

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Tra la **LEGA ITALIANA CALCIO PROFESSIONISTICO** e la Compagnia di Assicurazioni, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Compagnia**, viene stipulato il presente **Contratto di Assicurazione** per le **garanzie contro Infortuni dei suoi Tesserati**, e delle **Categorie** riportate alla "Sezione Elenco Assicurati - Somme Assicurate".

DEFINIZIONI E OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 DURATA E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il presente Contratto di Assicurazione ha decorrenza dalle ore 23:59 del 30/06/2024 e scadenza alle ore 00:00 del 01/07/2025.

Il presente Contratto di Assicurazione, giunto alla prima scadenza del 01/07/2025 e ad ogni scadenza successiva, si rinnoverà automaticamente e tacitamente per un anno, salvo disdetta.

È facoltà delle parti di disdettare annualmente il Contratto di Assicurazione previa comunicazione da inviarsi a mezzo PEC, raccomandata, o altro mezzo equivalente, con un preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza

Se il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio, il Contratto di Assicurazione resta sospeso fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i Premi successivi, il Contratto di Assicurazione resta sospeso dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Resta inteso che i Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dalla Compagnia di Assicurazione.

Art. 2 DIRITTO DI RECESSO

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o contestazione o rifiuto dell'Indennizzo, ciascuna delle parti ha facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di 90 (novanta) giorni.

Qualora a recedere sia la Compagnia, questa rimborserà al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, il rateo di Premio relativo al residuo periodo di Assicurazione in corso, escluse le imposte e ogni altro onere di carattere tributario.

Art. 3 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Tutte le circostanze originarie o sopravvenute che influiscono sulla valutazione del Rischio e danno luogo ad un aggravamento del Rischio o ad una diminuzione dello stesso, nonché eventuali variazioni delle professioni svolte, devono essere tempestivamente comunicate dal Contraente e/o dall'Assicurato.

L'omissione o l'errore in buona fede del Contraente e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori di una circostanza aggravante il Rischio non pregiudica la validità del contratto di Assicurazione ma comporta l'obbligo, in capo al Contraente, di corrispondere alla Compagnia di Assicurazione il maggior Premio in proporzione rispetto al maggior Rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito le garanzie da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione del presente Contratto di Assicurazione.

Art. 4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Assicurato e la Compagnia di Assicurazione sono tenuti devono essere fatti tramite PEC, lettera raccomandata o altro mezzo certo. Qualunque modificazione del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

NORME GENERALI

Art. 5 ASSICURAZIONI PER CONTO ALTRUI

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

Art. 6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

La Compagnia di Assicurazione presta la garanzia e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente / Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio ai sensi di quanto previsto di seguito.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e ove rese con dolo o colpa grave, sono causa di annullamento del Contratto di Assicurazione, ove rese senza dolo o colpa grave possono comportare il recesso della Compagnia di Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Si rammenta l'obbligo di rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste dall'eventuale questionario sanitario richiesto.

Art. 1892 Codice Civile - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

1. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
2. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.
3. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
4. Se l'Assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Codice Civile - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

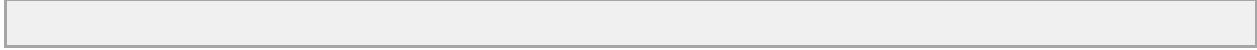
1. Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
2. Se il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Codice Civile – Assicurazione in nome o per conto di terzi.

1. Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al Rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893 [1391, 1932]. (1)

Note: (1) In tal caso le reticenze o le inesattezze sono realizzate dallo stipulante che contrae per conto dei terzi ma ciò che rileva è che ne sono a conoscenza anche questi ultimi. Se invece questi le ignorano, incolpevolmente, gli Art. 1892 c.c. e 1893 c.c. non si applicano.

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



ESTRATTO POLIZZA

Art. 8 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento delle rate di Premio così come indicato nel presente Contratto di Assicurazione. Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento in cui consegua il titolo che dà diritto all'Assicurazione ai sensi del successivo Art. 9 "Titoli che danno diritto all'Assicurazione" della presente Sezione, e scadrà alle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza del tesseramento stesso.

I premi devono essere pagati alla Compagnia per il tramite dell'Intermediario.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'Assicurazione ha effetto dalle ore 23:59 del 30 Giugno 2024, anche se la prima rata di Premio non è stata pagata.

