

PROGRAMMA ASSICURATIVO SAFESPORT**CONDIZIONI GENERALI DI
ASSICURAZIONE**

IL PROGRAMMA ASSICURATIVO È SOTTOSCRITTO DA

CHARTIS  **isi** Insurance

Agenzia generale Chartis Europe S.A.



Benacquista Assicurazioni S.n.c. RUI A n° 000163952
Via del Lido 106 04100 Latina Tel 0773 62981 Fax 0773 629835
Web www.benacquista.it - E Mail assicurazioni@benacquista.it

Condizioni Generali di Assicurazione

Responsabilità Civile

Infortuni

Prestazioni di Assistenza



2

Chartis Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
Sede Legale e Direzione Generale: 20123 Milano - via della Chiusa, 2

Tel.: 023690.1, Fax: 023690.222, www.chartisinsurance.com - Registro Imprese Milano n. 148083/2000 - REA Milano n. 1332602 - C.F. 08607540583 - P. I. 13126280158

Sede Secondaria della Chartis Europe S.A. - Tour Chartis – Paris La Défense – 34 Place des Corolles – 92400 Courbevoie - France - Capitale Sociale Euro 45.024.550



POLIZZA SAFE SPORT

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

- A) Informativa sulla Privacy (Ex Decreto Legge 196 del 30.06.2003); pag. 4
- B) Nota Informativa al Contraente predisposta ai sensi dell'Art. 185 del D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005 "Codice delle Assicurazioni Private" ed in conformità a quanto disposto dalle Circolari ISVAP n. 303 del 2.6.1997 E N. 518/D del 21.11.2003. pag. 6

NORME

- Definizioni pag. 7
- Norme che regolano l'assicurazione in generale pag. 8

INFORTUNI

- Definizione di Infortunio – Oggetto dell'Assicurazione pag. 9
- Delimitazioni dell'assicurazione ed esclusioni pag. 9
- Denuncia dell'Infortunio – Obblighi relativi – forma delle comunicazioni pag. 10
- Criteri di indennizzo pag. 10
- Garanzie di polizza pag. 10
- Controversie pag. 13
- Garanzie Aggiuntive pag. 13

RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI

- Oggetto dell'Assicurazione pag. 14
- Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro pag. 14
- Esclusioni pag. 15
- Gestione delle vertenze – spese legali pag. 15

ASSISTENZA

- Oggetto dell'Assicurazione – Prestazioni pag. 16
- Delimitazioni pag. 17
- Modalità per la richiesta dell'assistenza pag. 18

NORMATIVA COMUNE A TUTTE LE SEZIONI

- Effetto, copertura, determinazione e pagamento del premio pag. 19
- Denuncia generalità assicurati – comunicazione delle persone da assicurare in Corso di anno e regolazione premio pag. 19
- Comunicazione generalità degli assicurati pag. 19
- Assicurazione per conto altrui pag. 19
- Combinazioni di garanzia- somme assicurate – condizioni di premio pag. 19
- Modulistica contrattuale pag. 20
- Coassicurazione e delega pag. 20
- Clausola intermediario pag. 20

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (EX D.LGS. N. 196 DEL 30.06.2003)

Con la presente, La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti.

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative (1)

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, la nostra Società deve disporre di dati personali che La riguardano – dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti (2) e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge (3) – e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili (4) strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela (5), è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa" (6).

Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati (7) dalla nostra Società – titolare del trattamento – solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati – in Italia o all'estero – per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa.

Nella nostra Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa (8); lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Il consenso richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento (9).

Titolare del Trattamento

Titolare del trattamento è Chartis Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Della Chiusa, 2 – 20123 Milano, tel. 02 36901, fax 02 3690222.

Precisiamo che alcuni dati verranno trasmessi ai seguenti soggetti in qualità di responsabili del trattamento dati per l'area industriale: FDP S.r.l. Via Rubens n. 19 Milano, GESTAS (Gestioni Assicurative) S.r.l. Via Rubens n. 19 Milano.

Può rivolgersi per eventuali richieste di informazioni al Servizio Privacy presso la Direzione Generale di Chartis Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia.

NOTE

- 1) La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.
- 2) Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 6, quarto e quinto trattino); altri soggetti pubblici (v. nota 6, sesto e settimo trattino).
- 3) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.
- 4) Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. D), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.
- 5) Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.
- 6) Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:
 - assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti (indicati nell'invito); autofficine (indicate nell'invito o scelte dall'interessato); centri di demolizione di autoveicoli;
 - società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (indicate nell'invito), tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; (v. tuttavia anche nota 8);
 - società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
 - ANIA – Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 –Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
 - organismi consortili propri del settore assicurativo – che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati -, quali (ripartiti secondo i rami assicurativi interessati):

- assicurazioni aeronautiche: Consorzio Italiano di Assicurazioni Aeronautiche – CIAA (Via dei Giuochi Istmici, 40 – Roma), cessato il 31 dicembre 1997 e quindi operante per la gestione dei soli impegni precedentemente assunti per la valutazione dei rischi aeronautici e/o assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione tra le imprese assicuratrici consorziate;
 - assicurazioni credito e assicurazioni cauzioni: Concordato Cauzione Credito 1994 (Via dei Giuochi Istmici, 40 – Roma), per lo studio e valutazione dei rischi cauzione e dei rischi credito;
 - assicurazioni furto: ULAV – Unione Latina Assicurazione Valori (Via dei Giuochi Istmici, 40 – Roma), cessata il 31 dicembre 1996 e quindi operante per la gestione dei soli impegni precedentemente assunti per la riassicurazione dei rischi trasporto valori;
 - assicurazioni incendio: Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici (Via dei Giuochi Istmici, 40 – Roma), per la valutazione dei rischi atomici e/o assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione e/o retrocessione tra le imprese assicuratrici consorziate;
 - assicurazioni r.c. generale: Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento (Via Fatebenefratelli, 10 – Milano), per la valutazione dei rischi da inquinamento e/o assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione tra le imprese assicuratrici consorziate;
 - assicurazioni r.c. auto e natanti: Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto – CID (Piazza S. Babila, 1 – Milano), per la gestione della Convenzione per l'indennizzo diretto, che impegna le imprese assicuratrici aderenti a risarcire, nell'interesse e in nome di ogni altra impresa partecipante, i propri assicurati r.c. auto per sinistri imputabili a soggetti assicurati presso ogni altra impresa aderente, ottenendone successivamente il rimborso da quest'ultima; Ufficio Centrale Italiano – UCI S.c. a r.l. (Corso Venezia, 8 – Milano), il quale gestisce e liquida i sinistri provocati in Italia da veicoli immatricolati in Stati esteri alle condizioni di cui all'art. 6 della legge 24 dicembre 1969, n. 990, come modificato dalla legge 7 agosto 1990, n. 242, garantisce le "carte verdi" emesse dalle imprese assicuratrici socie, garantisce il rimborso dei sinistri causati all'estero da veicoli immatricolati in Italia non assicurati o assicurati presso imprese assicuratrici poste in liquidazione coatta amministrativa;
 - assicurazioni trasporti: Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova (Via C. R. Ceccardi, 4-26 – Genova), per la gestione e liquidazione di sinistri, avarie e recuperi per conto e nell'interesse delle imprese assicuratrici associate e per compiti strumentali alle suddette attività; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Roma (Corso d'Italia, 33 – Roma), per la gestione e liquidazione di sinistri, avarie e recuperi per conto e nell'interesse delle imprese assicuratrici associate e per compiti strumentali alle suddette attività; Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste (Via Torrebianca, 20 – Trieste), per la gestione e liquidazione di sinistri, avarie e recuperi per conto e nell'interesse delle imprese assicuratrici associate e per compiti strumentali alle suddette attività; ANADI – Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto (Via dei Giuochi Istmici, 40 – Roma), cessato il 31 dicembre 1996 e quindi operante per la gestione dei soli impegni precedentemente assunti per la riassicurazione dei rischi delle imbarcazioni e navi da diporto; SIC – Sindacato Italiano Corpi (Via dei Giuochi Istmici, 40 – Roma), per la valutazione dei rischi corpi marittimi ed altri interessi rucci ali ai fini della loro riassicurazione;
 - assicurazioni vita: Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati – CIRT (Via dei Giuochi Istmici, 40 – Roma), per la valutazione dei rischi vita tarati, per l'acquisizione di dati relativi ad assicurati e assicurandi e il reciproco scambio degli stessi dati con le imprese assicuratrici consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati, per finalità strettamente connesse con l'assunzione dei rischi vita tarati nonché per la riassicurazione in forma consortile dei medesimi rischi, per la tutela dei diritti dell'industria assicurativa nel settore delle assicurazioni vita rispetto alle frodi; Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati (Via dei Giuochi Istmici, 40 – Roma), per la valutazione dei rischi vita di soggetti handicappati;
 - CONSAP – Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici (Via Paisiello, 33 – Roma), la quale, in base alle specifiche normative, gestisce lo stralcio del Conto consortile r.c. auto, il Fondo di garanzia per le vittime della strada, il Fondo di garanzia per le vittime della caccia, gli aspetti amministrativi del Fondo di solidarietà per le vittime dell'estorsione e altri Consorzi costituiti o da costituire, la riassicurazione dei rischi agricoli, le quote delle cessioni legali delle assicurazioni vita; commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri; ISVAP – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21- Roma), ai sensi della legge 12 agosto 1982, n. 576, e della legge 26 maggio 2000, n. 137;
 - nonché altri soggetti, quali: UIC – Ufficio Italiano dei Cambi (Via IV Fontane, 123 – Roma), ai sensi della normativa anticiclaggio di cui all'art. 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 – Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; Ministero delle infrastrutture – Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione (Via Caraci, 36 – Roma), il quale, in base all'art. 226 cod. strad., gestisce l'Archivio nazionale dei veicoli e l'Anagrafe nazionale degli abilitati alla guida; CONSOB – Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 – Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP – Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Via in Arcione, 71 – Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 – Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 – Roma), INPDAl (Viale delle Province, 196 – Roma), INPGI (Via Nizza, 35 – Roma) ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze – Anagrafe tributaria (Via rucci, 99 – Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605; Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali, i quali, in base alle leggi sui rischi agricoli, possono operare come delegatari delle imprese assicuratrici consorziate per l'assicurazione dei danni prodotti dalla grandine e dal gelo (il consorzio a cui aderisce l'assicurato); Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF.; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.
- 7) Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. A), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.
 - 8) Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa (v. nota 6 secondo trattino).
 - 9) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.
 - 10) I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim, etc.

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE PREDISPOSTA AI SENSI DELL'ART. 185 DEL D.LGS 07/09/2005 N. 209

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art.185 del decreto legislativo n.209 del 7 settembre 2005 ed in conformità con quanto disposto dalle circolari ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 e n. 518/D del 21 novembre 2003.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto è concluso con la Chartis EUROPE S.A. avente sede legale e Direzione Generale in Italia – Via Della Chiusa, 2 – 20123 Milano. La società Chartis EUROPE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 18473 del 19.03.1990 pubblicato sulla G.U. n. 70 del 24.03.1990.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO – LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'art.180 del D.Lgs n. 209/2005, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. La nostra Società propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legge italiana.

RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società Chartis EUROPE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia – Servizio Reclami – Via Della Chiusa, 2 – 20123 Milano – telefax 023690222. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP – Servizio tutela degli utenti – Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma – corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'autorità di vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta, in tal caso l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'autorità competente ed il contraente.

TERMINI DI PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art.2952 c.c.

Nell'assicurazione della responsabilità civile il termine di un anno decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso azione contro di lui. Nell'assicurazione del Ramo Cauzioni i diritti del Beneficiario della polizza si prescrivono nel termine previsto dalla Legge per l'estinzione dell'obbligazione principale; gli altri diritti derivanti dal contratto si estinguono nel termine ordinario di prescrizione decennale.

