corredata dalla documentazione atta ad accettare l'indennizzabilìtà deve essere fatta per iscritto ed inviata all'Assicuratore entro 30 giorni dall'evento stesso e/o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli art. 1913 e 1915 del codice civile.