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

Relativamente alla copertura assicurativa inerente le prestazioni assicurative previste dal DPCM del 3.11.2010 "Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti" pubblicato sulla GU n. 296 del 20.12.2010, resta convenuto che in caso di mancato versamento del Premio l'assicuratore è obbligato ad erogare la prestazione assicurativa a favore dell'assicurato, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti del soggetto obbligato per l'intero importo indennizzato.

Sona fatte salve le azioni di rivalsa da parte della Compagnia nei confronti dell'Intermediario nel caso di omissso versamento del Premio da parte dell'Intermediario sul conto separato.

L'Intermediario è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati ai sensi di legge..

Il pagamento del Premio o della rata di Premio può essere eseguito con bonifico bancario su c/c intestato alla Compagnia o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità.

La Compagnia o l'Intermediario hanno facoltà di prevedere specifici sconti sul Premio, in tal caso informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita dell'Impresa medesima.

Non sono previsti adeguamenti automatici del Premio e delle somme assicurate.

Il pagamento del Premio realizzato in buona fede dall'Intermediario, si considera effettuato direttamente alla Compagnia di Assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii.

I diritti derivanti dal contratto di Assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile.

Art. 9 TITOLI CHE DANNO DIRITTO ALL'ASSICURAZIONE

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative è:

- la Tessera nominativa e numerata della Lega Italiana Calcio Professionistico – Giovani di serie e Staff tecnico non professionistico, ovvero
- la presenza del soggetto assicurato negli elenchi numerati e vidimati della Contraente ovvero
- la lettera di convocazione della contraente ovvero
- il contratto di collaborazione

Ai fini assicurativi i documenti sopra indicati sono equipollenti e qualificano il soggetto portatore come assicurato, ai fini della presente Convenzione.

Art. 10 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

A tal proposito, si precisa che l'aliquota fiscale applicabile sul Premio imponibile è pari al 2,50%.

Art. 11 MODIFICHE CONTRATTUALI

La Compagnia si riserva il diritto di modificare unilateralmente le condizioni del presente Contratto di Assicurazione, dandone tempestiva comunicazione scritta al Contraente, nel caso in cui:

- intervengano dei cambiamenti legislativi, regolamentari o giurisprudenziali applicabili al Contratto di Assicurazione che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso;
- intervengano dei cambiamenti fiscali che abbiano un impatto su Contratto di Assicurazione, sulla Compagnia o sul Contraente che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso;
- intervengano dei cambiamenti nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria o nei regolamenti e/o accordi integrativi aziendali che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso.

Alla prima Data di scadenza del Contratto e alle scadenze successive la Compagnia si riserva il diritto di modificare i tassi di tariffa per l'anno successivo, dandone comunicazione via PEC al Contraente con 90 (novanta) giorni di preavviso rispetto all'entrata in vigore dei nuovi tassi.

Ove i nuovi tassi di tariffa risultassero eccessivamente elevati rispetto a quelli precedentemente applicati, nei 30 (trenta) giorni successivi alla ricezione della suddetta comunicazione, il Contraente potrà disdettare il Contratto di Assicurazione prima del suo rinnovo o recedere dallo stesso.

Art. 12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 13 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

Art. 14 FORO COMPETENTE

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

Art. 15 DICHIARAZIONI DELLA COMPAGNIA

La Compagnia di Assicurazioni dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato.

Art. 17 OBBLIGHI INFORMATIVI DELLA COMPAGNIA PER I SINISTRI

La Compagnia alle scadenze del terzo mese successivo ad ogni annualità assicurativa si impegna a fornire al Contraente ed al Broker indicato nel presente Contratto di Assicurazione il dettaglio dei singoli sinistri così suddiviso:

- numero Sinistro
- data di accadimento
- tipologia di avvenimento
- importo pagato
- importo riservato
- importo franchigia
- data del pagamento o della chiusura senza seguito

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di attivazione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente ed al Broker indicato nel presente Contratto di Assicurazione di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

CONDIZIONI ASSICURATIVE INFORTUNI

Art. 18 SOGGETTI ASSICURATI

L'Assicurazione vale per tutti i tesserati e le categorie riportate alla "Sezione Assicurati - Somme Assicurate".