Avvertenze – La presente nota è un documento che ha solo valore e scopo informativo e non già contrattuale e deve essere consegnata al Contraente prima della sottoscrizione di ogni contratto di assicurazione contro i danni.

Data la molteplicità delle tipologie di assicurazione contro i danni, si raccomanda al Contraente/Assicurato di chiedere sempre al proprio intermediario assicurativo di fiducia qualsiasi ulteriore precisazione sul contratto prescelto e di leggerlo attentamente prima di sottoscrivere la polizza.

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Agenzia:	Benacquista Assicurazioni S.n.c. Intermediario Iscritto alla Sezione A del RUI con il n° 000163952 cui è affidata dalla Società la gestione del presente contratto;
Assicurato:	il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Assistenza:	l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;
Assicurazione:	il contratto di assicurazione;
Associazioni:	l'Associazione Sportiva Dilettantistica, il Presidente e gli Organi Dirigenti e Direttivi;
Associati:	Atleti, Giocatori, Allenatori, Tecnici, Organi Direttivi e Dirigenti, nonché tutto il personale addetto, iscritti e/o facenti parte dell'Associazione Sportiva Dilettantistica, che ha stipulato il singolo "Certificato di assicurazione" in alimento alla presente polizza convenzione, per i quali sia stata fatta richiesta di copertura contenente, le generalità e la combinazione di garanzia prescelta, e per i quali sia stato effettuato il relativo versamento del premio previsto.
Broker:	B&B Insurance Broker Srl RUI B N° B000184277 e B&B Mediazioni Assicurative RUI B N° B000184068 Intermediari del Contraente, cui è conferito, in esclusiva, l'incarico di gestire il presente contratto ed ai quali la Società autorizza ad incassare i premi dando ampia liberatoria ai Contraenti;
Centrale Operativa:	L'organizzazione di Filo Diretto Service, costituita da risorse umane e da attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza. E' composta dalla Centrale Telefonica, che riceve le chiamate degli Assicurati e attiva le assistenze, e dalla Rete Esterna che effettua gli interventi sul posto;
Certificati di Assicurazione:	Documenti rilasciati alle singole Associazioni Contraenti in alimento alla Polizza Convenzione contenenti almeno i seguenti elementi: Denominazione dell'Associazione Contraente il singolo Certificato di Assicurazione, persone assicurate, periodo di copertura e premio;
Contraente:	il soggetto che stipula i singoli certificati di assicurazione, anche a favore di terzi e ne assume i relativi oneri, in alimento alla presente polizza Convenzione;
Cose:	sia gli oggetti materiali sia gli animali;
Danneggiamento a Cose:	Alterazione fisica e/o chimica di cose;
Day Hospital:	il ricovero effettuato in degenza diurna per terapie mediche che richiedono la compilazione di cartella clinica (sono esclusi gli accertamenti diagnostici);
Domicilio:	Il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato;
Europa:	Tutti i paesi dell'Europa continentale e del bacino del Mediterraneo;
Evento:	l'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più sinistri;
Franchigia/Scoperto:	la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico, calcolata in misura fissa o in percentuale;
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea;
Invalidità permanente:	la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato;
Istituto di Cura:	L'ospedale, la casa di cura, la clinica universitaria, l'istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
Italia:	il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano, la Repubblica di San Marino;
Malattia:	alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Malattia improvvisa:	malattia di acuta insorgenza che non sia una manifestazione di una malattia preesistente;
Malattia Preesistente:	la malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla data di inizio della copertura;
Massimale:	la somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia e/o la prestazione prevista;
Modulo di Adesione:	Documento formante parte integrante del contratto di assicurazione con il quale l'Assicurato comunica all'intermediario la volontà di sottoscrizione della polizza trasmettendo pertanto tutti i dati dell'Associazione Contraente il singolo Certificato, le Generalità dei singoli Assicurati, e la Combinazione di garanzia prescelta per ognuno di essi;
Mondo:	Tutti i paesi del mondo con esclusione di Italia e Europa;
Polizza:	il documento contrattuale che disciplina i rapporti tra la Società ed il Contraente/Assicurato ed è composto: <ol style="list-style-type: none"> 1. dalle presenti condizioni che riportano tutti i patti contrattuali; 2. dall'Informativa sulla Privacy (Ex Decreto Legge n. 196 del 30.06.2003); 3. dalla Nota Informativa al Contraente predisposta ai sensi dell'Art. 185 del D.Lgs. n. 209 del 07.09.2005 "Codice delle Assicurazioni Private" ed in conformità a quanto disposto dalle Circolari ISVAP n. 303 del 02.06.1997 e N. 518/D del 21.11.2003; 4. dalle "Combinazioni di garanzia" nelle quali sono evidenziati i capitali assicurati per ciascun assicurato ed il relativo premio da pagare per la "combinazione di garanzia" prescelta; 5. dai "Certificati di assicurazione" che sono parte integrante della Polizza Convenzione;
Premio:	la somma di denaro dovuta dal Contraente/Assicurato alla Società;
Residenza:	Il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale.
Ricovero:	la permanenza in un istituto di cura che comporti almeno un pernottamento;
Risarcimento:	la somma corrisposta dalla Società al terzo danneggiato in caso di sinistro;
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Società:	Chartis EUROPE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia;
Trasferimento:	I trasferimenti collettivi degli Assicurati connessi allo svolgimento delle attività assicurate durante il tempo necessario a compiere il percorso dalla località di ritrovo stabilita, dal comune di residenza del Contraente, dalla sede del Contraente verso il luogo di destinazione dichiarato fino al rientro al luogo originario di partenza. È escluso il viaggio normale ed abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di ritrovo per l'effettuazione del trasferimento collettivo e viceversa (rischio in itinere);

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - 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 ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 C.C. Tuttavia l'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni purché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi stipulati in proprio dagli Assicurati; tuttavia in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 C.C.).

Art. 3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente e/o Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 C.C.

Art. 5 - DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 6 - DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 30° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le parti hanno facoltà di recedere dal singolo certificato di assicurazione in applicazione alla polizza convenzione, con preavviso di 30 giorni. In questo caso il Contraente avrà diritto ad un rimborso pari al 50% del premio netto corrisposto relativo al periodo per il quale l'assicurazione non avrà più efficacia.

Art. 7 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

I Certificati di Assicurazione in applicazione alla polizza convenzione hanno durata annuale e cesseranno alla loro naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Art. 8 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente e/o Assicurato.

Art. 9 - FORO COMPETENTE

Le Parti stabiliscono espressamente che per ogni controversia nascente dall'esecuzione o interpretazione del presente contratto o ad essa strettamente connessa, sarà territorialmente competente esclusivamente il Foro del capoluogo della provincia ove ha sede l'Associazione/Federazione sportiva Contraente.

Art. 10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 11 - ASSICURATI

A titolo esemplificativo e non esaustivo, se è stata fatta richiesta di copertura e se è stato versato il relativo premio previsto, con il termine "Assicurato" si intendono:

Associati, Atleti, Giocatori, Allenatori, Tecnici, Organi Direttivi e Dirigenti, tutto il personale addetto, iscritti e/o facenti parte dell'Associazione Sportiva Dilettantistica Contraente.

La richiesta di assicurazione, a pena di nullità, deve contenere le generalità dell'assicurato e la combinazione di garanzia prescelta.

Art. 12 - DEFINIZIONE DI INFORTUNIO - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

È considerato "infortunio" ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

La Società presta l'assicurazione, nel limite dei capitali previsti dalla combinazione prescelta, per gli infortuni che gli Assicurati subiscano, durante la pratica della disciplina Sportiva a carattere dilettantistico indicata in polizza, svolta all'interno delle strutture dell'Associazione Contraente e/o all'esterno durante le attività organizzate dalla Contraente stessa.

A titolo puramente esemplificativo e non limitativo, si precisa che l'assicurazione è anche operativa per gli infortuni che gli Assicurati subiscano durante le attività, le manifestazioni ed iniziative organizzate dall'Associazione Contraente od alle quali la stessa partecipa per gare, allenamenti, riunioni, stages e/o per qualsiasi altro motivo compresi i trasferimenti collettivi interni ed esterni connessi allo svolgimento delle attività previste dal presente articolo effettuati con qualsiasi mezzo di locomozione, durante il tempo necessario a compiere il percorso prima e dopo l'orario di inizio e termine delle attività. È escluso il viaggio normale ed abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di ritrovo per l'effettuazione del trasferimento collettivo e viceversa (rischio in itinere);

La copertura assicurativa si intende estesa anche a:

- a) asfissia non di origine morbosa;
 - b) avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
 - c) annegamento;
 - d) assideramento o congelamento, folgorazione;
 - e) colpi di sole e di calore;
 - f) lesioni determinate da sforzo, esclusi gli infarti e le ernie;
 - g) ernie di origine traumatica e da sforzo, comprese quelle discali, in base a quanto di seguito specificato:
 - nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;
 - nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% della somma assicurata;
 - nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata.
- Per i casi di cui sopra non verranno applicate eventuali franchigie di invalidità permanente previste in polizza.
- h) infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza, nonché infortuni determinati da vertigini, malore o stato di incoscienza, purché non dovuti a condizione qualificatamente patologica e purché non cagionati da abuso di psicofarmaci, sostanze stupefacenti, allucinogeni;
 - i) infortuni derivanti da colpa grave;
 - j) infortuni derivanti da tumulti popolari, rapine, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sindacale o sociale, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria;
 - k) conseguenze fisiche di irradiazioni, operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
 - l) infortuni subiti in occasione di legittima difesa o di atti di solidarietà umana;
 - m) morsicature, punture e ustioni provocate da animale e/o vegetali in genere, nonché infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
 - n) infortuni causati da fulmine, grandine, tempeste di vento, scariche elettriche o da improvviso contatto con corrosivi.

Art. 13 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni direttamente derivanti:

- a) dallo svolgimento di attività sportive a carattere professionale;
- b) dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, nonché a gare automobilistiche (salvo quelle di regolarità e le gimcane);
- c) dalla pratica di: paracadutismo, volo da diporto o sportivo, sports aerei in genere, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche) senza accompagnatore di guida abilitata (patentata), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, speleologia, salvo espressa deroga da indicare in polizza;
- d) dalla guida di mezzi di locomozione aerea e l'uso di mezzi privati di locomozione aerea;
- e) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore solo se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- f) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici del nucleo dell'atomo, naturali o provocati artificialmente e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- i) dalla partecipazione ad esercitazioni militari (con l'esclusione del servizio militare in tempo di pace); ed inoltre guerra, ostilità, invasione rivoluzione, insurrezione, guerra civile, potere militare; salvo il caso che l'Assicurato sia colto agli eventi bellici mentre si trova in un Paese non in stato di belligeranza, nel qual caso la garanzia resta valida per il periodo massimo di 14 giorni dalla dichiarazione dello stato di guerra;
- j) suicidio od il tentato suicidio;

Art. 14 - PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITI DI ETÀ

Tutti gli Assicurati sono garantiti indipendentemente dal loro stato psicofisico fatta eccezione per le persone colpite da apoplezia, affette da epilessia, paralisi, delirium tremens, delirium tremens, o altre infermità gravi e permanenti, nonché quelle dedite all'uso alcol, stupefacenti o allucinogeni: l'assicurazione cessa con il verificarsi di una di queste ipotesi in corso di contratto.

Sono tuttavia assicurate le persone "disabili mentali" associate e frequentanti gli Sport per disabili.

