

**CONVENZIONE ASSICURATIVA
PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, LESIONI, RESPONSABILITÀ CIVILE
VERSO TERZI, PER CONTO E A FAVORE DELLA
FEDERAZIONE SPORT SORDI ITALIA,
DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI E DEI SUOI TESSERATI**

INDICE GENERALE

CONVENZIONE ASSICURATIVA	3
REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE	6
NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	8
SEZIONE I LESIONI/MORTE, RIMBORSO SPESE MEDICHE, DIARIA	10
SEZIONE II RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI	18
SEZIONE IV SOMME ASSICURATE	22
SEZIONE V PREMI	ERRORE. IL SEGNA LIBRO NON È DEFINITO.

**CONVENZIONE ASSICURATIVA
PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, LESIONI, RESPONSABILITÀ CIVILE
VERSO TERZI, PER CONTO E A FAVORE DELLA
FEDERAZIONE SPORT SORDI ITALIA,
DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI E DEI SUOI TESSERATI**

Tra la Spett.le **FEDERAZIONE SPORT SORDI ITALIA** e la Spett.le **CASSA DI PREVIDENZA PER L'ASSICURAZIONE DEGLI SPORTIVI - SPORTASS**, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole Contraente e Assicuratore, viene stipulata la seguente Convenzione per la garanzia contro la Morte, le Lesioni, la Responsabilità Civile verso Terzi per conto e a favore della Federazione Sport Sordi Italia, dei suoi Organi Centrali e Periferici, e dei suoi Tesserati.

Le prestazioni garantite sono disciplinate nell'allegato "REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER LA FEDERAZIONE SPORT SORDI ITALIA".

Tale regolamento, forma parte integrante della presente Convenzione.

Art. 1 Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto senza distinzione di attività praticata, rientrante comunque negli scopi della Federazione Sport Sordi Italia, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, alle garanzie assicurative è:

- la Tessera nominativa e numerata.

Le tessere verranno rilasciate a cura della Federazione Sport Sordi Italia e dei suoi organi periferici (Comitati regionali e provinciali, territoriali, Società affiliate, etc.), da questa specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Per la Federazione Sport Sordi Italia costituisce titolo il presente contratto.

Art. 2. Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni uno con inizio dalle ore 00.00 del 05/02/2006 e termina alle ore 24.00 del 30 Settembre 2006, con possibilità per le Parti di recedere alla scadenza anniversaria con lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di almeno 30 giorni per il primo anno. In mancanza di disdetta data da una delle Parti, la Convenzione avrà inizio alle ore 00.00 del 01/10/2006 e termina alle ore 24.00 del 30 Settembre 2007, con possibilità per le Parti di recedere alla scadenza anniversaria con lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di almeno 90 giorni, la Convenzione è prorogata per la durata di un anno, e così successivamente.

Art. 3. Obblighi della Federazione

La Federazione si impegna a comunicare all'Assicuratore:

- 1) con frequenza bimestrale, elenco di tutti i soggetti assicurati (suddivisi per categoria) ai sensi della presente Convenzione;
- 2) 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 SPORTASS la facoltà di recedere dall'accordo.

Art. 4. Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Sede della A.R.A. – Attività e Rappresentanze Assicurative S.r.l. – Viale Brigata Liguria 105 R – int. 5 - 16121 Genova entro 30 giorni lavorativi dalla data dell'evento 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.

Art. 5. Foro competente - clausola arbitrale

Le controversie che dovessero insorgere fra le parti della presente Convenzione, escluse quelle non compromettibili ad arbitri e per le quali è competente il Foro di Roma, inerenti l'interpretazione e/o l'esecuzione e/o lo scioglimento della presente Convenzione saranno deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre membri, nominati uno da ciascuna delle parti in contesa e il terzo, con funzioni di Presidente del Collegio, dai membri nominati dalle parti stesse, ovvero, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di Roma, il quale nominerà anche l'arbitro della parte che non vi avesse provveduto nel termine di giorni venti dalla richiesta fattale dall'altra parte, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il Collegio dovrà decidere, disponendo anche in ordine alle spese, nel termine di 60 giorni dalla sua costituzione, in via rituale e secondo diritto con libertà di procedura ma sempre con l'osservanza del rispetto del principio del contraddittorio. La sede del Collegio sarà Roma.

