

ESTRATTO POLIZZA

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 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.

Art. 2 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 consegna 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.

Sono fatte salve le azioni di rivalsa da parte della Compagnia nei confronti dell'Intermediario nel caso di omesso 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.

Il Contratto di Assicurazione ha effetto dalle ore 23:59 del giorno 30/06/2024 sino alle ore 00:00 del giorno 01/07/2025 e avrà quindi una durata di anni UNO.

Art. 3 TACITO RINNOVO

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 o altro mezzo equivalente, con un preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza.

Art. 4 MODIFICHE DELLE CIRCOSTANZE CHE INFLUISCONO SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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.

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

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.

Art. 5 RINUNCIA AL RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Le Parti rinunciano espressamente alla facoltà di recedere dal Contratto di Assicurazione a seguito di Sinistro.

Art. 6 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Compagnia di Assicurazione altre eventuali assicurazioni per i medesimi rischi che i calciatori assicurati avessero in corso o stipulassero successivamente.

Art. 7 ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'Infortunio, sulle sue conseguenze, nonché sull'applicazione dell'Art. 24 (Determinazione dell'Invalidità Permanente - Tabella INAIL), 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 8 ASSICURAZIONI PER CONTO ALTRUI

Il presente Contratto di Assicurazione è stipulato per conto altrui, pertanto gli obblighi derivanti dallo stesso devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi delle disposizioni dell'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 9 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato e la Compagnia di Assicurazione sono tenuti devono essere fatte con PEC, lettera raccomandata o altro mezzo certo.

Art. 10 ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE

Il presente Contratto di Assicurazione non è sostitutivo di eventuali assicurazioni obbligatorie per legge ma opera in aggiunta ad esse.

Art. 11 PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

A) Per limite d'età

L'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del Premio successiva al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato e relativamente a quest'ultimo.

B) Per gravi affezioni

Premesso che non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.). In ogni caso l'Assicurazione cessa, per l'Assicurato, al manifestarsi di tali affezioni senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Art. 12 ONERI FISCALI

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

Art. 13 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 14 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è prestata a favore di tutti gli sportivi professionisti tesserati alle società calcistiche, partecipanti ai Campionati LEGA PRO (vedere definizione di tesserato).

Nei limiti delle somme convenute in Polizza nonché alle condizioni che seguono ed in relazione alle prestazioni di cui all'Art. 18 - Garanzie prestate, la copertura assicurativa riguarda i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi nell'esercizio della suddetta attività calcistica praticata in forma professionistica nonché durante il percorso necessario per raggiungere il centro sportivo presso cui si svolgono gli allenamenti e/o competizioni, percorrendo il tratto più breve anche con gli ordinari mezzi di locomozione.

Art. 15 VALIDITÀ DELLA COPERTURA E IDENTIFICAZIONE PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione è operante per tutti i professionisti tesserati salvo che la società calcistica di appartenenza non abbia fatto espressa comunicazione di non inserimento in copertura alla LEGA PRO; pertanto ai fini della copertura si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione della stessa, la quale - a semplice richiesta della Compagnia di Assicurazione - si obbliga ad esibirli in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso.

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. 16 PARIFICAZIONE AD INFORTUNIO

Sono considerati Infortunio:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione involontaria o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;

- f) la folgorazione;
- g) le affezioni ed avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- h) le lesioni muscolari determinate da sforzo, con esclusione dell'infarto.

Art. 17 ESTENSIONI

Sono altresì indennizzabili ai sensi di Polizza:

- a) gli Infortuni cagionati con colpa grave dell'Assicurato, imperizia e negligenza, nonché quelli cagionati da tumulti popolari, sommosse e atti violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente;
- b) gli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, a parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile. Resta convenuto che la presente estensione è operante per il solo caso di morte e che la Compagnia di Assicurazione corrisponderà un importo massimo pari al 50% (cinquanta per cento) dell'Indennizzo dovuto a termini di Polizza;
- c) gli Infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su aeromobili da chiunque eserciti, esclusi:
 - il lavoro aereo e attività pericolose di volo;
 - i viaggi aerei su aeromobili eserciti da aeroclub;
 - i viaggi aerei comunque effettuati, con alianti, motoalianti, aerostati, dirigibili.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

- d) gli Infortuni derivanti da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare che l'Assicurato subisca fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un massimo di quattordici giorni dall'insorgere di tali eventi, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello Stato Estero.

Art. 18 GARANZIE PRESTATE

La copertura per ogni Assicurato viene prestata per le seguenti garanzie e somme assicurate:

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Caso Morte: | Euro 100.000,00 (centomila) |
| Caso Invalidità Permanente: | Euro 100.000,00 (centomila) |

A) MORTE

La garanzia riguarda l'Infortunio che ha come conseguenza la morte. L'Indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. La garanzia è prestata anche se la morte si verifica successivamente alla scadenza della Polizza, ma comunque, entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

B) INVALIDITÀ PERMANENTE

La garanzia riguarda l'Infortunio che ha come conseguenza una Invalidità Permanente.