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 85 anni (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla scadenza naturale dello stesso). Per le persone di età compresa tra i 75 e 85 è stabilito per la garanzia Invalidità Permanente non si fa luogo a risarcimento quando questa sia di grado inferiore o pari al 15% della totale. Se l'invalidità permanente supera il 15% della totale, il risarcimento viene corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 15 - DENUNCI A DELL'INFORTUNIO - OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia di ogni infortunio, a pena di decadenza, deve essere presentata alla Società o all'intermediario cui la polizza è assegnata, entro 30 giorni dall'infortunio. La denuncia deve indicare: il luogo, il giorno ed ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico rilasciato da una struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso e/o di una Struttura Privata equivalente (Clinica, casa di cura, etc.), redatto entro 24 ore dall'accadimento del sinistro.

Tutta la certificazione medica successiva al primo certificato e attestante l'evoluzione dell'infortunio, deve essere trasmessa alla Società o all'intermediario, entro 15 giorni dalla data del rilascio della stessa.

In mancanza del certificato di guarigione, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

L'infortunato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alle visite di medici incaricati dalla Società ed a qualsiasi accertamento che la Società ritenga necessario, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato la persona assicurata.

Se dall'infortunio risulta la morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata entro 72 ore per telegramma.

Se non viene adempiuto intenzionalmente agli obblighi sopra previsti, l'infortunato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto alle indennità. Se l'inadempienza è involontaria, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Colui il quale richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 16 - CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto 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 non indennizzabili.

Nei casi preesistenti di 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 derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 17 - GARANZIE DI POLIZZA

a) **Morte** - Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli assicuratori liquidano ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi legittimi e/o testamentari. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi legittimi e/o testamentari. Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso dalle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte (se superiore) e quello già pagato per invalidità permanente.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

b) **Invalidità permanente** - Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto, la Società liquida a tale titolo - al netto della eventuale franchigia prevista in polizza -, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta secondo la tabella di cui all'Allegato uno del DPR 30 giugno 1965, n° 1124 T.U. e successive modificazioni intervenute alla data della stipulazione del presente contratto, con l'intesa che la liquidazione verrà fatta senza applicazione della franchigia prevista dal Decreto stesso e in contanti anziché sotto forma di rendita.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà, e per quella di una falange di qualsiasi altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali su indicate sono diminuite, tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

- c) **Danni estetici** - Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle condizioni di Polizza, con conseguenze di carattere estetico al viso (escluso l'apparato ortodontale), che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino alla concorrenza della somma pattuita per evento, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Tali spese saranno rimborsate purché siano state sostenute entro due anni dal giorno dell'infortunio.

- d) **Spese mediche da infortunio sostenute durante il ricovero in istituti pubblici o privati** - La Società rimborsa fino alla concorrenza della somma pattuita per Assicurato, per sinistro e per anno, le Spese Mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza sostenute **durante il ricovero in istituti pubblici o privati** per:

1. spese ospedaliere o cliniche;
2. onorari a medici e chirurghi;
3. accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per interventi di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente e quelle previste alla lettera c) che precede nonché le spese per cure dentarie anche se rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza nonché le protesi dentarie salvo il caso in cui sia stata resa operativa la specifica garanzia aggiuntiva.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'Assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi.

La domanda per il rimborso, corredata dai documenti di cui sopra, deve essere presentata alla Società o all'Intermediario a pena di decadenza, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui termina la cura medica.

- e) **Spese Mediche da infortunio sostenute in assenza di ricovero** - La Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma pattuita per Assicurato, per sinistro e per anno, le spese mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza sostenute in assenza di ricovero per:

1. visite mediche specialistiche;
2. acquisto di medicinali urgenti (incluso rimborso ticket);
3. intervento chirurgico anche ambulatoriale;
4. analisi ed accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa;
5. applicazione di apparecchi gessati e/o immobilizzanti, bendaggi e docce di immobilizzazione;
6. presidi ortopedici, limitatamente alla sola prima applicazione di corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi conseguenti ad infortunio, protesi e tutori di funzione degli arti superiori, inferiori e del tronco;
7. protesi oculari ed acustiche, limitatamente alla sola prima applicazione;
8. terapie fisiche e specialistiche, compresi i trattamenti fisioterapici e rieducativi;
9. il trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura, con qualsiasi mezzo effettuato

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per interventi di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente e quelle previste alla lettera c) che precede nonché le spese per cure dentarie anche se rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza nonché le protesi dentarie salvo il caso in cui sia stata resa operativa la specifica garanzia aggiuntiva. Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'Assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi. La domanda per il rimborso, corredata dai documenti di cui sopra, deve essere presentata alla Società o all'Intermediario a pena di decadenza, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui termina la cura medica.

La presente estensione di garanzia è prestata fino alla concorrenza della somma assicurata a tale titolo e comunque nell'ambito della somma prevista per la garanzia di cui al precedente punto d) che rappresenta la massima esposizione della società per Assicurato, sinistro ed anno assicurativo.

- f) **Diaria per ricovero conseguente ad infortunio - Day Hospital** - La Società rimborsa all'Assicurato l'indennità giornaliera pattuita, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 360 giorni per sinistro, in caso di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Qualora il ricovero in istituto a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, venga effettuato in regime di Day Hospital, l'indennità giornaliera sarà pari al 100% della somma pattuita.

La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a degenza ultimata su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di cura.

La Società potrà, inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia dalla cartella clinica completa.

La domanda di liquidazione, corredata dai documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società o all'Intermediario a pena di decadenza, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

- g) **Diaria per gessatura** - Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia causato una lesione fratturativa radiologicamente accertata, l'Assicurato risulti portatore di apparecchi gessati inamovibili o equivalenti immobilizzanti inamovibili, applicati e da rimuovere presso le strutture Ospedaliere, la Società corrisponderà la diaria giornaliera pattuita per ciascuno dei giorni, fino ad un massimo di trenta dalla data del sinistro.
In ogni caso la Diaria Giornaliera non verrà corrisposta nei casi in cui all'Assicurato, per lesioni fratturative alle dita delle mani, siano stati applicati: Docce/Valve/Stecche gessate, Stecche di Zimmer, Finger Splint, Bendaggi elasto/adesivi o alla colla di zinco e Tutori in genere amovibili.
La presente garanzia non è cumulabile con quella relativa alla «Diaria da ricovero – Day Hospital» di cui alla lettera f) che precede.
- h) **Spese Elisoccorso** - La garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato a seguito di infortunio/malattia che renda necessario il trasporto dell'assicurato a mezzo di elicottero (elisoccorso) dal luogo dell'infortunio/malattia al più vicino presidio sanitario. La Società concorrerà al rimborso delle spese di trasporto fino ad un importo massimo annuo di € 1.500,00 per singolo Assicurato. Il soccorso dovrà derivare da un paese stato di necessità per la salvaguardia dell'immediata integrità fisica dell'assicurato.
Il rimborso sarà effettuato in Euro, previa esibizione da parte dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, di idonea documentazione (fattura, ricevuta fiscale).

Art. 18 - FRANCHIGIE

a) Franchigia assoluta per "Invalidità Permanente" (Art. 17 lettera b)

Resta tuttavia convenuto che:

- In caso di infortunio, liquidabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:
 - la Società non corrisponderà alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado pari od inferiore al 4% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 4% della totale l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
 - in caso di invalidità permanente di grado superiore al 15% della totale, la franchigia di cui sopra si intende annullata;
 - in caso di infortunio liquidabile a termini di polizza, che determini un grado d'invalidità pari o superiore al 51% (CINQUANTUNO per cento) della totale, verrà riconosciuta all'Assicurato un'invalidità permanente del 100% (cento per cento);
- Per le persone di età superiore a 75 anni è stabilito che non si fa luogo a risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 15% della totale. In caso di invalidità di grado superiore al 15% della totale, il risarcimento viene corrisposto solo per la parte eccedente

b) Franchigia per "Spese Mediche da Infortunio" (con ricovero (Art. 17 lett. d) e senza ricovero (Art 17 lett. e)

Si conviene che il rimborso delle spese mediche da infortunio verrà effettuato previa detrazione di una franchigia di Euro 100,00 per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato. Dette franchigie sono elevate ad Euro 200.00 per gli infortuni che dovessero colpire gli Assicurati di età superiore a 75 Anni.

c) Franchigia "Diaria da Ricovero" (Art. 17 lett. f)

A parziale deroga dell'Art. 17 lett. f) si conviene che la Società rimborsa all'Assicurato l'indennità giornaliera pattuita a partire dal quarto giorno successivo al ricovero.

Art. 19 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo.

Art. 20 - PROVA

Colui il quale richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 21 - MODALITÀ PER LA LIQUIDAZIONE DEGLI INDENNIZZI

La liquidazione dell'indennizzo avrà luogo a guarigione avvenuta, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale, debitamente quietanzati (notule, ricevute, tickets, fatture).

Qualora l'Assicurato fruisca di prestazioni analoghe a quelle previste dalla presente polizza da parte di altri enti (Servizio Sanitario Nazionale, Compagnie di Assicurazioni), la presente assicurazione assumerà carattere integrativo, per cui la Società sarà tenuta al rimborso della sola eventuale eccedenza, fino alla concorrenza della somma assicurata.

Le indennità ed i rimborsi vengono corrisposti in Italia in valuta italiana o in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.

Art. 22 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni.

Art. 23 - MASSIMALE CATASTROFALE

Resta espressamente convenuto che, nel caso di evento che colpisse più persone assicurate, in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire un indennizzo complessivo superiore a € 5.000.000,00.

Qualora il suddetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente fra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

Art. 24 - CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, nonché su causa, natura e conseguenze dell'infortunio sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo. Sin d'ora, pertanto, le Parti rinunciano a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali.

Art. 25 - ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI

Il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette ed esclusive causate dall'infortunio così come previsto all'16 - Criteri di Indennizzo.

GARANZIE AGGIUNTIVE INFORTUNI

valide solo se espressamente richiamate nel certificato di assicurazione e a condizione che sia stato versato il relativo premio aggiuntivo

GARANZIA AGGIUNTIVA "A" - CURE DENTARIE

A parziale deroga dell'Art. 17 lett. d) ed e), se è stato preventivamente richiesto dall'Assicurato e pagato il relativo premio pro capite, la Società rimborsa, senza sottolimito per dente, fino a concorrenza di € 2.000,00 e previa detrazione di una franchigia fissa di € 250,00 per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato, le spese per cure odontoiatriche ed ortodontiche - compresa la ricostruzione delle parti danneggiate (intervento di conservativa) - rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza sino ad un massimo del corrispondente previsto dalla "tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche e odontoiatriche", pubblicato nel supplemento alla G.U. N. 128 del 2 giugno 1992.

Si precisa che sono rimborsabili le protesi dentarie limitatamente all'applicazione della sola prima protesi (e non le successive), purché applicata entro tre anni dal giorno dell'infortunio. Nell'ambito di tale periodo temporale, la Società rinuncia ad appellarsi ai termini prescrizionali previsti dal codice civile.

L'Assicurato si impegna a presentare alla Società un preventivo dettagliato di tutte le cure da effettuarsi e, a richiesta della Società, una Ortopantomografia o RX Endorale.

Sono rimborsabili le spese per le visite odontoiatriche periodiche con il limite massimo di due per ogni sinistro.

La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

La Società si riserva inoltre di sottoporre l'Assicurato ad ogni eventuale accertamento sanitario che si rendesse necessario a comprova dello stato di salute denunciato.