Art. 6. 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 minimo anticipato all'Assicuratore 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 15/11 di ciascun anno la Contraente fornirà all'Assicuratore elenco definitivo riportante il numero degli Assicurati tesserati suddivisi per categorie riferiti all'anno assicurativo decorso, affinché l'Assicuratore stesso possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

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

Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Assicuratore deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva.

Conseguentemente 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.

Per i contratti scaduti, 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.

Fanno fede per il calcolo della regolazione premio, le scritture contabili, i registri, i bilanci ed altri documenti probanti tenuti dalla Contraente che dichiara di mettere a disposizione dell'Assicuratore per eventuali controlli.

**REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE
PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, LESIONI, RESPONSABILITÀ CIVILE
VERSO TERZI, PER CONTO E A FAVORE DELLA
FEDERAZIONE SPORT SORDI ITALIA,
DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI E DEI SUOI TESSERATI**

DEFINIZIONI

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Associato

Ogni singolo soggetto iscritto o aderente alla Contraente compreso in copertura.

Beneficiario

L'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

Day Hospital

Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

Indennizzo

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

Infortunio

ogni evento 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.

Invalidità permanente

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Inabilità temporanea

Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni.

Trattamento chirurgico

Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in istituto di cura.

Istituto di cura

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

Ricovero

Periodo di degenza in istituto di cura. Viene considerata ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purché certificata da cartella clinica.

Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Tesserato

Ogni singolo soggetto tesserato alla Federazione Sport Sordi Italia.

Massimale

L'importo massimo della prestazione dell'Assicuratore.

Scoperto

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.

Soggetti A

Presidente, Segretario Generale, Consiglieri Federali, Revisori dei Conti, Presidenti e componenti degli Organismi Periferici.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 1. Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione, a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali la Federazione Sport Sordi Italia abbia ufficialmente aderito.

Art. 2. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Variazioni del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 (ex artt. c.c. 1892, 1893 e 1894). Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, l'Assicuratore può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui la Contraente non accetti le nuove condizioni, l'Assicuratore nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 90 giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dalla Contraente.

L'omissione della dichiarazione da parte della Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza aggravante del rischio durante il corso della polizza medesima, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere all'Assicuratore il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 3. 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 dalle ore 24.00 del giorno in cui consegue il titolo che dà diritto all'assicurazione, ai sensi dell'art. 1 "*Titoli che danno diritto all'assicurazione*" della precedente Sezione, e cessa il 30 Settembre successivo di ogni anno, ferma restando la responsabilità da parte della Federazione, di inviare tempestivamente all'Assicuratore, su supporto meccanografico, l'elenco nominativo di tutti i Tesserati iscritti alla Federazione stessa.

I premi devono essere pagati all'Assicuratore.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 00 del 05/02/06, anche se la prima rata di premio non è stata pagata.

Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 30 giorni.

Trascorso tale termine, senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio comprensivo verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo a termini di regolamento, in data posteriore alla adesione alla Convenzione, ma anteriore alla segnalazione dei nominativi all'Assicuratore, 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 di Legge dello Statuto e dei Regolamenti della FEDERAZIONE, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti dalla FEDERAZIONE stessa, e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dalla organizzazione della FEDERAZIONE.

Art. 4. Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 5. Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

La garanzia di R.C.T. non sarà operante per le condanne punitive ed esemplari emesse da organismi giuridici esercitanti il diritto anglosassone.

Sono comunque esclusi i sinistri derivanti o conseguenti a guerra e terrorismo, atti di sabotaggio socio politico e/o vandalici.

Il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato in Euro e comunque in Italia.

Art. 6. Rinvio alle norme di legge

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

Art. 7. Altre assicurazioni

L'assicurato e/o la Contraente sono esonerati dall'obbligo di denunciare all'Assicuratore eventuali altre polizze da esso stipulate per il medesimo rischio.

Art. 8. Rescissione del contratto

L'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione esclusivamente secondo quanto stabilito al precedente articolo 2 "*Durata della Convenzione*" della precedente Sezione.

Art. 9. Foro competente

Per ogni controversia inerente questo contratto foro competente sarà quello di residenza e/o domicilio dell'Assicurato.