Art. 19 OGGETTO DEL RISCHIO

Le coperture offerte dal presente contratto, con le definizioni, le modalità e le esclusioni come di seguito specificate e differenziate in base alle scelte effettuate dal Contraente sono le seguenti:

- Morte da Infortunio
- Invalidità permanente da Infortunio
- Rimborso spese mediche da Infortunio

L'Assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva organizzata sotto l'egida della Contraente, ivi compresi gli allenamenti anche individuali e le azioni preliminari e finali di ogni gara od allenamento ufficiale, le competizioni e/o gare, i raduni, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale ovvero nell'espletamento delle attività proprie della qualifica di tecnico rivestita nell'ambito dell'organizzazione sportiva della Contraente.

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

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente e delle Società affiliate, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi missioni e relativi trasferimenti.

È prevista la sospensione della garanzia in caso di mancato pagamento del Premio o della rata di Premio successivo alla stipulazione del contratto. In tale seconda ipotesi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza, così come previsto dall'Art. 32 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Sezione elenco assicurati – somme assicurate

GARANZIA INFORTUNI Assicurati	Capitale caso morte	Capitale invalidità permanente	Tabella di riferimento lesioni	Franchigia su IP	Rimborso spese mediche
Giovani di serie	€ 80.000,00	€ 80.000,00	A	5%	€ 1.000,00
Operatori Sanitari	€ 80.000,00	€ 80.000,00	A	5%	€ 1.000,00
Staff Tecnico	€ 80.000,00	€ 80.000,00	A	5%	€ 1.000,00

Precisazioni

Questa Assicurazione è prestata nel rispetto del DECRETO del 3 novembre 2010 della PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale N. 296 del 20 Dicembre 2010, le cui disposizioni prevalgono su ogni altra, salvo che non siano oggettivamente migliorative delle prestazioni erogate.

Le richiamate disposizioni normative e quelle contenute nel capitolato tecnico ed in tutti gli atti di gara prevalgono su ogni diversa previsione eventualmente inserita nelle Condizioni di Assicurazione.

Art. 20 ESTENSIONI DI GARANZIA

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. infezioni conseguenti a Infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
3. gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
4. l'annegamento;
5. l'assideramento e/o il congelamento;
6. colpi di sole e/o di calore;
7. gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
8. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze gravi;

Art. 21 ESCLUSIONI

Sono previsti casi di limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo oppure alla mancata attivazione della garanzia.

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 33 – Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- e) dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'orientamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertata in base alle norme vigenti;
- f) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove ;
- g) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- h) dall'azione costituente reato commessa dal soggetto assicurato o dalla sua partecipazione a risse o tumulti o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o dall'ordinamento sportivo;
- i) da guerra e insurrezioni;
- j) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- k) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- l) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 22 ESONERO DENUNCIA DI INFERMITÀ

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del Contratto di Assicurazione o che dovessero in seguito intervenire.

Se l'evento indennizzabile a termini del presente Contratto di Assicurazione colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dall'Art.33 Criteri di indennizzabilità.

Art. 23 ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Compagnie per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra Assicurazione per i casi di morte, lesione, ed indennità di ricovero, rimborso delle spese sanitarie.

Art. 24 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Compagnia di Assicurazione rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 25 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'Infortunio, sulle sue conseguenze possono essere demandate - in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria ordinaria - con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle Condizioni di Assicurazione, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove 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; l'onere delle spese e competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della parte soccombente.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una 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, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 26 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, o dalle seguenti: schizofrenia, sindromi organiche- cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.

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

Art. 27 INFORTUNI CAGIONATI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

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

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

Art. 28 INFORTUNI DETERMINATI DA CALAMITÀ NATURALI

Con riferimento all'Art. 1912 del Codice Civile, si pattuisce l'estensione dell'Assicurazione agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche ma con il seguente limite:

In caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Compagnia l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del Ramo Infortuni raccolti nell'anno precedente l'evento, rilevabile nel relativo bilancio di esercizio.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 29 EVENTO CON PLURALITÀ DI INFORTUNI

Si conviene fra le Parti che, nel caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Polizza, in conseguenza di unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia di Assicurazione non potrà essere superiore ad Euro 10.000.000,00 (dieci milioni).