GARANZIA AGGIUNTIVA "B" - BENEFICIO DELL'ASSICURAZIONE A FAVORE DEL CONTRAENTE:

A parziale deroga ed integrazione delle condizioni tutte di assicurazioni, su espressa preventiva richiesta del contraente, si prende atto che la presente assicurazione è stipulata dal Contraente allo scopo di garantirsi contro le perdite materiali ed ogni altro onere che gli potesse derivare dalla morte o da una invalidità permanente o temporanea degli Assicurati, pertanto si conviene che qualsiasi indennizzo spettante a termini di polizza sarà dalla Società Assicuratrice pagato direttamente al Contraente medesimo, che solleva la società assicuratrice stessa da qualsiasi obbligo verso gli assicurati e/o eredi e/o aventi causa nascente dall'assicurazione.

NORME CHE REGOLANO LA RESPONSABILITÀ CIVILE

Art. 26 - ASSICURATI

A titolo esemplificativo e non esaustivo, se è stata fatta richiesta di copertura e se è stato versato il relativo premio previsto, con il termine "Assicurato" si intendono:

Associati, Atleti, Giocatori, Allenatori, Tecnici, Organi Direttivi e Dirigenti, nonché tutto il personale addetto, iscritti e/o facenti parte dell'Associazione Sportiva Dilettantistica Contraente.

Ove tutti gli Associati all'Associazione Contraente risultino regolarmente assicurati, le garanzie relative alla presente sezione di polizza sono automaticamente estese, senza il pagamento di premi aggiuntivi, all'Associazione Sportiva Dilettantistica, al Presidente ed agli Organi Dirigenti e Direttivi, che si intendono sempre assicurati.

Art. 27 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, nel limite dei massimali previsti dalla combinazione prescelta, risponde delle somme che l'Assicurato, in regola con il pagamento del premio di polizza, sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), per danni involontariamente causati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali, in conseguenza di un fatto colposo e/o accidentale verificatosi durante la pratica della disciplina Sportiva a carattere dilettantistico indicata nel Certificato di Assicurazione nonché durante tutte le attività svolte sia all'interno che all'esterno dei locali in uso e/o di proprietà dell'Assicurato quali, titolo esemplificativo ma non limitativo, manifestazioni ed iniziative organizzate dall'Associazione Contraente o alle quali l'Assicurato partecipi per gare, allenamenti, riunioni, stages e/o per qualsiasi altro motivo.

L'assicurazione è prestata anche per la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella sua qualità di:

- a) esercente una Associazione/Federazione sportiva Dilettantistica;
- b) organizzatore Attività, Manifestazioni sportive in genere;
- c) proprietario e/o conduttore e/o esercente di fabbricati vari, delle attrezzature, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva dilettantistica ove hanno sede le varie strutture associative compresa la gestione e/o conduzione di bar e sale giochi ad esse annessi, distributori automatici di cibi e bevande;

L'assicurazione è operante anche la Responsabilità Civile che possa derivare al Contraente/Assicurato da fatto doloso di persone delle quali e/o con le quali debba rispondere e nel caso in cui sussista negligenza, imprudenza o colpa grave.

L'assicurazione comprende inoltre:

- la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per danni a cose di Terzi causati da incendio di cose di sua proprietà o da lui detenute ferma l'esclusione dei danni alle cose che l'Assicurato abbia in consegna o detenga a qualsiasi titolo. La garanzia viene prestata nell'ambito del massimale di polizza con il limite del 30% del massimale stesso.
- la responsabilità civile imputabile all'Assicurato per danni cagionati a terzi nella sua veste di committente di operazioni, lavori e/o servizi connessi alle attività cui si riferisce l'assicurazione ed affidati a terzi.
- i danni derivanti da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza. La garanzia viene prestata nell'ambito del massimale di polizza con il limite del 20% del massimale stesso.
- i danni al materiale, alle attrezzature ed alle strutture sportive in uso agli Assicurati, sempreché le cose danneggiate siano di proprietà di terzi.
- i danni relativi alla proprietà, manutenzione e/o installazione di cartelli pubblicitari, striscioni, insegne luminose o di qualsiasi altro materiale pubblicitario;
- la gestione di servizi medici ed infermieristici;

Art. 28 - NON SONO CONSIDERATI TERZI

Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione RCT:

- a) Il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- b) quando l'Assicurato sia una Società, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore o le persone che si trovino con essi nei rapporti di cui alla lettera a);
- c) Le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio;
- d) Limitatamente ai danni a cose le Associazioni/Federazioni Contraenti.

Art. 29 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Società o all'Intermediario, cui la polizza è assegnata, entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 C.C.).

Art. 30 - ESCLUSIONI

Sono esclusi i danni:

- a) alle cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo o destinazione e ad eccezione dei veicoli con o senza motore sia di dipendenti che di Terzi parcheggiati nell'ambito degli stabilimenti, magazzini o depositi di proprietà od in uso all'Assicurato;
- b) derivanti dalla proprietà, possesso ed uso di natanti e di aeromobili;
- c) cagionati da opere ed installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori;
- d) cagionati da prodotti o cose in genere dopo la consegna a Terzi e/o la loro messa in circolazione ai sensi del DPR del 24.05.1988 n. 224;
- e) da furto;
- f) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- g) da interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- h) cagionati alle opere in costruzione, alle opere sulle quali o nelle quali si eseguono i lavori;
- i) alle cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- j) a condutture ed impianti sotterranei in genere, a fabbricati ed a cose in genere, dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazione del terreno da qualsiasi causa determinati;
- k) derivanti da spargimento di acque o rigurgiti di fogne, salvo che siano conseguenti a rotture accidentali di tubazioni o condutture, nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio ed in genere insalubrità dei locali;
- l) cagionati da veicoli a motore in genere per i quali, in conformità alle norme della legge 24 dicembre 1969 n. 990, e del relativo regolamento di esecuzione approvato con DPR n. 973 del 24 novembre 1970 e delle successive modifiche, l'assicurazione deve essere prestata con polizza Responsabilità Civile Veicoli a Motore.
- m) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- n) derivanti dalla detenzione e/o uso di esplosivi;
- o) di qualunque natura, comunque occasionati, direttamente od indirettamente derivanti, seppur in parte, dall'esposizione e/o contatto con l'asbesto, l'amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'asbesto o l'amianto;
- p) conseguenti a responsabilità derivanti da campi elettromagnetici;
- q) derivanti da scioperi, tumulti, sommosse, atti vandalici, di terrorismo e di sabotaggio;
- r) per responsabilità professionali dell'Assicurato.

Art. 31 - GESTIONE DELLE VERTEENZE DI DANNO – SPESE LEGALI

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico della Società 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 Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 32 - PLURALITÀ DI ASSICURATI

Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta ad ogni effetto unico anche in caso di corresponsabilità di più assicurati fra loro.

Art. 33 - RESPONSABILITÀ TRA ASSICURATI – NOVERO DEI TERZI

L'assicurazione copre la responsabilità personale degli Assicurati, compresa la responsabilità civile degli allenatori, istruttori e degli addetti all'Associazione Sportiva nell'esercizio dell'attività svolta per conto del medesimo.

La Società rinuncia al diritto di surroga nei loro confronti entro il limite del massimale previsto per sinistro che resta, comunque, ad ogni effetto unico anche nel caso di corresponsabilità delle persone sopracitate.

Gli Assicurati sono considerati terzi tra loro.

Art. 34 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per i danni che avvengano nel mondo intero.

Art. 35 - FRANCHIGIA

In base alla Tariffa espressamente prescelta dal Contraente/Assicurato all'atto dell'Adesione, le garanzie tutte della presente sezione di polizza sono prestate con una franchigia fissa per ogni sinistro così stabilita:

- di Euro 500,00 (Cinquecento) per ogni singolo sinistro - "Tariffa Opzione 1"
- di Euro 250,00 (Duecentocinquanta) per ogni singolo sinistro - "Tariffa Opzione 2"

con l'intesa che l'Assicurato non potrà, sotto pena di decadenza del diritto al risarcimento, farlo assicurare da altro Assicuratore.

Restano fermi gli altri scoperti e franchigie previsti dalle "Condizioni" tutte di polizza. Qualora coesistessero più scoperti e/o franchigie gli stessi verranno sommati alla presente.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

Art. 36 - ASSICURATI

A titolo esemplificativo e non esaustivo, se è stata fatta richiesta di copertura e se è stato versato il relativo premio previsto, con il termine "Assicurato" si intendono:

Associati, Atleti, Giocatori, Allenatori, Tecnici, Organi Direttivi e Dirigenti, tutto il personale addetto, iscritti e/o facenti parte dell'Associazione Sportiva Dilettantistica Contraente.

La richiesta di assicurazione, a pena di nullità, deve contenere le generalità dell'assicurato e la combinazione di garanzia prescelta

Art. 37 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

La Società si obbliga a garantire, secondo le modalità ed i limiti precisati, le prestazioni di seguito indicate:

A) Medico on line 24 ore su 24

Il Servizio Medico della Centrale Operativa è a disposizione, 24 ore su 24, per rispondere ad ogni richiesta di consulenza medica e fornire ogni tipo d'informazione o suggerimento di carattere medico sanitario

Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere le informazioni necessarie.

B) Trasporto in Autoambulanza in Italia

La Centrale Operativa qualora l'Assicurato necessita di un trasporto in autoambulanza, organizza il trasferimento inviando direttamente l'autoambulanza. Le spese di trasporto sono a carico della società sino ad un massimo di 200 km. di percorso complessivo (andata/ritorno).

Questa prestazione è fornita 3 volte durante l'anno di validità della copertura.

Resta inteso che la Società non potrà in alcun caso sostituirsi agli organismi ufficiali di soccorso né assumere le eventuali spese.

C) Emergenza medica in Italia

La Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato in Italia, 24 ore su 24, il proprio Servizio Medico che garantisce l'immediata disponibilità di medici pronti ad intervenire al momento della richiesta da parte dell'Assicurato. Dopo un primo consulto telefonico con il Servizio Medico, sarà inviato il medico presso l'Assicurato. Qualora le circostanze lo richiedano o in caso d'indisponibilità immediata di un medico convenzionato, la Centrale Operativa organizza il trasferimento, in autoambulanza, del paziente nel più vicino pronto soccorso. I costi dell'intervento sono a carico della Società.

D) Segnalazione di un medico specialista all'estero

Se a seguito di un consulto medico telefonico è necessario che l'Assicurato sia visitato da uno specialista, la Centrale Operativa segnalerà un medico nella zona in cui l'Assicurato si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. Sono a carico dell'Assicurato tutte le spese e l'onorario dello specialista.

E) Monitoraggio del ricovero ospedaliero all'estero

Se l'Assicurato è ricoverato, il Servizio Medico di Centrale Operativa è a disposizione, come punto di riferimento, per eventuali comunicazioni e aggiornamenti sul decorso clinico da dare ai familiari dell'Assicurato.

F) Viaggio di un familiare all'estero

Se l'Assicurato è ricoverato a seguito di malattia o infortunio ed i medici ritengono che non possa essere dimesso o non sia trasferibile prima di 5 giorni, la Centrale Operativa organizza il viaggio andata e ritorno di un familiare residente in Italia, mettendo a disposizione il mezzo ritenuto più idoneo (aereo classe economica, treno prima classe o altro mezzo), per recarsi presso il paziente. La scelta del mezzo di trasporto è ad insindacabile giudizio della Società.

La Società tiene a proprio carico il costo del biglietto oltre alle spese di pernottamento del familiare, fino ad un ammontare di € 100,00 al giorno e per un massimo di 5 giorni. La prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente sul posto un altro familiare maggiorenne.

G) Rientro della salma dall'estero

In caso di decesso dell'Assicurato durante il viaggio, la Centrale Operativa organizzerà il rientro della salma fino al luogo d'inumazione in Italia, espletando le necessarie formalità nel luogo del decesso. Il trasferimento è eseguito secondo le norme internazionali in materia; la Società tiene a carico i relativi costi escluse le spese relative alla cerimonia funebre e all'inumazione.