SEZIONE I LESIONI/MORTE, RIMBORSO SPESE MEDICHE, DIARIA

Art.1. Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per i tesserati, gli Atleti Nazionali ed i Soggetti A della Federazione Sport Sordi Italia.

Art.2. Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli eventi fortuiti, violenti ed esterni che producano:

- una o più lesioni previste nelle tabelle allegate;
- la morte

Ai termini della presente garanzia è considerata *lesione* ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nelle tabelle allegate.

Le garanzie saranno operanti in occasione di riunioni organizzative, incarichi, missioni o altre attività rientranti negli scopi della Federazione Sport Sordi Italia, compreso il rischio in itinere anche con mezzi propri o come trasportati; attività sportive autorizzate, e/o riconosciute e/o organizzate sotto l'egida della Federazione Sport Sordi Italia, allenamenti (anche individuali organizzati e/o disposti dalle società sportive regolarmente affiliate), durante lo svolgimento di gare e/o manifestazioni sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della Federazione Sport Sordi Italia per tutte le attività e discipline riconosciute.

Le predette garanzie saranno operanti sempre che documentate dalla Federazione Sport Sordi Italia o dalle sue Strutture Periferiche competenti.

Art. 3 Estensioni di garanzia

La copertura è operante anche per gli eventi indennizzabili a termini di polizza, verificatisi in conseguenza di imperizie, imprudenze o negligenze anche gravi nonché avvenuto 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).

Sono equiparate ai fini di polizza alle lesioni, le "*lesioni particolari*" previste nel successivo articolo 10 *Criteri di indennizzabilità – Caso Lesioni*, purché determinate da evento fortuito violento ed esterno e verificatesi entro e non oltre 60 giorni dal verificarsi dell'evento stesso.

Art.4 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per gli eventi derivanti da:

- a) uso e guida di natanti e mezzi di locomozione subacquea (non comprese le attrezzature tecniche necessarie allo svolgimento delle attività sportive riconosciute dalla Federazione, utilizzate nel rispetto degli specifici regolamenti);
- b) abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- c) guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerea salvo quanto espressamente previsto al successivo art. 12 *Estensioni Speciali -Rischio Volo-*.
- d) azioni delittuose dell'assicurato;
- e) movimenti tellurici, inondazioni, ed eruzioni vulcaniche;
- f) guerra e insurrezione;
- g) trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Art.5 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.

Resta convenuto che in caso di mutilazioni preesistenti si provvederà a quantificare il danno in base alla differenza tra le voci di tabella riguardanti la singola lesione subita e l'effettivo complesso delle lesioni accertate post infortunio.

Posto quanto sopra a titolo meramente esemplificativo, se la lesione subita corrispondesse ad un importo di x ma in base alla menomazione preesistente il medesimo sinistro trovasse riscontro in un'altra voce di tabella pari ad un importo y l'importo del danno verrà quantificato per differenza tra y ed x.

(Es. Posto che l'amputazione di un braccio è pari ad un valore di 25 in caso tale lesione venisse subita da un soggetto che avesse già subito precedentemente l'amputazione dell'altro braccio la Compagnia dovrà prima quantificare il danno complessivo che risulterà essere l'amputazione delle due braccia pari ad un valore 100 a tale valore decurterà il valore della lesione subita (25) e liquiderà un valore pari a 75.)

Si precisa che relativamente alle infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza non si darà luogo ad alcun indennizzo.

Relativamente alla garanzia prevista nel successivo Art. 12 *Estensioni Speciali -Rischio Volo-*, se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente sana, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche, ma sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art.6 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altri Assicuratori per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi previsti nella presente Sezione.

Art. 7 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 del sinistro.

Art.8 Limiti di età

La garanzia è prestata senza limiti di età.

Art.9 Persone non assicurabili

La garanzia assicurativa, non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico – cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi. Tale limitazione non si applica ai tesserati della FSSI per lo svolgimento delle attività del settore handicap mentali.

L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Art.10 Criteri di indennizzabilità

Caso Morte

In caso di morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed a causa di esso, l'Assicuratore liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per la garanzia lesione prevista dall'art. 2 *Oggetto del rischio*, o per l'invalidità permanente prevista dall'art. 12 *Estensioni Speciali -Rischio Volo-*; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per lesione e/o invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza 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 evento indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, l'Assicuratore liquida ai beneficiari il capitale garantito per il caso morte non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 C. C. Se, dopo che l'Assicuratore ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione - entro 15 giorni dalla richiesta - della somma pagata.