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Compagnia di Assicurazione procederà alla loro riduzione proporzionale.

Art. 30 VALIDITÀ TERRITORIALE

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

Art. 30-bis SANZIONI INTERNAZIONALI

L'Assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei Sinistri sarà fatta in Italia ed in valuta locale corrente. Resta tuttavia inteso tra le parti che l'Assicurazione sarà efficace e la Società non sarà tenuta ad effettuare alcun pagamento al verificarsi di qualsiasi Sinistro nel caso in cui le condizioni di questa Assicurazione, il pagamento di un Sinistro o l'operatività delle coperture possano esporre la Società a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto dalle Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Liechtenstein, della Repubblica italiana, degli Stati Uniti d'America o di qualunque Paese ove la Società abbia una propria sede secondaria o una presenza permanente.

Art. 31 LIMITE DI ETÀ

L'Assicurazione viene prestata senza limiti di età; tuttavia a decorrere dalla scadenza annuale, immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età, l'Assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale previa presentazione, 30 giorni prima della scadenza stessa, del certificato medico attestante buona salute; in assenza di specifico accordo scritto la Compagnia restituirà i premi netti eventualmente incassati.

Art. 32 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'Infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche preesistenti all'Infortunio stesso; pertanto, l'influenza che l'Infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa, la prestazione assicurativa è dovuta anche se il decesso sia una conseguenza indiretta dell'Infortunio.

Le presenti Condizioni di Assicurazione prevedono Franchigie e Massimali per il cui dettaglio si rinvia a quanto disciplinato nel presente testo. In particolare:

- per Franchigia, si intende l'importo prestabilito che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'Indennizzo che sarebbe spettato se tale Franchigia non fosse esistita;
- per Massimale, si intende la somma massima sino a concorrenza della quale l'Impresa presta l'Assicurazione. L'Impresa corrisponde le somme dovute a titolo di Indennizzo entro il Massimale convenuto.

Art. 33 RISCHIO VOLO

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

- da aeroclubs
- di proprietà del Contraente, dell'Assicurato

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi per aeromobile:

- Euro 5.200.000,00 per il caso morte
- Euro 5.200.000,00 per il caso invalidità permanente
- Euro 5.200,00 per il caso inabilità temporanea;

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti. La garanzia inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Art. 34 RISCHIO VIAGGIO

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi intrapresi per partecipare ad allenamenti, raduni zionali e manifestazioni organizzate dalla Contraente o dalle Compagnie affiliate e dai suoi Organi Periferici anche quando fanno uso:

- a) di autoveicoli di proprietà della Contraente o di Compagnie affiliate sempreché alla cui guida vi è persona qualificata, autorizzata dalla Contraente o dalle Compagnie affiliate;
- b) di autoveicoli, mezzi nautici o motocicli propri, o comunque privati, a condizione che la circolazione si svolga in conformità alle vigenti disposizioni di legge ed alle indicazioni della carte di circolazione del mezzo utilizzato;
- c) di treni ed autobus in servizio di linea o noleggiati

L'Assicurazione opera a condizione che l'Infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto del presente decreto ed in data e orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione al termine dell'attività stessa.

Art. 35 PRESTAZIONI

a) Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, la Compagnia corrisponde la somma assicurata agli eredi legittimi dell'Assicurato, salvo diversa indicazione pervenuta in sede di Sinistro, in parti uguali.

L'Indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo Infortunio, la Compagnia corrisponde ai Beneficiari soltanto la differenza tra l'Indennizzo per la morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

b) Morte presunta

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Compagnia liquiderà il capitale previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile. Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'Indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

c) Lesioni

Salvo quanto previsto al successivo Art. 36 "Franchigia", l'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo nella misura prevista come segue:

per i tutti gli Assicurati, saranno operanti le prestazioni previste nella tabella A allegata alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'Indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'Infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti fermo quanto previsto dall'Art. 32.

Art. 36 FRANCHIGIA

Per gli infortunati di età maggiore o uguale ad anni 85 è prevista una franchigia del 10 % per gli infortuni che determinano una invalidità permanente in misura inferiore al 10%. Resta inteso che, in caso di lesioni plurime, l'Indennizzo è dovuto in misura pari alla somma delle percentuali relative alle singole lesioni subite.