Se le disposizioni di legge del luogo impediscono il trasferimento della salma verso l'Italia, o l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa mette a disposizione, di un familiare residente in Italia, un biglietto di viaggio andata e ritorno per presenziare alle esequie. La scelta del mezzo di trasporto ritenuto più idoneo è ad insindacabile giudizio della Società. Il costo del biglietto è a carico della Società.

H) Rientro del convalescente dall'estero

La Centrale Operativa organizza il rientro dell'Assicurato, con il mezzo più appropriato, al momento delle dimissioni dall'istituto di cura, qualora lo stesso non sia in grado di rientrare al domicilio con il mezzo inizialmente previsto. Le relative spese sono a carico della Società.

I) Prolungamento del soggiorno all'estero

Qualora lo stato di salute dell'Assicurato, a fronte di regolare certificato medico, non gli consenta di intraprendere alla data prestabilita il viaggio di rientro al domicilio, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il pernottamento in albergo. La Società terrà a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione, fino ad un ammontare di € 150,00 al giorno e per un massimo di 5 giorni.

L) Rientro anticipato dall'estero

La Centrale Operativa organizza il rientro anticipato dell'Assicurato, in seguito a decesso o ricovero ospedaliero con imminente pericolo di vita, avvenuto in Italia, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente, figli, fratelli, sorelle, genitori, suoceri, generi, nuore. La scelta del mezzo di trasporto è a insindacabile giudizio della Società. Il costo del biglietto è a carico della Società fino ad un massimo di € 1.500 per Assicurato.

M) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora l'Assicurato all'estero necessiti di medicinali, registrati in Italia, indispensabili al proseguimento di una terapia in corso, non reperibili in loco né sostituibili con medicinali locali, considerati equivalenti dal Servizio Medico della Centrale Operativa, quest'ultima provvederà, nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali, al loro invio. Sono a carico della Società i costi di spedizione mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà fornire la prescrizione medica anche tramite fax.

N) Interprete all'estero

La Centrale Operativa qualora sia necessario, a seguito di ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero, o in caso di arresto o di minaccia di arresto in seguito a incidente stradale, e limitatamente ai paesi ove esistano propri corrispondenti, provvederà ad inviare un interprete sul posto. La Società terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 750,00 per sinistro.

O) Legale a disposizione all'estero

Qualora l'Assicurato all'estero, in caso di arresto o minaccia di arresto in seguito a incidente stradale, necessiti di assistenza legale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un legale. La prestazione è operante nei paesi ove esistano propri corrispondenti ed il costo del legale è a carico dell'Assicurato.

P) Anticipo spese di prima necessità all'estero

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese impreviste conseguenti a malattia, infortunio, furto, rapina, scippo, mancata consegna del bagaglio, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare un anticipo di denaro all'Assicurato stesso fino ad un importo di € 5.000,00. La prestazione sarà operante quando la Centrale Operativa avrà ricevuto adeguate garanzie bancarie ritenute tali ad insindacabile giudizio della Società. L'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa il motivo della richiesta, la cifra necessaria, il suo attuale recapito e le indicazioni bancarie che consentono di verificarne la solvibilità.

Resta inteso che l'Assicurato dovrà restituire l'importo anticipato entro 30 giorni di calendario dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine la Società potrà richiedere anche i relativi interessi al corrente tasso bancario. La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Società e se l'Assicurato non sia in grado di fornire adeguate garanzie bancarie di rimborso ritenute tali ad insindacabile giudizio della Società.

La prestazione non è altresì operante in quei casi in cui l'espletamento della medesima contravvenisse alle norme vigenti in materia valutaria.

Q) Anticipo cauzione penale all'estero

Qualora l'Assicurato che si trova all'estero debba versare una cauzione per ottenere la libertà provvisoria, la Centrale Operativa si impegna ad anticiparne l'importo fino a concorrenza di € 30.000,00 contro opportuna garanzia bancaria fornita dall'Assicurato e ritenuta tale ad insindacabile giudizio della Società.

Tale somma dovrà essere rimborsata:

- in caso di assoluzione o non luogo a procedere, non appena la cauzione venga restituita;
- in caso di condanna, entro i 15 giorni successivi alla esecutività della sentenza.

In ogni caso, la somma dovrà essere rimborsata entro 3 mesi dalla messa a disposizione

L'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa il motivo della richiesta, la cifra necessaria, il suo attuale recapito e le indicazioni bancarie che consentono alla Società di verificarne la solvibilità; trascorso tale termine, la Società potrà richiedere anche i relativi interessi.

La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Società e se l'Assicurato non sia in grado di fornire adeguate garanzie bancarie di rimborso, ritenute tali ad insindacabile giudizio della Società. La prestazione non è altresì operante in quei casi in cui l'espletamento della medesima contravvenisse alle norme vigenti in materia valutaria.

La prestazione non è valida per fatti inerenti al commercio e spaccio di stupefacenti o droghe nonché per la partecipazione dell'Assicurato a manifestazioni politiche.

R) Trasmissione messaggi urgenti

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone residenti in Italia, la Centrale Operativa provvederà all'inoltro di tali messaggi, senza responsabilità alcuna circa il contenuto dei messaggi trasmessi.

S) Spese di soccorso e di ricerca

In caso di infortunio, la Società rimborsa le spese documentate di soccorso e di ricerca, in mare e montagna, svolte da organismi o enti ufficiali, fino ad un massimo di € 2.500,00.

Art. 38 - DELIMITAZIONI

Se l'Assicurato non usufruisce di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione. Per qualsiasi richiesta di informazione l'Assicurato deve rivolgersi direttamente alla Centrale Operativa, restando inteso che il Contraente è esente da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine alle prestazioni dell'assicurazione. La Centrale Operativa non è responsabile per ritardi o impedimenti che possano insorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di assistenza, in caso di interventi dell'Autorità locali che vietino l'intervento ovvero dovuti a cause di forza maggiore.

Art. 39 - MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

In caso di necessità durante il viaggio/soggiorno, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno ai numeri:

Linea Verde dedicata dall'Italia: 800.012246

Linea nera dall'estero: +39. 039.6554.6020

Indicando:

- b)** Nome e Cognome
- c)** Dati del Contraente o numero di polizza
- d)** Il luogo in cui si trova
- e)** Il numero di telefono o fax dove può essere contattato
- f)** L'indirizzo del suo domicilio e/o residenza
- g)** Prestazione richiesta

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

Gli operatori specializzati sono a disposizione dell'Assicurato, pronti ad intervenire o ad indicargli la procedura più idonea per risolvere nel migliore dei modi ogni problema, oltre ad autorizzare eventuali spese.

Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 8 ore lavorative.

Resta inteso che nel caso di servizi all'estero alla tempistica prevista dovranno essere aggiunti eventuali giorni festivi e dovrà anche essere considerato l'adeguamento al fuso orario locale.

Obblighi dell'assicurato

L'Assicurato libera dal segreto professionale, per i sinistri oggetto della presente Assicurazione, i medici che l'hanno visitato o curato dopo od anche prima del sinistro, nei confronti della Società e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni anche se abbia iniziato le pratiche per la rilevazione del danno, ovvero abbia effettuato la liquidazione od il pagamento della indennità.

A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti potrà farlo non appena ne sarà in grado.

Normativa comune a Tutte le Sezioni

Art. 40 - EFFETTO, COPERTURA, DETERMINAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

La Società si impegna a prestare le coperture assicurative relative ai rischi previsti dalle condizioni tutte che precedono, per le singole Associazioni mediante emissione di Certificati di Assicurazione in applicazione alla presente polizza convenzione. Ai fini della copertura assicurativa l'Associazione dovrà trasmettere all'Agenzia, anche per il tramite del Broker della Contraente la Convenzione o altro Intermediario designato, il **"Modulo di adesione"** contenete tutti dati dell'Associazione Contraente, le generalità dei singoli Assicurati, e la Combinazione di garanzia prescelta per ognuno di essi.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato sul **"Modulo di adesione"** se non è antecedente al giorno di invio del modulo stesso; altrimenti decorrerà dalle ore 24 del giorno di invio all'Agenzia, anche per il tramite del Broker della Contraente la Convenzione.

Il premio complessivo della polizza è determinato sulla base del numero degli Assicurati aderenti all'assicurazione, dichiarato dal Contraente sul **"Modulo di adesione"**, secondo il seguente criterio: premio pro capite pattuito moltiplicato per il numero di Assicurati aderenti.

Il premio complessivo di polizza, determinato in base ai parametri di cui sopra, non può comunque essere inferiore a Euro 300,00 (comprese imposte) che deve considerarsi come "Premio minimo garantito" che rimarrà in ogni caso acquisito dalla Società.

Il Versamento del premio dovrà essere effettuato all'Agenzia, anche per il tramite del Broker della Contraente la Convenzione, o alla Società nella giornata di invio del Modulo di adesione. Il Contraente avrà cura di inviare a mezzo Fax all'Agenzia, anche per il tramite del Broker della Contraente la Convenzione, copia del bonifico bancario attestante l'avvenuto pagamento.

La copertura ha effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui viene ricevuta la comunicazione scritta dal Contraente alla Società oppure all'Agenzia o al Broker della Contraente la Convenzione, e si intenderà automaticamente cessata dopo un anno dalla data di effetto.

Le comunicazioni tutte di cui al presente comma, potranno essere effettuate via internet mediante il sito www.safesport.it

Art. 41 - DENUNCIA GENERALITÀ ASSICURATI - COMUNICAZIONE DELLE PERSONE DA ASSICURARE IN CORSO di ANNO E REGOLAZIONE PREMIO

Il Contraente è obbligato a denunciare le generalità degli Assicurati per la loro identificazione e per il computo del premio.

Per le adesioni in corso d'anno, la Società si impegna a prestare le coperture assicurative relative ai rischi e massimali e/o capitali previsti dalla combinazione di garanzia prescelta, a favore degli "Associati" per i quali le "Associazioni" abbiano provveduto a comunicare alla Società o all'Agenzia cui è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker della Contraente la Convenzione o altro Intermediario designato, ogni variazione delle persone assicurate (Nuove inclusioni) ossia le Generalità dei singoli Assicurati, e la Combinazione di garanzia prescelta per ognuno di essi.

Tali variazioni decorreranno in ogni caso dalle ore 24 del giorno ricezione della richiesta di copertura, tramite Fax, E Mail o della Registrazione su Internet tramite il sito www.safesport.it e si intenderanno cessate alla stessa data di scadenza del certificato di assicurazione cui si riferiscono.

Le Associazioni contraenti i singoli certificati di assicurazione si impegnano al versamento del premio pro-capite convenuto per i nuovi assicurati che aderiscono all'assicurazione entro il giorno 30 del mese di richiesta di assicurazione o in alternativa con le modalità convenute per iscritto con l'Agenzia.

In caso di ritardato pagamento, fermo l'obbligazione dell'Associazione Contraente, la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento e la scadenza si intenderà comunque cessata alla scadenza del certificato.

Al termine del periodo di assicurazione la Società emetterà un documento riepilogativo unico relativamente alle inclusioni avvenute in corso d'anno specificando il numero degli assicurati, le combinazioni prescelte ed il premio complessivamente incassato.

La quota di premio pro-capite è nominativa e riferita a ciascun Assicurato indicato all'atto dell'adesione. Non è quindi usufruibile da altri Assicurati (sostituzioni di nominativi con altri).

Il Versamento del premio dovrà essere effettuato all'Agenzia, anche per il tramite del Broker della Contraente la Convenzione.

Art. 42 - COMUNICAZIONE GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

Il Contraente e/o Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società circa le generalità degli Assicurati (nome, cognome, luogo e data di nascita, qualifica ricoperta all'interno della società sportiva).