Caso Lesioni

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

- per i Tesserati saranno operanti le prestazioni previste nella Tabella Lesioni A allegata, salvo quanto previsto dal precedente art. 5 "*Esonero denuncia di infermità*".
- per gli Atleti Nazionali e per i Soggetti A saranno operanti le prestazioni previste nella Tabella Lesioni B allegata, salvo quanto previsto dal precedente art. 5 "*Esonero denuncia di infermità*".

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 pari al massimale di morte previsto per la categoria di tesserati di appartenenza..
- 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.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente non 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 sovrariscaldati) 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. 11 Controversie

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze degli eventi indennizzabili a termini di polizza le Parti si obbligano a 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.

Tale Collegio Medico risiede nel comune che sia sede di Istituto Universitario di medicina legale e delle assicurazioni più vicino alla residenza dell'Assicurato.

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

Art. 12 Estensioni speciali

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.

Danno estetico

Si conviene che, per gli Assicurati di età non superiore ai 14 anni, l'Assicuratore rimborserà fino ad massimo di Euro 1.549,37, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio e/o lesione previste nelle tabelle allegate.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art.10 “Criteri di indennizzabilità - Caso Morte”, per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all’assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, verrà corrisposto allo stesso l’importo di Euro 154,94.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art.10 “Criteri di indennizzabilità - Caso Morte”, 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, verrà corrisposto all’assicurato l’importo di Euro 258,23.

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art.10 “Criteri di indennizzabilità - Caso Morte”, a seguito di ricovero dell’assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione verrà corrisposto allo stesso l’importo di Euro 258,23.

Rischio volo

La garanzia è operante per le conseguenze degli infortuni che l’Assicurato subisca durante viaggi aerei che venissero da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

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 presente garanzia è prestata per le seguenti somme:

Caso morte	somma prevista in polizza per il caso morte di cui alla successiva Sezione “Somme Assicurate”.
Caso invalidità permanente	stessa somma prevista in polizza per il caso morte.
Diaria da inabilità temporanea	Euro 51,65

Resta inteso che le somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso 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 1.032.913,80 per il caso di Morte
 - Euro 1.032.913,80 per il caso di invalidità permanente totale
 - Euro 258,23 giornaliera per il caso di inabilità temporanea
- e complessivamente, per aeromobile, di:
- Euro 5.164.568,99 per il caso di Morte
 - Euro 5.164.568,99 per il caso di invalidità permanente totale
 - Euro 5.164,57 giornaliera per il caso di inabilità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferitisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dallo stesso Contraente.

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.

Con esclusivo riferimento alla presente garanzia, il successivo Art.10 “*Criteri di indennizzabilità*” si intende integrato come segue:

Caso Invalidità permanente

L'indennizzo per Invalidità Permanente è determinato mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri di cui alla tabella allegato 1 al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente Convenzione e in contanti anziché sotto forma di rendita.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente 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 destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno 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 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 invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sui criteri di indennizzo sono demandate per iscritto al collegio medico di cui al successivo Art. 11 “*Controversie*”

È data facoltà al Collegio medico - di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Caso Inabilità Temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza un inabilità temporanea, l'Assicuratore liquida la diaria a partire dal 9° giorno successivo a quello dell'infortunio. In caso di ricovero con pernottamento la diaria viene liquidata dal 1° giorno successivo a quello dell'infortunio. Dal conteggio dei giorni di inabilità vengono convenzionalmente esclusi i giorni festivi. La diaria viene corrisposta per un massimo di 365 giorni di inabilità per ogni infortunio.

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 l'importo massimo di Euro 1.032,91.

Art.13 Rimborso spese di cura e indennità giornaliera di ricovero

La presente garanzia si intende valida esclusivamente per la categoria Atleti Nazionali.

Entro il limite della somma assicurata a questo titolo, l'Assicuratore rimborsa, dedotto uno scoperto del 10% con un minimo di €154,94 per evento, le spese sostenute, durante il ricovero, a seguito di infortunio e/o lesioni previste nelle tabella allegata che comporti intervento chirurgico per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- b) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
- c) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.