La garanzia è prestata anche se l'insorgere della Invalidità Permanente si verifica successivamente alla scadenza della Polizza, ma, comunque, entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

Art. 19 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 20 RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

- a) gli Infortuni causati da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, dalla sua partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti violenti in genere;
- b) gli Infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se lo stesso è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) gli Infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di aeromobili, nonché quelli occorsi in qualità di membro dell'equipaggio;
- d) gli Infortuni causati da stato di ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere, nonché quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ed intossicazioni da esse derivanti, salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico;
- e) le conseguenze di interventi chirurgici, di accertamenti e di cure mediche non resi necessari da Infortunio indennizzabile;
- f) gli Infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare, salvo quanto stabilito all'Art. 17 lettera d)
- g) le conseguenze dirette ed indirette derivanti dallo sviluppo comunque insorto di energia nucleare o di radioattività;
- h) le conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;
- i) gli Infortuni subiti dall'Assicurato a seguito di azioni o comportamenti del medesimo direttamente correlati alle seguenti patologie: sindromi organiche cerebrali, epilessia, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI DA INFORTUNIO

Art. 21 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso **all'Intermediario L3 Sas Societa' Agente Assicurazioni**, alla quale è assegnata la Polizza oppure alla Compagnia di Assicurazione 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.

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 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 15 (quindici) 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.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato o, in caso di morte i Beneficiari (i.e. eredi legittimi o testamentari, salvo diversa indicazione che perviene in sede di sinistro) devono consentire alla Compagnia di Assicurazione le indagini, le valutazioni e gli accertamenti da questa ritenuti necessari. L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Compagnia di Assicurazione e a fornire copia di tutta la documentazione sanitaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura. **L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.**

Art. 22 LIQUIDAZIONE AI BENEFICIARI PER LA MORTE DELL'ASSICURATO

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, secondo la previsione dell'Art. 18 lettera A), la Compagnia di Assicurazione corrisponderà l'Indennizzo agli eredi legittimi, salvo diversa indicazione pervenuta in sede di sinistro, in parti uguali

Se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente ed in conseguenza dell'Infortunio subito l'Assicurato muore, la Compagnia di Assicurazione corrisponderà ai Beneficiari soltanto la differenza tra l'Indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 23 CONDIZIONI PATOLOGICHE PREESISTENTI CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia di Assicurazione corrisponderà l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'Infortunio, che siano indipendenti da minorazioni e da condizioni patologiche preesistenti. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla tabella INAIL saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 24 DETERMINAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE – TABELLA INAIL

Se l'Infortunio ha come conseguenza una Invalidità Permanente, secondo la previsione dell'Art. 18 (Garanzie prestate) – lettera B), per la valutazione delle menomazioni si farà riferimento alla Tabella INAIL di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.

Nel caso di Invalidità Permanente non specificata nella TABELLA INAIL, l'Indennizzo è stabilito in riferimento ai criteri di indennizzabilità di cui al precedente articolo 23), tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Per le minorazioni funzionali, anziché le perdite di un arto o di un organo, le percentuali indicate nella TABELLA INAIL sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

Per le menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità, calcolata sulla base dei valori indicati nella TABELLA INAIL e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto della applicabilità di presidi correttivi.

Art. 25 LIQUIDAZIONE INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE E RELATIVE FRANCHIGIE

Le Condizioni di assicurazione prevedono Franchigie e massimali per il cui dettaglio si rinvia alle a quanto riportato nella presente scheda di Polizza:

- 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 decorrenza della quale la Compagnia di Assicurazione presta l'Assicurazione. La Compagnia di Assicurazione corrisponde le somme dovute a titolo di Indennizzo entro il massimale convenuto.

La liquidazione per Invalidità Permanente verrà effettuata sull'intera somma assicurata in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato con le modalità che seguono:

- non si fa luogo ad Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa risulta di grado non superiore al 15% (quindici per cento);
- se invece il grado di Invalidità Permanente risulti superiore al 15% (quindici per cento), l'Indennizzo verrà liquidato con deduzione di una Franchigia pari al 5% (cinque per cento).

Qualora l'Invalidità Permanente accertata risulti di grado superiore al 65% (sessantacinque percento) della totale, la Compagnia di Assicurazione liquida l'Indennità senza deduzione di alcuna Franchigia.

SOLO PER I CALCIATORI

In caso di Invalidità Permanente accertato di grado superiore al 15% (quindici percento) della totale, ai fini del calcolo dell'Indennizzo resta inoltre inteso che - in relazione all'età dell'Assicurato al giorno del Sinistro – il grado di Invalidità Permanente accertato a termini di Polizza, detrato della Franchigia del 5% (cinque percento), verrà maggiorato delle percentuali qui di seguito riportate:

- 25% (venticinque percento) di maggiorazione per calciatori di età pari o inferiore a 30 (trenta) anni;
- 15% (quindici percento) di maggiorazione per calciatori di età superiore a 30 (trenta) anni.

Qualora l'Invalidità Permanente accertata risulti di grado superiore al 65% (sessantacinque percento) della totale la Compagnia di Assicurazione non applicherà la detrazione della Franchigia del 5% (cinque percento) prima di applicare la maggiorazione.

Art. 26 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

Art. 27 LIMITE DI INDENNIZZO PER SINISTRO COLLETTIVO

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 5.000.000,00 (cinque milioni).

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

ESTRATTO POLIZZA

GLOSSARIO

| | |
|--|---|
| ASSICURATO | Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. |
| 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 | Cattolica Assicurazioni |
| 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 | Il Broker o 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. |
| 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 |
| SINISTRO | Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione |
| TESSERATO | Per Tesserato si intende convenzionalmente: <ul style="list-style-type: none"> - il Calciatore professionista - ogni altra figura di Tecnico prevista dal Regolamento del Settore Tecnico F.I.G.C. - i Direttori sportivi che abbiano in essere con la società Sportiva assicurata un rapporto di lavoro subordinato o autonomo - tutti con contratto economico oneroso depositato presso l'ufficio tesseramento di Lega Pro o di FIGC. |