Art. 43 - ASSICURAZIONE 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 possano essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del C.C.

Art. 44 - COMBINAZIONI DI GARANZIA- SOMME ASSICURATE – CONDIZIONI DI PREMIO

Allegati **"Somme Assicurate"** e **"Condizioni di Premio"** a secondo della **"Combinazione di Garanzia"** prescelta.

Art. 45 - MODULISTICA CONTRATTUALE

Per la gestione amministrativa dei sinistri e la regolarizzazione del presente contratto, la Società ha predisposto e riconosce valida a tutti gli effetti, la seguente modulistica:

- a) MODULO DI ADESIONE (mod. MdA 10 Modulo di Adesione);
- b) MODULO DI ADESIONI AGGIUNTIVE (Mod. RPCS 10 Modulo per adesioni aggiuntive);
- c) MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO (mod. DSS 10 Modulo Denuncia Sinistro);
- d) MODULO DI CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA DI SINISTRO (mod. CCS 10 Modulo Continuazione Chiusura Sinistro).
- e) MODULO PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI GENERALI SENSIBILI (Mod. CTDPGS 10 Consenso Privacy);

Art. 46 - COASSICURAZIONE E DELEGA

L'Assicurazione è ripartita fra le Società in appresso indicate.

Chartis Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia	50%
CHUBB Insurance Company of Europe	50%

Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società

all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici. Ogni modifica del contratto, che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o di importi comunque dovuti dall'Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

L'impegno di tutte le Società Coassicuratrici risulta dai rispettivi "Estratti di polizza" da esse firmati ed allegati alla presente, oppure dall' "Estratto Unico" firmato dalla Società Delegataria a nome e per conto delle Coassicuratrici stesse, ovvero dalla sottoscrizione diretta dei semplici contrattuali.

Art. 47 - CLAUSOLA INTERMEDIARIO

Il Contraente la Convenzione dichiara di aver affidato, a norma della Legge 28.11.1984 n. 792 e D.Lgs. 209/2005 e successive modifiche ed integrazioni, la gestione del presente contratto alle Società di Brokeraggio assicurativo B & B Insurance BROKER S.R.L. E B&B MEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società B & B Insurance BROKER S.R.L., e in particolare:

- a) Il Broker gestirà per conto del Contraente il contratto sottoscritto, fintanto che tale incarico resti in vigore.
- b) È fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Compagnia l'eventuale revoca dell'incarico al Broker, nonché ogni variazione del rapporto che possa essere di interesse della Compagnia.
- c) La Compagnia darà preventiva comunicazione al Broker affinché, questi possa, ove lo ritenga, essere presente nel caso in cui intenda procedere ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo presso il Contraente.
- d) 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 alla Compagnia, prevarranno queste ultime. Le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio fatte alla Compagnia avranno efficacia al momento della ricezione della comunicazione all'Impresa stessa.
- e) La Compagnia, entro e non oltre 30 giorni, provvederà all'emissione dei conseguenti documenti contrattuali e li farà avere al Broker, il quale curerà che il Cliente provveda al perfezionamento degli stessi nonché al pagamento dei relativi premi. Il Broker è responsabile dell'autenticità delle firme apposte sui documenti contrattuali.
- f) Le polizze e le appendici emesse dalla Compagnia ed inviate al Broker, dovranno essere restituite alla stessa dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.

Le polizze, le appendici e le quietanze emesse dalla Compagnia, in caso di mancato perfezionamento o incasso, dovranno essere restituite alla stessa.

- g) Il Broker provvederà a versare alla Compagnia aggiudicataria del servizio assicurativo i premi pagatigli dal Contraente entro il 10° giorno del mese successivo alla data di pagamento ed al netto delle provvigioni spettantigli.
- h) Nel caso di contratti ripartiti fra più Compagnie il Broker gestirà, nello stesso modo sopra precisato, i rapporti con le Compagnie coassicuratrici.
- i) Il Broker provvederà ad inviare alla Compagnia di Assicurazione regolare denuncia dei sinistri; la Compagnia comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
- j) La Compagnia e/o i suoi incaricati, nei limiti del possibile, condurranno gli accertamenti e la liquidazione in contraddittorio con il Broker.

La Compagnia comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

Agenzia generale ISI Compagnia di Assicurazioni S.p.A.



Benacquista Assicurazioni S.n.c. RUI A n° 000163952
Via del Lido 106 04100 Latina Tel 0773 62981 Fax 0773 629835
Web www.benacquista.it - E Mail assicurazioni@benacquista.it

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE TUTELA GIUDIZIARIA



ISI Insurance - Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: 37138 Verona - Via San Marco, 48 - Tel. +39 045 8182111 - Fax: +39 045 8102034. Sede Secondaria operativa: 00193 Roma - Via Tacito, 10
Tel. +39 063215205 - Fax +39 063215289; sito internet www.isiinsurance.it; e-mail: isiinsurance@isi.eu.com - Capitale Sociale € 5.006.000,00 - R.E.A. Verona n. 356970.
C.F. 00864500103 - P.IVA n. 03895371007 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, Commercio e Artigianato
dell'11/4/74 G. U. del 19/4/74 n. 102. Società soggetta all'attività di direzione e al coordinamento della Società Arca Vita S.p.A.



POLIZZA SAFE SPORT

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

SOMMARIO

- A) Informativa sulla Privacy (Ex Decreto Legge 196 del 30.06.2003); pag. 23
- B) Nota Informativa al Contraente predisposta ai sensi dell'Art. 185 del D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005 "Codice delle Assicurazioni Private" ed in conformità a quanto disposto dalle Circolari ISVAP n. 303 del 2.6.1997 E N. 518/D del 21.11.2003. pag. 24

NORME

- Definizioni pag. 25
- Norme che regolano l'assicurazione in generale pag. 26

TUTELA GIUDIZIARIA

- Oggetto dell'Assicurazione pag. 27
- Esclusioni pag. 28
- Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro pag. 28
- Gestione del Sinistro – scelta del legale Pag. 29
- Denuncia generalità assicurati – comunicazione delle persone da assicurare in corso d'anno e regolazione premio pag. 29
- Assicurazione per conto altrui pag. 29
- Effetto – copertura – determinazione e pagamento del premio pag. 29
- Combinazioni di garanzia – somme assicurate – condizioni di premio pag. 30
- Comunicazione generalità degli assicurati pag. 30
- Modulistica contrattuale pag. 30
- Clausola intermediario pag. 30



INFORMATIVA SULLA PRIVACY **(Ex D.lgs. n. 196 del 30.06.2003)**

Informativa ex Art. -13 Codice (Area industriale)

In applicazione della normativa sulla "privacy", La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti.

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, la nostra Società deve disporre di dati personali che La riguardano - dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge - e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa".

Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali

Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento di Suoi dati da parte della nostra Società al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi.

Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari: il consenso riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti effettuati da tali soggetti.

Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati dalla nostra Società - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati - in Italia o all'estero - per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa.

Nella nostra Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche all'estero - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al dr. Stefano Rinaldi, nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, presso ISI Insurance S.p.A. Via San Marco, 48 - 37138 Verona, Tel. +39 0458182111 - Fax +39 0458102034, e-mail info@isiinsurance.it



NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE PREDISPOSTA AI SENSI DELL'ART. -185 DEL D.LGS. 07/09/2005 N. 209

Nota Informativa al Contraente ai sensi dell'Art. -185 del D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005 "Codice delle Assicurazioni Private" e in conformità con quanto disposto dalla Circolari ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997, n. 518/D del 21 novembre 2003.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

ISI Insurance S.p.A. ha sede legale in Italia, Via San Marco, 48 – 37138 Verona - Tel. +39 0458182111 - Fax +39 0458102034 e sede secondaria operativa in Via Tacito, 10 – 00193 Roma – Tel.+39 063215205 Fax +39 063215289

ISI Insurance S.p.A è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento del Ministero dell'Industria, Commercio e Artigianato dell'11/4/1974 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 102 del 19/4/1974.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

A. Legislazione applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana.

Ai sensi dell'Art. -180 del D.Lgs. 209 del 7 settembre 2005, per le garanzie diverse da quelle obbligatorie le parti hanno facoltà di scegliere una diversa legislazione applicabile al contratto, ferma restando la prevalenza delle norme imperative di diritto italiano.

ISI Insurance S.p.A. propone di applicare al contratto la legislazione italiana.

B. Reclami in merito al contratto

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a ISI Insurance S.p.A. Via Tacito, 10 - 00193 Roma - Fax +39 063215289 – e-mail: reclamiisiinsurance@isi.eu.com

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio di Tutela degli Utenti, Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Qualora sia scelta tra le parti una legislazione diversa da quella italiana, l'Organo incaricato di esaminare i reclami sarà quello eventualmente previsto dalla legislazione prescelta e l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'autorità competente e il contraente.

C. Informazioni aggiuntive relative ai termini di prescrizione

Ai sensi dell'Art. -2952 II comma del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

AVVERTENZE

La presente nota informativa, che deve essere consegnata al Contraente prima della sottoscrizione di ogni contratto di assicurazione contro i danni, è un documento che ha solo valore e scopo informativo. Data la molteplicità delle tipologie di assicurazione contro i danni, si raccomanda al Contraente di chiedere sempre al proprio intermediario assicurativo di fiducia qualsiasi ulteriore precisazione sul contratto prescelto e di leggerlo attentamente prima di sottoscrivere la polizza.



DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Agenzia:	Benacquista Assicurazioni S.n.c. Intermediario Iscritto alla Sezione A del RUI con il n° 000163952 cui è affidata dalla Società la gestione del presente contratto;
Assicurato:	il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Assicurazione:	il contratto di assicurazione;
Associazioni:	l'Associazione Sportiva Dilettantistica, il Presidente e gli Organi Dirigenti e Direttivi;
Associati:	Atleti, Giocatori, Allenatori, Tecnici, Organi Direttivi e Dirigenti, nonché tutto il personale addetto, iscritti e/o facenti parte dell'Associazione Sportiva Dilettantistica; che ha stipulato il singolo "Certificato di assicurazione" in alimento alla presente polizza convenzione, per i quali sia stata fatta richiesta di copertura contenente, le generalità e la combinazione di garanzia prescelta, e per i quali sia stato effettuato il relativo versamento del premio previsto.
Broker:	B&B Insurance Broker Srl RUI B N° B000184277 e B&B Mediazioni Assicurative RUI B N° B000184068 Intermediari del Contraente, cui è conferito, in esclusiva, l'incarico di gestire il presente contratto ed ai quali la Società autorizza ad incassare i premi dando ampia liberatoria ai Contraenti;
Certificati di Assicurazione:	Documenti rilasciati alle singole Associazioni Contraenti in alimento alla Polizza Convenzione contenenti almeno i seguenti elementi: Denominazione dell'Associazione Contraente il singolo Certificato di Assicurazione, persone assicurate, periodo di copertura e premio;
Contraente:	il soggetto che stipula i singoli certificati di assicurazione, anche a favore di terzi e ne assume i relativi oneri, in alimento alla presente polizza Convenzione;
Evento:	l'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più sinistri;
Franchigia/Scoperto:	la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico, calcolata in misura fissa o in percentuale;
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Massimale:	la somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia e/o la prestazione prevista;
Modulo di Adesione:	Documento formante parte integrante del contratto di assicurazione con il quale l'Assicurato comunica all'intermediario la volontà di sottoscrizione della polizza trasmettendo pertanto tutti i dati dell'Associazione Contraente il singolo Certificato, le Generalità dei singoli Assicurati, e la Combinazione di garanzia prescelta per ognuno di essi;
Polizza:	il documento contrattuale che disciplina i rapporti tra la Società ed il Contraente/Assicurato ed è composto: <ol style="list-style-type: none"> 1. dalle presenti condizioni che riportano tutti i patti contrattuali; 2. dall'Informativa sulla Privacy (Ex Decreto Legge n. 196 del 30.06.2003); 3. dalla Nota Informativa al Contraente predisposta ai sensi dell'Art. -185 del D.Lgs. n. 209 del 07.09.2005 "Codice delle Assicurazioni Private" ed in conformità a quanto disposto dalle Circolari ISVAP n. 303 del 02.06.1997 E N. 518/D del 21.11.2003; 4. dalle "Combinazioni di garanzia" nelle quali sono evidenziati i capitali assicurati per ciascun assicurato ed il relativo premio da pagare per la "combinazione di garanzia" prescelta; 5. dai "Certificati di assicurazione" che sono parte integrante della Polizza Convenzione;
Premio:	la somma di denaro dovuta dal Contraente/Assicurato alla Società;
Risarcimento:	la somma corrisposta dalla Società al terzo danneggiato in caso di sinistro;
Rischio:	la probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione;
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione ovvero, per l'assicurazione tutela legale, il fatto, la violazione di norma o l'inadempienza che dà origine alla vertenza;
Società:	ISI INSURANCE Compagnia di Assicurazioni S.p.A.;
Tutela Giudiziaria:	L'assicurazione Tutela Giudiziaria ai sensi del D.Lgs. 175/95 - artt. 44 e seguenti.
Unico Sinistro:	Il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più assicurati.