Rimborsa inoltre le spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi effettuati da medici, entro 90 giorni dalla dimissione dall'istituto di cura o dall'intervento chirurgico in day hospital.

Limitazioni

Sono in tutti i casi escluse dal rimborso delle spese di cui al presente articolo le spese relative a:

- malattie mentali. Tale limitazione non si applica nei confronti dei tesserati della FSSI per lo svolgimento delle attività del settore handicap mentale;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonchè ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- agopuntura non effettuata dal medico.

Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori.

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 purchè adeguatamente documentate.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro per un valore equivalente.

In caso di ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato) reso necessario da infortunio e/o lesione previste nelle tabelle allegate, con o senza intervento chirurgico, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato una diaria per persona di euro 30,00 per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 60 giorni per evento. I primi 5 giorni di ricovero non prevedono la corresponsione di diaria.

L'Assicuratore effettuerà il pagamento dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi, soltanto a cura ultimata su presentazione di cartella clinica rilasciata dall'Istituto di cura.

Art. 14 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Denuncia di lesioni e/o infortunio

La denuncia degli infortuni e/o lesioni previste nelle tabelle allegate, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che le hanno determinate, corredata da ogni documentazione clinica atta ad accertare le lesioni subite e la loro indennizzabilità, deve essere

fatta per iscritto ed inviata ad A.R.A. S.r.l. Viale Brigata Liguria 105 R – int. 5 - 16121 GENOVA, entro 30 giorni dall'evento stesso o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del C. C. La documentazione di cui sopra deve 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.). Ricevuta la necessaria documentazione, l'Assicuratore, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici dell'Assicuratore ed a qualsiasi indagine od accertamento che questi ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Denuncia della morte

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 ed inviata ad A.R.A. S.r.l. Viale Brigata Liguria 105 R – int. 5 16121 GENOVA, entro 30 giorni dall'evento stesso o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del C. C.

Art.15 Limite di indennizzo per singolo evento

In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati con la presente polizza convenzione, le somme delle garanzie di cui alla presente sezioni Lesioni/Morte non potranno superare l'importo di Euro 2.065.827,60.

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 le singole persone.

SEZIONE II RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Descrizione attività

La seguente descrizione viene riportata a titolo esemplificativo e non limitativo, dato che la presente polizza esplica la propria validità per tutti i casi in cui possa essere reclamata una responsabilità anche quale committente, organizzatore od altro, dell'Assicurato, salve le esclusioni espressamente menzionate.

L'attività dei soggetti assicurati riguarda:

- la promozione e l'organizzazione delle attività rientranti negli scopi della F.S.S.I.;
- l'esercizio e lo svolgimento di attività sportiva (allenamenti anche individuali);
- la partecipazione a gare e/o manifestazioni riconosciute dalla Federazione Sport Sordi Italia;
- riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, e tutte le attività rientranti negli scopi della Federazione Sport Sordi Italia.

Art.1 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per la Federazione Sport Sordi Italia, per i tesserati, gli Atleti Nazionali ed i Soggetti A della Federazione Sport Sordi Italia.

Art.2. Oggetto della Assicurazione

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali, per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione:

- all'attività svolta comprese tutte le operazioni e attività accessorie, sussidiarie e/o complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, nessuna esclusa né eccettuata ovunque nell'ambito della validità territoriale della polizza, in applicazione delle leggi e/o delle delibere dei propri organi e/o comunque di fatto svolti.

La garanzia RCT si estende ai prestatori d'opera temporanei reperiti a mezzo ditte regolarmente autorizzate.

Sono compresi sia i danni subiti da tali soggetti che quelli provocati a terzi e/o dipendenti dell'Assicurato da tali soggetti.

È comunque garantita l'azione di rivalsa esperita dall'INPS e/o dall'INAIL.

Art.3. Novero dei Terzi

Si conviene fra le parti che:

- tutti i soggetti, sia persone fisiche, che giuridiche, agli effetti della presente polizza vengono considerati "Terzi" rispetto all'Assicurato.
- Non sono considerati terzi le persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato - dipendenti o non dipendenti di quest'ultimo -, quando subiscano il danno in occasione di servizio, ed operi nei loro confronti la successiva garanzia *“Responsabilità Civile verso le persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato”*. In caso contrario detti soggetti saranno considerati terzi a tutti gli effetti.