Art. 37 PRESTAZIONE PER IL RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA RESE NECESSARIE DA INFORTUNIO

L'Assicurazione è valida – in caso di Infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, fino a concorrenza del massimale indicato nella “Sezione elenco assicurati – somme assicurate” – per il rimborso delle seguenti spese sanitarie:

- a) spese per esami strumentali a scopo diagnostico ad analisi di laboratorio, compresi i relativi onorari dei medici che li hanno prescritti, effettuati nei 90 giorni precedenti o seguenti il ricovero, purché resi necessari dall'Infortunio che ha determinato il ricovero stesso;
- b) in caso di ricovero:
 - spese per gli onorari dei medici, nonché in caso di intervento chirurgico, effettuato anche in ambulatorio o in regime di day hospital, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - spese per le cure, per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi con il limite del 20% del massimale assicurato;
 - spese per le rette di degenza;
- c) spese per il trasporto dell'Assicurato in ambulanza, all'Istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite del 20% del massimale assicurato.

Si precisa che la garanzia ricomprende anche il rimborso delle spese mediche e di cura praticate presso Ambulatori o “Pronto Soccorso” degli Istituti di Cura o a domicilio, rese necessarie a seguito dell'Infortunio subito e indennizzabile a termini di questa polizza.

Dette spese comprendono il trasporto in ambulatorio o pronto soccorso, onorari dei medici, onorari del chirurgo e spese della sala operatoria, medicinali e materiali di cura, gli accertamenti diagnostici, le radioscopie e le radiografie, spese fisioterapiche in genere, spese per l'assistenza domiciliare, da parte di sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante,

Resta fermo il massimale previsto, i relativi sottolimiti e franchigie (vedi app. n. 2).

Il rimborso verrà comunque effettuato con l'applicazione di una franchigia fissa a carico dell'Assicurato di € 150,00 per singolo Infortunio.

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

Laddove prevista la garanzia Diaria nella “Sezione elenco assicurati – somme assicurate”: in caso di ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato) reso necessario da Infortunio e/o lesione previste nelle tabelle allegate, con o senza intervento chirurgico, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato una diaria di euro 50,00 per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 60 giorni per evento. I primi 5 giorni di ricovero non prevedono la corresponsione di diaria.

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata su presentazione, in copia, delle relative note, distinte e ricevute debitamente quietanzate nonché, ove ne ricorrano gli estremi, di regolare attestato di degenza in Istituto di cura.

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

Art. 38 ESTENSIONI SPECIALI

a) Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto Beneficiari, sarà aumentata del 50%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

b) Danno estetico

Al soggetto assicurato che non abbia compiuto il 14° anno di età alla data dell'Infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'Infortunio subito con un massimo di € 5.000,00.

c) Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 36 lett c), per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura ed a seguito di relativa diagnosi che accerti detto evento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate con un massimo di € 5.000,00.

d) Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 36 lett. c), a seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti un ricovero con pernottamento in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate con un massimo di € 5.000,00.

e) Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 36 lett. c), a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura, a seguito di diagnosi di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate con un massimo di € 5.000,00.

f) Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a causa delle entità delle lesioni, determini l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporti la perdita dell'anno scolastico, all'assicurato verrà corrisposto un Indennizzo incrementato del 20%.

g) Rischio guerra

A parziale deroga dell'Art. 23 lettera i), l'Assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

h) Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Compagnia, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'Infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

i) Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di Infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 5.000,00.

Art. 39 DENUNCIA DEGLI INFORTUNI

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Compagnia **per il tramite dell'Intermediario L3 Sas Societa' Agente Cattolica Assicurazioni** – Viale Raffaello Sanzio, 2 - 50124 Firenze, alla quale è assegnata la Polizza, oppure alla Compagnia di Assicurazione stessa, entro 15 (quindici) giorni dall'Infortunio e dal momento in cui la Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne hanno ragionevolmente avuto la possibilità ovvero ne sono venuti a conoscenza.