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - 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 ai sensi degli Art. -1892, 1893 e 1894 C.C. Tuttavia l'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni purché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi stipulati in proprio dagli Assicurati; tuttavia in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. -1910 C.C.).

Art. 3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente e/o Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. -1898 C.C.

Art. 5 - DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 6 - DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 30° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le parti hanno facoltà di recedere dal singolo certificato di assicurazione in applicazione alla polizza convenzione, con preavviso di 30 giorni. In questo caso il Contraente avrà diritto ad un rimborso pari al 50% del premio netto corrisposto relativo al periodo per il quale l'assicurazione non avrà più efficacia.

Art. 7 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

I Certificati di Assicurazione in applicazione alla polizza convenzione hanno durata annuale e cesseranno alla loro naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Art. 8 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente e/o Assicurato.

Art. 9 - FORO COMPETENTE

Le Parti stabiliscono espressamente che per ogni controversia nascente dall'esecuzione o interpretazione del presente contratto o ad essa strettamente connessa, sarà territorialmente competente esclusivamente il Foro del capoluogo della provincia ove ha sede l'Associazione/Federazione sportiva Contraente.

Art. 10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA GIUDIZIARIA

Art. 11 - ASSICURATI

A titolo esemplificativo e non esaustivo, se è stata fatta richiesta di copertura e se è stato versato il relativo premio previsto, con il termine "Assicurato" si intendono:

Associati, Atleti, Giocatori, Allenatori, Tecnici, Organi Direttivi e Dirigenti, nonché tutto il personale addetto, iscritti e/o facenti parte dell'Associazione Sportiva Dilettantistica Contraente.

Ove tutti gli Associati all'Associazione Contraente risultino regolarmente assicurati, le garanzie tutte della presente polizza sono automaticamente estese, senza il pagamento di premi aggiuntivi, all'Associazione Sportiva Dilettantistica, al Presidente ed agli Organi Dirigenti e Direttivi, che si intendono sempre assicurati.

Art. 12 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assicura il rimborso delle spese occorrenti per tutelare gli interessi dell'Assicurato nei casi descritti all'Art. -13 RISCHI ASSICURATI, in relazione a vertenze o procedimenti che abbiano avuto origine in sinistri (fatti, violazioni di norme o inadempienze) verificatisi durante la validità della polizza.

Quando un fatto, una violazione o un'inadempienza hanno carattere continuato o ripetitivo, il sinistro si intende verificato nel momento della loro prima manifestazione.

Art. 13 - RISCHI ASSICURATI

La Società assicura il rimborso delle spese legali che l'Assicurato o persone delle quali o con le quali debba rispondere, sostengano, in sede extragiudiziaria e/o giudiziaria per l'esercizio di pretese al risarcimento danni a persona e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi nonché per la difesa in sede penale e/o civile per reati colposi, o per resistere all'azione di risarcimento danni cagionati a terzi in relazione all'attività del Contraente/Assicurato. In tale ultimo caso, la garanzia è prestata unicamente a condizione che sia regolarmente operante, in favore degli assicurati, polizza di responsabilità civile e vale per le spese risultanti a carico degli assicurati a norma dell'Art. -1917 III C.C.

Le garanzie valgono anche per:

1. La difesa in procedimenti penali per delitti colposi e/o contravvenzioni, compresi quelli derivanti dalla circolazione stradale purché conseguenti ad incidente e comunque connessi all'attività istituzionale. La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato;
2. La difesa in procedimenti penali per reati dolosi conclusi con proscioglimento o assoluzione con decisione di 1° grado passata in giudicato; sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi causa e nei casi in cui si ricorra al "patteggiamento". (Per i dipendenti degli Enti locali si intende applicato quanto previsto dall'Art. -67 del DPR 13.5.87 n. 268). La Società rimborsa le spese di difesa sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato.

L'assicurazione è prestata per gli eventi verificatisi durante la pratica della disciplina Sportiva a carattere dilettantistico indicata nel Certificato di Assicurazione nonché durante tutte le attività svolte sia all'interno che all'esterno dei Locali in uso e/o di proprietà dell'Assicurato quali, titolo esemplificativo ma non limitativo, manifestazioni ed iniziative organizzate dall'Associazione Contraente o alle quali l'Assicurato partecipi per gare, allenamenti, riunioni, stages e/o per qualsiasi altro motivo.

Art. 14 - SPESE ASSICURATE

L'assicurazione comprende:

- a. i compensi e le spese relative a prestazioni svolte, nell'interesse dell'Assicurato e nell'ambito di procedure giudiziarie, da legali o periti incaricati con il benessere della Società a norma del successivo Art. -19 Gestione del sinistro - scelta del legale.
- b. i compensi e le spese liquidati a favore dei consulenti tecnici nominati dal giudice e posti a carico dell'Assicurato;
- c. Le spese di registrazione necessarie per l'esecuzione di un provvedimento giudiziario;
- d. le spese liquidate a favore della controparte nei casi di soccombenza o ad essa eventualmente dovute nel caso di transazione autorizzata dalla Società a norma del successivo Art. -19 Gestione del sinistro - scelta del legale.

Art. 15 - GARANZIE AGGIUNTIVE Sempre Valide ed Operanti

- A) Sicurezza Sul Lavoro:** difesa penale per reati colposi e per contravvenzioni di importo superiore a € 2.000,00, conseguenti all'inosservanza delle disposizioni previste dai D.L. 626-758/94 e 494/96 (quale committente) e successive modifiche in materia di sicurezza sul lavoro. La garanzia è estesa alle spese, competenze ed onorari del legale per ricorsi avverso sanzioni, per violazioni amministrative, originariamente comminate di importo superiore a € 2.000,00 con il massimale di € 1.000,00 per controversia con il limite di due vertenze per Associazione fermo restando il massimale annuo.
- B) Igiene Dei Prodotti Alimentari – Direttiva CEE 93/43 E 96/93:** difesa penale per reati colposi e per contravvenzioni di importo superiore a € 2.000,00, conseguenti all'inosservanza delle disposizioni previste dal D.L. 26 Maggio 1997 n°155 e successive modifiche in materia di igiene dei prodotti alimentari, dalla produzione alla lavorazione e vendita. La garanzia è estesa alle spese, competenze ed onorari del legale per ricorsi avverso sanzioni, per violazioni amministrative, originariamente comminate di importo superiore a € 2.000,00 con il massimale di € 1.000,00 per controversia con il limite di due vertenze per Associazione fermo restando il massimale annuo.
- C) Smaltimento Rifiuti Solidi – Legge Ronchi:** difesa penale per reati colposi e per contravvenzioni di importo superiore a € 2.000,00, conseguenti all'inosservanza delle disposizioni previste dal D.L. 5 Febbraio 1977 n°22 e successive modifiche in materia di rifiuti solidi. La garanzia è estesa alle spese, competenze ed onorari del legale per ricorsi avverso sanzioni, per violazioni amministrative, originariamente comminate di importo superiore a €



2.000,00 con il massimale € 1.000,00 per controversia con il limite di due vertenze per Associazione fermo restando il massimale annuo.

D) Tutela Della Privacy D. LGS. 196/2003 – difesa penale per reati colposi e per la presentazione di ricorsi in sede amministrativa per sanzioni pecuniarie originariamente di importo superiore a € 2.000,00 con il massimale € 1.000,00 per controversia con il limite di due vertenze per Associazione fermo restando il massimale annuo.

E) Consulenza Giuridica - La Società fornirà, a richiesta scritta degli Assicurati, consulenza giuridica consistente in pareri scritti nonché chiarimenti su Leggi, decreti e Normativa Vigente.

F) Tutela Giudiziaria della Circolazione – L'assicurazione vale per le spese indicate all'articolo 14, sostenute a tutela degli interessi degli assicurati indicati in polizza e nelle eventuali appendici, in relazione ai rischi assicurati di cui all'Art. - 13 e nei seguenti casi.

1. Vertenze per ottenere il risarcimento dei danni subiti alla persona e/o cose per fatto illecito di terzi durante la guida di mezzi di trasporto per i quali l'assicurato sia abilitato alla guida o quale conducente di mezzi non soggetti ad assicurazione obbligatoria.
2. Difesa in procedimenti penali: per delitti colposi od a contravvenzioni punibili con arresto o con ammenda.
3. Assistenza legale in procedimenti per ottenere la restituzione della patente od il dissequestro del veicolo.
4. Procedimenti di opposizione a sanzioni amministrative di importo non inferiore a Euro 150,00;
5. Vertenze con assicurazioni private in relazione all'interpretazione di clausole contrattuali e gestione dei sinistri su polizze RCA e garanzie accessorie (furto, incendio, infortuni del conducente). Sono escluse le vertenze relative a polizze stipulate con ISI Insurance S.p.A..
6. Vertenze per ottenere il risarcimento dei danni subiti alla persona e/o a cose per fatto illecito di terzi quale pedone, anche in occasione dell'uso, quale passeggero di qualsiasi mezzo di trasporto, sia esso stradale, ferroviario, aereo, marittimo, fluviale, lagunare, purché abilitato al trasporto di passeggeri.

Le garanzie della circolazione non sono operanti se:

- Il conducente non è abilitato alla guida;
- Il veicolo guidato dall'assicurato non è coperto da polizza RCA obbligatoria;
- Il conducente ha commesso illecito in stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti;
- La controversia ha per oggetto danni derivanti dalla partecipazione a gare o competizioni sportive.

Art. 16 - DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia viene prestata per sinistri determinati da fatti verificatisi nel periodo di validità della polizza e precisamente dopo le ore 24 del giorno di decorrenza dell'assicurazione.

I fatti che hanno dato origine al sinistro si intendono avvenuti nel momento iniziale della violazione della norma o dell'inadempimento; qualora il fatto che dà origine al sinistro si protragga attraverso più atti successivi, esso si considera avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto. Le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro. In caso di imputazione a carico di più persone assicurate e dovute al medesimo fatto, il sinistro è unico a tutti gli effetti.