- Gli Assicurati sono considerati terzi fra di loro per sinistri che si siano verificati durante lo svolgimento dell'attività rientranti negli scopi della Federazione Sport Sordi Italia.
- Non sono considerati terzi fra di loro, il coniuge, i genitori, i figli degli assicurati, nonché qualsiasi altro parente od affine con loro convivente ad eccezione dei casi riguardanti la lesione personale in cui, pur sussistendo i predetti rapporti, la lesione stessa si sia verificata durante le attività coperte dalle presenti garanzie.

Art.4. Altre Assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e limiti

Qualora a favore dell'Assicurato ove al momento del sinistro fossero valide ed operanti altre assicurazioni sui medesimi rischi coperti dalla presente Polizza, quest'ultima si considera operante nei casi e con le modalità seguenti:

- a) se il rischio non fosse garantito nelle predette altre assicurazioni ma lo fosse in base alle garanzie prestate con la presente Polizza a favore dell'Assicurato stesso, saranno operanti per quel rischio i capitali e/o massimali e le condizioni previsti in quest'ultima, come se le predette altre assicurazioni non esistessero;
- b) se il rischio fosse garantito e liquidato in base alle predette altre assicurazioni ma i massimali e/o capitali o le somme in esse previsti fossero insufficienti a coprire l'intero danno, la presente Polizza risarcirà l'Assicurato per la sola parte di danno eccedente quella risarcita a norma delle predette altre assicurazioni, nei limiti ed alle condizioni tutte della presente Polizza.

Art.5 Responsabilità civile verso persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato (RCO)

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per gli infortuni (escluse le malattie professionali) sofferti dalle persone soggette all'assicurazione obbligatoria di Legge a carico dell'Assicurato - dipendenti o non dipendenti di quest'ultimo.

La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. Non costituisce però motivo di decadenza della copertura la mancata o irregolare assicurazione di personale presso l'INAIL derivante da erronea interpretazione delle norme vigenti o da involontaria omissione della segnalazione di nuove posizioni all'INAIL.

Quanto suddetto, è operante anche nei confronti di coloro (studenti, borsisti, allievi, tirocinanti, ecc.) che prestano servizio presso l'Assicurato per addestramento, corsi di istruzione professionale, studi, prove ed altro e che per essere assimilati agli apprendisti vengono assicurati contro gli infortuni sul lavoro a norma di legge.

Art. 6 Gestione delle vertenze e spese di resistenza

L'Assicuratore assume la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando di intesa con lo stesso, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. La difesa dell'Assicurato viene assunta fino alla definitiva tacitazione dei terzi e ad esaurimento del giudizio nel grado in corso al momento della liquidazione del sinistro.

Sono a carico dell'Assicuratore le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Assicuratore e Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

L'Assicuratore non riconosce peraltro le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende.

L'Assicuratore si impegna a fornire tempestivamente copia degli atti processuali ed ogni informazione relativa all'andamento delle liti giudiziali.

Art. 7 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

L'Assicurato, venuto a conoscenza del sinistro, deve darne notizia all'Assicuratore tempestivamente e rimmettergli al più presto un dettagliato rapporto scritto.

Deve, inoltre, fornire all'Assicuratore ed ai suoi mandatari tutte le informazioni, i documenti e le prove che possano venirgli richieste.

Art. 8 Rinuncia alla rivalsa/surroga

L'Assicuratore rinuncia al diritto di surrogazione spettante ai sensi dell'art. 1916 C.C. nei confronti di:

- dipendenti dell'Assicurato e delle persone che ricoprono una carica, salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo.
- Società affiliate ed enti in genere senza scopo di lucro, che possano collaborare con l'Assicurato per le sue attività.
- Persone fisiche di cui l'Assicurato si avvalga per le sue attività o che ricoprono una carica.
- Persone giuridiche di cui l'Assicurato si avvalga per le sue attività, ed a cui abbia rilasciato clausola di manleva preventivamente approvata dall'Assicuratore.

Salvo sempre il caso di dolo.