La denuncia di Sinistro, Richiesta di Indennizzo deve indicare il luogo, giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico, contenente ogni altra notizia utile per la Compagnia di Assicurazione. L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'Infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattarsi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Per attivare la procedura di liquidazione dell'Indennizzo previsto dall'Assicurazione, il richiedente dovrà trasmettere la denuncia dell'Infortunio, con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico e di tutta la documentazione necessaria correlata, tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente, alla direzione della Compagnia di Assicurazione, o all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza.

La data di accadimento del Sinistro è quella in cui si è verificato l'Infortunio. In dettaglio:

- per la copertura decesso da Infortunio è la data del decesso;
- per la copertura coma irreversibile è la data di dichiarazione dello stato di coma irreversibile;
- per le coperture invalidità permanente da Infortunio e diaria da gessatura è la data dell'Infortunio;
- per la copertura diaria da Ricovero a seguito di Infortunio è la data del Ricovero;
- per le coperture invalidità permanente da malattia tropicale, invalidità permanente da malattia professionale e malattia grave per dirigenti è la data della diagnosi;
- per la copertura diaria da Inabilità Temporanea è la data della notifica.

La denuncia di Sinistro deve essere trasmessa entro 30 (trenta) giorni dal verificarsi dello stesso (o dal momento in cui il richiedente ne abbia ragionevolmente avuto la possibilità) e comunque non oltre due anni dalla data di cessazione della Polizza.

Si ricorda che l'Assicurato dovrà sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia di Assicurazione, fornire alla stessa ogni informazione ritenuta utile e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.lgs. n. 196/2003.

Al fine di agevolare l'effettuazione della richiesta di pagamento dell'Indennizzo e a titolo di servizio alla clientela, la Compagnia di Assicurazione è disponibile a mettere a disposizione del richiedente:

- la versione aggiornata della Guida per la Liquidazione dei Sinistri contenente le istruzioni utili a procedere alla denuncia del Sinistro e l'elenco delle richieste, autorizzazioni e procure che il richiedente deve rilasciare alla Compagnia di Assicurazione per consentire alla medesima di presentare la richiesta di documentazione direttamente a terzi;
- un fac-simile del modulo di denuncia di Sinistro.

A partire dalla data di ricezione da parte della Compagnia di Assicurazione della denuncia di Sinistro verrà attivata la relativa procedura di accertamento.

Avvertenza: le denunce di Sinistro incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

Avvertenza: i Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dalla Compagnia di Assicurazione.

La Compagnia di Assicurazione, ricevuta la documentazione completa relativa ad un Sinistro, valutato il diritto all'Indennizzo da parte dell'Assicurato e quantificata un'offerta, si impegna ad effettuare il pagamento della Somma assicurata entro i successivi 30 (trenta) giorni dall'accettazione dell'offerta di liquidazione da parte dell'Assicurato.

La Compagnia di Assicurazione e il richiedente cooperano in buona fede nell'esecuzione del Contratto, con particolare riferimento alla fase di erogazione della Somma assicurata, e fanno quanto in loro potere, anche tenendo conto del principio di vicinanza alla prova, per acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del Sinistro o comunque rilevante ai fini della liquidazione della Somma assicurata.

ESTRATTO

GLOSSARIO

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
AMBULATORIO	la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE o ASSICURAZIONE	Il presente contratto di Assicurazione
BENEFICIARIO	Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. Salvo diversa indicazione pervenuta alla Compagnia in sede di sinistro, i beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi dell'Assicurato.
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE o IMPRESA	
CONTRAENTE	Il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di Assicurazione
ESTERO	Mondo intero. Escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino e il Paese di Residenza Principale.
FAMILIARE DIRETTO	Il coniuge, il figlio/a, i genitori, i fratelli, i suoceri, i generi, le nuore o i conviventi (purché risultanti da regolare certificazione) dell'Assicurato.
FRANCHIGIA	Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Compagnia di Assicurazione in caso di Sinistro.
INFORTUNIO	È considerato Infortunio, l'evento fortuito, violento ed esterno che abbia dato seguito in qualità di causa diretta ed esclusiva a lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INTERMEDIARIO	L'Agente regolarmente iscritto al relative Albo professionale
INVALIDITÀ PERMANENTE	Perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
MALATTIA	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
MASSIMALE	È l'importo massimo della prestazione della Società
OSPEDALE / ISTITUTO DI CURA	L'Ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che private, regolarmente autorizzati al Ricovero di malati. Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali case di convalescenza e/o Istituti simili
PAESE DI RESIDENZA PRINCIPALE	Lo Stato nel quale l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale.
POLIZZA	Il documento che prova l'Assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia di Assicurazione
RICOVERO	La permanenza dell'Assicurato nell'Ospedale/Istituto di Cura, pubblico o private, in qualità di paziente, per un periodo di 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento.
RISCHIO	La possibilità che si verifichi il Sinistro
SCOPERTO	È l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun Sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'Indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'Indennizzo, farlo assicurare da altri.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione
TESSERATO	Ogni calciatore non professionista, compresi i giovani di serie e lo staff tecnico, tesserato con la Società Sportive associate a Lega Pro, senza contratto economico oneroso depositato presso l'ufficio tesseramento di Lega pro o FIGC