Art. 17 - ESCLUSIONI

Le garanzie non sono valide:

- a) per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- b) per vertenze fra Contraente e Assicurato o comunque fra persone/soggetti assicurate con la stessa polizza;
- c) di natura fiscale, valutaria e tributaria;
- d) per vertenze avanti il Tar e Consiglio di Stato;
- e) per vertenze derivanti dalla proprietà o dalla circolazione di, imbarcazioni o aeromobili;
- f) per vertenze derivanti da fatti dolosi del Contraente e/o dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'Art. -13-2 "Rischi Assicurati";
- g) per sinistri denunciati all'Agenzia, anche per il tramite del Broker, o alla Società, quando siano trascorsi due anni dalla cessazione della validità della polizza.
- h) Per procedimenti penali per reati dolosi e/o contravvenzioni, fatto salvo quanto previsto dall'Art. -15 lettere A, B, C, D;

Sono inoltre escluse dalla garanzia.

- il pagamento di multe, ammende, e sanzioni in genere;
- gli oneri fiscali relativi ai documenti ed agli atti in genere;
- le spese per controversie di natura contrattuale nei confronti della Società;
- tutte le spese attinenti la fase che ha preceduto il giudizio.

Art. 18 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne tempestivo avviso scritto alla Agenzia, anche per il tramite del Broker, della Contraente o alla Società.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla garanzia, ai sensi dell'Art. - 1915 Codice Civile.

Unitamente alla denuncia, l'Assicurato è tenuto a fornire alla Società tutti gli atti ed i documenti occorrenti, una precisa descrizione del fatto che ha originato il sinistro, nonché tutti gli altri elementi necessari.

In ogni caso l'Assicurato deve trasmettere, con la massima urgenza, all'Agenzia, anche per il tramite del broker o alla Società, gli atti giudiziari e, comunque, ogni altra comunicazione relativa al sinistro.



Art. 19 - GESTIONE DEL SINISTRO - SCELTA DEL LEGALE

1. Fermo quanto previsto al precedente articolo 18 con la denuncia del sinistro, l'Assicurato deve fornire alla Società ogni notizia utile, precisando le iniziative che intende assumere per la tutela dei propri interessi; successivamente, deve fornirle un'informativa adeguata, regolare e tempestiva circa lo svolgimento della vertenza, trasmettendo, o dando istruzioni al proprio difensore di trasmettere, alla Società tutti i documenti e le notizie da questa ritenuti utili ai fini di tale informativa.
2. Prima di conferire incarichi, promuovere azioni giudiziarie o arbitrati, proporre impugnazioni o concludere transazioni, l'Assicurato deve ottenere il benessere della Società: in caso contrario, e salvo che venga comprovata l'effettiva necessità e l'indifferibile urgenza di tali iniziative, restano a suo carico gli oneri relativi.
3. Se in qualsiasi momento la Società in base all'informativa ricevuta, giudica manifestamente infondate le ragioni dell'Assicurato o ritiene obiettivamente soddisfacente il risultato ottenuto, gliene dà comunicazione scritta e motivata, e provvede al rimborso, sempre che dovuto a termini di polizza, delle spese rimaste fino a quel momento a carico dell'Assicurato.
Se ciò nonostante questi intendono iniziare l'azione o resistere alla pretesa avversaria, lo fa a proprio rischio, ma se ottiene un risultato favorevole, la Società è tenuta a rifondergli le spese rimaste a suo carico.
Parimenti, se l'Assicurato intende proseguire, l'azione, lo fa a proprio rischio: ma se ottiene un risultato più favorevole di quello in precedenza conseguito, la Società è tenuta a rifondergli le spese rimaste a suo carico, fino a concorrenza della differenza tra i due risultati.
In tutti i casi l'Assicurato deve comunicare alla Società la sua decisione, e restano fermi i massimali pattuiti.
4. L'Assicurato può scegliere il proprio difensore tra i professionisti operanti nella circoscrizione del Tribunale competente. Può inoltre chiedere di esercitare la propria scelta tra i professionisti operanti nella località ove ha il domicilio; qualora tale richiesta venga accolta, la Società tiene a proprio carico anche i compensi e le spese dovuti al procuratore domiciliatario.

Art. 20 - SINISTRI PLURIMI

Nel caso di vertenze promosse da o nei confronti di più persone assicurate appartenenti alla medesima associazione, il sinistro si considera unico a tutti gli effetti.

Art. 21 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per i danni che avvengano nel mondo intero.

Art. 22 - DENUNCIA GENERALITÀ ASSICURATI - COMUNICAZIONE DELLE PERSONE DA ASSICURARE IN CORSO D'ANNO E REGOLAZIONE PREMIO

Il Contraente è obbligato a denunciare le generalità degli Assicurati per la loro identificazione e per il computo del premio.

Per le adesioni in corso d'anno, la Società si impegna a prestare le coperture assicurative relative ai rischi e massimali e/o capitali previsti dalla combinazione di garanzia prescelta, a favore degli "Associati" per i quali le "Associazioni" abbiano provveduto a comunicare alla Società o all'Agenzia cui è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker della Contraente la Convenzione o altro Intermediario designato, ogni variazione delle persone assicurate (Nuove inclusioni) ossia le Generalità dei singoli Assicurati, e la Combinazione di garanzia prescelta per ognuno di essi.

Tali variazioni decorreranno in ogni caso dalle ore 24 del giorno ricezione della richiesta di copertura, tramite Fax, E Mail o della Registrazione su Internet tramite il sito www.safesport.it e si intenderanno cessate alla stessa data di scadenza del certificato di assicurazione cui si riferiscono.

Le Associazioni contraenti i singoli certificati di assicurazione si impegnano al versamento del premio pro-capite convenuto per i nuovi assicurati che aderiscono all'assicurazione entro il giorno 30 del mese di richiesta di assicurazione o in alternativa con le modalità convenute per iscritto con l'Agenzia.

In caso di ritardato pagamento, fermo l'obbligazione dell'Associazione Contraente, la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento e la scadenza si intenderà comunque cessata alla scadenza del certificato.

Al termine del periodo di assicurazione la Società emetterà un documento riepilogativo unico relativamente alle inclusioni avvenute in corso d'anno specificando il numero degli assicurati, le combinazioni prescelte ed il premio complessivamente incassato.

La quota di premio pro-capite è nominativa e riferita a ciascun Assicurato indicato all'atto dell'adesione. Non è quindi usufruibile da altri Assicurati (sostituzioni di nominativi con altri).

Il Versamento del premio dovrà essere effettuato all'Agenzia, anche per il tramite del Broker della Contraente la Convenzione.

Art. 23 - ASSICURAZIONE 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 possano essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. -1891 del C.C.

Art. 24 - EFFETTO, COPERTURA, DETERMINAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

La Società si impegna a prestare le coperture assicurative relative ai rischi previsti dalle condizioni tutte che precedono, per le singole Associazioni mediante emissione di Certificati di Assicurazione in applicazione alla presente polizza convenzione.

Ai fini della copertura assicurativa l'Associazione dovrà trasmettere all'Agenzia, anche per il tramite del Broker della Contraente la Convenzione o altro Intermediario designato, il "Modulo di adesione" contenente tutti dati dell'Associazione Contraente, le generalità dei singoli Assicurati, e la Combinazione di garanzia prescelta per ognuno di essi.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato sul "Modulo di adesione" se non è antecedente al giorno di invio del modulo stesso; altrimenti decorrerà dalle ore 24 del giorno di invio all'Agenzia, anche per il tramite del Broker della Contraente la Convenzione.



Il premio complessivo della polizza è determinato sulla base del numero degli Assicurati aderenti all'assicurazione, dichiarato dal Contraente sul **"Modulo di adesione"**, secondo il seguente criterio: premio pro capite pattuito moltiplicato per il numero di Assicurati aderenti.

Il Versamento del premio dovrà essere effettuato all'Agenzia, anche per il tramite del Broker della Contraente la Convenzione, o alla Società nella giornata di invio del Modulo di adesione. Il Contraente avrà cura di inviare a mezzo Fax all'Agenzia, anche per il tramite del Broker della Contraente la Convenzione, copia del bonifico bancario attestante l'avvenuto pagamento.

La copertura ha effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui viene ricevuta la comunicazione scritta dal Contraente alla Società oppure all'Agenzia o al Broker della Contraente la Convenzione, e si intenderà automaticamente cessata dopo un anno dalla data di effetto.

Le comunicazioni tutte di cui al presente comma, potranno essere effettuate via internet mediante il sito www.safesport.it

Art. 25 - COMBINAZIONI DI GARANZIA- SOMME ASSICURATE – CONDIZIONI DI PREMIO

Allegati "Somme Assicurate" e "Condizioni di Premio" a secondo della "Combinazione di Garanzia" prescelta.

Art. 26 - COMUNICAZIONE GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

Il Contraente e/o Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società circa le generalità degli Assicurati (nome, cognome, luogo e data di nascita, qualifica ricoperta all'interno della società sportiva).

Art. 27 - MODULISTICA CONTRATTUALE

Per la gestione amministrativa dei sinistri e la regolarizzazione del presente contratto, la Società ha predisposto e riconosce valida a tutti gli effetti, la seguente modulistica:

- a) MODULO DI ADESIONE (mod. MdA 10 Modulo di Adesione);
- b) MODULO DI ADESIONI AGGIUNTIVE (Mod. RPCS 10 Modulo per adesioni aggiuntive);
- c) MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO (mod. DSS 10 Modulo Denuncia Sinistro);
- d) MODULO DI CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA DI SINISTRO (mod. CCS 10 Modulo Continuazione Chiusura Sinistro).
- e) MODULO PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI GENERALI SENISIBILI (Mod. CTDGPGS 10 Consenso Privacy);

Art. 28 - CLAUSOLA INTERMEDIARIO

Il Contraente la Convenzione dichiara di aver affidato, a norma della Legge 28.11.1984 n. 792 e D.Lgs. 209/2005 e successive modifiche ed integrazioni, la gestione del presente contratto alle Società di Brokeraggio assicurativo B & B Insurance BROKER S.R.L. E B&B MEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società B & B Insurance BROKER S.R.L., e in particolare:

- a) Il Broker gestirà per conto del Contraente il contratto sottoscritto, fintanto che tale incarico resti in vigore.
- b) È fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Compagnia l'eventuale revoca dell'incarico al Broker, nonché ogni variazione del rapporto che possa essere di interesse della Compagnia.
- c) La Compagnia darà preventiva comunicazione al Broker affinché, questi possa, ove lo ritenga, essere presente nel caso in cui intenda procedere ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo presso il Contraente.
- d) 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 alla Compagnia, prevarranno queste ultime. Le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio fatte alla Compagnia avranno efficacia al momento della ricezione della comunicazione all'Impresa stessa.
- e) La Compagnia, entro e non oltre 30 giorni, provvederà all'emissione dei conseguenti documenti contrattuali e li farà avere al Broker, il quale curerà che il Cliente provveda al perfezionamento degli stessi nonché al pagamento dei relativi premi. Il Broker è responsabile dell'autenticità delle firme apposte sui documenti contrattuali.
- f) Le polizze e le appendici emesse dalla Compagnia ed inviate al Broker, dovranno essere restituite alla stessa dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.

Le polizze, le appendici e le quietanze emesse dalla Compagnia, in caso di mancato perfezionamento o incasso, dovranno essere restituite alla stessa.

- g) Il Broker provvederà a versare alla Compagnia aggiudicataria del servizio assicurativo i premi pagatigli dal Contraente entro il 10° giorno del mese successivo alla data di pagamento ed al netto delle provvigioni spettantigli.
- h) Nel caso di contratti ripartiti fra più Compagnie il Broker gestirà, nello stesso modo sopra precisato, i rapporti con le Compagnie coassicuratrici.
- i) Il Broker provvederà ad inviare alla Compagnia di Assicurazione regolare denuncia dei sinistri; la Compagnia comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
- j) La Compagnia e/o i suoi incaricati, nei limiti del possibile, condurranno gli accertamenti e la liquidazione in contraddittorio con il Broker.

La Compagnia comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