Art. 9 Esclusioni

L'assicurazione R.C.T. non comprende:

- a) i danni da furto;
- b) i rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi della legge 24.12.1969, n. 990 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione, nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili; si intende compresa la Responsabilità civile derivante da danni a Terzi Trasportati sui veicoli a motore di proprietà dell'Assicurato mentre circolano all'interno delle aree di pertinenza;
- c) i danni a cose dovute a cedimento o franamento del terreno se tali danni derivino da lavori che implicino sottomurature o altre tecniche sostitutive;
- d) i rischi di proprietà di fabbricati, dell'esercizio di ogni attività di gestione che non abbia carattere di manifestazione, dell'esercizio di bar, spacci, mense, ristoranti, alberghi, case per ferie ed altri esercizi commerciali anche se usati esclusivamente dai tesserati ;
- e) i danni provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato e da questi detenute;
- f) i danni alle cose che l'Assicurato abbia in consegna e/o in custodia;
- g) i danni alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate;
- h) i danni ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano dei lavori;
- i) i danni conseguenti all'esercizio delle attrezzature, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento della attività sportiva non dichiarata al precedente punto "Descrizione dell'attività" della presente Sezione.

Si precisa inoltre, che la garanzia di R.C.T. non comprende gli importi che l'Assicurato sia condannato a pagare a titolo punitivo (*Punitive o Exemplary Damages*)

Rischi atomici e danni all'ambiente

Sono esclusi dall'assicurazione i danni derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Limitatamente all'assicurazione responsabilità civile verso terzi (detta limitazione non é operante nei confronti dei dipendenti dell'Assicurato nè di danni a persone fisiche) sono esclusi altresì i danni di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, esalazioni fumogene o gassose, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture, interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

Art. 10 Franchigia

La presente garanzia viene prestata con una franchigia assoluta di Euro 258,23 per danni a cose per ciascun sinistro.

Art. 11 Estensioni di garanzia (a parziale deroga di quanto previsto nelle esclusioni)

Responsabilità Civile personale

La garanzia prestata con la presente polizza vale anche per la responsabilità civile personale di tutti i dipendenti e del personale non dipendente mentre opera per conto dell'Assicurato e mentre si trova nelle ubicazioni ove si svolge l'attività.

Relativamente al D.L. N. 626 del 19/09/1994, in tema di sicurezza sul lavoro, la garanzia vale solo nel caso in cui il preposto al servizio di prevenzione e protezione, sia un dipendente.

Responsabilità Civile incrociata, appalto, sub-appalto

Premesso che l'Assicurato può appaltare e sub-appaltare ad altre imprese o persone i lavori di manutenzione dei locali o lavori e/o prestazioni attinenti l'attività svolta dall'Assicurato, si conviene che:

sono compresi i danni causati a terzi da dette imprese e/o persone mentre eseguono i lavori medesimi;

l'Assicurato e propri dipendenti, dette imprese e loro dipendenti e/o persone sono considerati terzi tra di loro limitatamente alle lesioni corporali.

La presente estensione di garanzia opererà in eccesso ad eventuali polizze stipulate per i medesimi rischi.

R.C. del Committente

L'assicurazione comprende anche la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di committente ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile, compresa la committenza veicoli in genere.

SEZIONE IV SOMME ASSICURATE

GARANZIA LESIONI/MORTE

TESSERATI

Morte	Euro 50.000,00
Lesioni	Tabella Lesioni A allegata

ATLETI NAZIONALI

Morte	Euro 100.000,00
Lesioni	Tabella Lesioni B allegata
Rimborso Spese Mediche	Euro 7.500,00
Diaria	Euro 30,00 dopo il 5° giorno

SOGGETTI A

Morte	Euro 50.000,00
Lesioni	Tabella Lesioni C allegata

GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

TESSERATI – SOGGETTI A – ATLETI NAZIONALI

Euro 516.456,90 per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di:

Euro 516.456,90 per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di:

Euro 516.456,90 per danni a cose ed animali, anche se appartenenti a più persone.

F.S.S.I.

R.C.T.

Euro 1.549.370,70 per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di:

Euro 1.549.370,70 per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali, e di:

Euro 1.549.370,70 per danni a cose ed animali, anche se appartenenti a più persone.

RCO

Euro 516.456,90 per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o abbiano sofferto danni a cose od animali di loro proprietà, ma con il limite di:

Euro 516.456,90 per ciascuna persona deceduta o che abbia subito lesioni personali.