Allegato A)

LESIONI APPARATO SCHELETRICO CRANIO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	7,00%
FRATTURA SFENOIDE	5,00%
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALA TINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	3,00%
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	4,00%
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	7,00%
FRATTURA ETMOIDE	3,00%
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	2,00%
FRATTURA OSSA NASALI	2,50%
FRATTURA MANDIBOLARE (PER LATO)	4,00%
LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA	5,00%
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	8,00%

COLONNA VERTEBRALE TRATTO CERVICALE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	6,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III°- IV°- V°- VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA	8,00%
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I-VERTEBRA	10,00%

TRATTO DORSALE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4,00%
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	8,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSALI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%

TRATTO LOMBARE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	8,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSALI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%

OSSO SACRO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	4,00%

FRATTURA I° METACARPALE	6,00%
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	3,00%
SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	4,00%

FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
POLLICE	4,00%
INDICE	3,00%
MEDIO	3,00%
ANULARE	2,00%
MIGNOLO	3,00%

FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
POLLICE	3,00%
INDICE	2,50%
MEDIO	2,00%
ANULARE	1,00%
MIGNOLO	2,00%

FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
INDICE	2,00%
MEDIO	1,00%
ANULARE	1,00%
MIGNOLO	2,00%

ARTO INFERIORE (DX o Sx) - FRATTURA FEMORE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
DIAFISARIA	6,00%
EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico)	10,00%
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	10,00%
FRATTURA ROTULA	4,00%

ARTO INFERIORE (DX o Sx) - FRATTURA TIBIA	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
DIAFISARIA	3,00%
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	5,00%
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	5,00%

ARTO INFERIORE (DX o Sx) - FRATTURA PERONE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
DIAFISARIA	2,00%
ESTREMITA' SUPERIORE (capitello o faccetta articolare tibiale)	3,00%

ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	4,00%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	5,00%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	6,00%

PIEDE - TARSO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA ASTRAGALO	6,00%
FRATTURA CALCAGNO	7,00%
FRATTURA SCAFOIDE	3,00%
FRATTURA CUSOIDE	4,00%
FRATTURA CUNEIFORME	1,00%

PIEDE - METATARSI	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA I° METATARSALE	4,00%
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	2,00%

PIEDE - FALANGI	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA ALLUCE (I° o II° Falange)	2,50%
FRATTURA I° o II° o III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	1,00%

LESIONI DENTARIE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	0,70%
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	0,20%
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	0,50%
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	1,00%
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	0,50%
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	0,75%
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	1,50%
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)	1,00%
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	0,25%
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	0,50%

LESIONI PARTICOLARI	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	8,00%
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	10,00%
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	15,00%
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	10,00%
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	40,00%
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) -non cumulabile-	20,00%
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) -non cumulabile-	40,00%
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' DEL RETTO -non cumulabile-	15,00%
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	40,00%

AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	60,00%
COLECISTECTOMIA -non cumulabile-	5,00%
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	4,00%
SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	6,00%
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	10,00%
PORTATORE ASINTOMATICO ANTICORPO POSMVO (HIV+)	4,00%
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE - non cumulabile-	50,00%
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	3,00%
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	5,00%
LOBECTOMIA POLMONARE	15,00%
PNEUMONECTOMIA	30,00%
PROTESI SU AORTA TORACICA	20,00%
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	15,00%
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	35,00%
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	25,00%
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	100,00%
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	12,00%
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	50,00%
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	30,00%
CORDECTOMIA	15,00%
EMILARINGECTOMIA	25,00%
LARINGECTOMIA	50,00%
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	70,00%
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	8,00%
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	15,00%
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima-trattata/e chirurgicamente-)	8,00%
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	4,00%
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	20,00%
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	25,00%
PATELLECTOMIA TOTALE	10,00%
PATELLECTOMIA PARZIALE	4,00%
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	5,00%
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	25,00%
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	30,00%
ISTERECTOMIA (non cumulabile)	20,00%
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	30,00%
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	5,00%
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (documentate fotograficamente)	30,00%
PTOSI PALPEBRALE	5,00%
EVIRAZIONE COMPLETA	45,00%
PERDITA DEL PENE	35,00%
IMPOSSIBILITA' ALL'EREZIONE	25,00%
CASTRAZIONE	25,00%

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente)-noncumulabile-	9,00%
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DELBICIPITE BRACHIALE (trattatachirurgicamente)	5,00%
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattatachirurgicamente)	7,00%

ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) - valore massimo per ogni dito	3,00%
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICE FEMORALE (trattata chirurgicamente) - non cumulabile	6,00%
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	4,00%
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	7,00%
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	5,00%
LUSSAZIONE STERNO-CLAVARE (trattata chirurgicamente)	3,00%
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVARE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	6,00%
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente) - non cumulabile	5,00%
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente) - valore massimo per ogni dito	2,50%
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	10,00%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	2,00%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	1,00%
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	5,00%
LESIONE DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTOTIBIALE (trattate chirurgicamente) - non cumulabili tra loro	8,00%
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro	2,50%
LESIONE TENDINEROTULEO (trattata chirurgicamente)	2,50%
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONE-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro	6,00%
LUSSAZIONE ULNOCARPICA	3,00%
LUSSAZIONE ROTULA	3,00%
LUSSAZIONE TIBIOTARSICA	6,00%
LUSSAZIONE VERTEBRALE	5,00%

AMPUTAZIONI - ARTO SUPERIORE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	80,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	70,00%
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	65,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	52,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	58,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	56,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	50,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	44,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	45,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	42,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	47,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	38,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	43,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	40,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	32,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	37,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	30,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	35,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	35,00%

AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	28,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	33,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	24,00%
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	22,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	27,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	18,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	23,00%
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	20,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	20,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	14,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	10,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	7,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	12,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	13,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	5,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	3,50%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	2,50%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	4,50%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	10,00%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	8,00%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	6,00%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	9,00%

AMPUTAZIONI - ARTO INFERIORE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	70,00%
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	65,00%
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	65,00%
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	50,00%
PERDITA DI UN PIEDE	45,00%
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	27,00%
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	100,00%
PERDITA DELL'ALLUCE	6,00%
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	3,00%
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	1,00%

LESIONI SISTEMANERVOSO PERIFERICO (Permanenti-Stabilizzati) ARTO SUPERIORE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	60,00%
SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE ERB C5-D1	45,00%
SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE KLUMPKE	45,00%
PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE	18,00%
PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE	35,00%
PARALISI BASSA NERVO RADIALE	25,00%
PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO	40,00%
PARALISI COMPLETA NERVO ULNARE	25,00%
PARALISI BASSA NERVO ULNARE	20,00%

LESIONI SISTEMI NERVOSO PERIFERICO (Permanenti-Stabilizzati) ARTO INFERIORE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARE D12-L4	35,00%
PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE	30,00%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	45,00%
PARALISI BASSA NERVO SCIATICO	38,00%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO PLOPITEO ESTERNO	20,00%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO PLOPITEO INTERNO	22,00%

LESIONI SISTEMI NERVOSO CENTRALE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
EPILESSIA POSTTRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SPORADICHE	15,00%
EPILESSIA POSTTRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SETTIMANALI	30,00%
PARAPARESIA CON DEFICIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITA' DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	40,00%
MONOPARESIA DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITA' AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	40,00%
MONOPARESIA DI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	35,00%

USTIONI - CAPO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	3,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DELL'11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	10,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 16-25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	14,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	18,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	5,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 30% DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	10,00%

USTIONI - ARTI SUPERIORI E INFERIORI	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	5,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	10,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 31-50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	15,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DI OLTRE IL 50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	20,00%