

**CONVENZIONE ASSICURATIVA INFORTUNI
PER CONTO E A FAVORE DEI TESSERATI
AL MOVIMENTO SPORTIVO POPOLARE ITALIA,**

Tra il MOVIMENTO SPORTIVO POPOLARE ITALIA in seguito denominato Contraente o Ente e la Compagnia AIG Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia , in seguito denominata Impresa o Assicuratore, viene stipulata la seguente Convenzione Infortuni a favore dei Tesserati al Movimento Sportivo Popolare Italia.

Le prestazioni garantite sono disciplinate nell'allegato "REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER IL MOVIMENTO SPORTIVO POPOLARE ITALIA".

Tale regolamento, forma parte integrante della presente Convenzione.

Art. 1. Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative è la Tessera numerata regolarmente registrata.

Art. 2. Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 1, con inizio dalle ore 24.00 del 31 dicembre 2014 e termina alle ore 24.00 del 31 dicembre 2015.

Art. 3. Obblighi dell' Ente

L' Ente si impegna a comunicare all'Impresa tutte le modifiche delle normative riguardanti l'Ente e ogni altra circostanza che comporti una variazione od un aggravamento del rischio, ai sensi di quanto previsto dall' art. 1898 del Codice Civile, riservandosi in ogni caso l'Impresa la facoltà di recedere dall' accordo.

Art. 4. Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Sede Nazionale MSP Italia via C. Colombo , 436- 00145 ROMA entro 3 giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui l' Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del Codice Civile.

Art. 5. Foro competente- clausola arbitrale

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

dall'altra parte, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

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

Art. 6. Determinazione del premio -Incasso degli acconti e regolazione del premio

Premesso che:

i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva Sezione Premi;

l'importo complessivo previsto alla Sezione Premi (numero adesioni –premio unitario - premio totale), deve considerarsi quale premio minimo anticipato all'Assicuratore per ciascun anno assicurativo,

si conviene che:

il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio sarà computato effettuando la somma (positiva e/o negativa) dei premi per singola categoria di assicurati sulla base degli effettivi assicurati.

Entro la data del 31 marzo 2016 la Contraente fornirà all'Assicuratore elenco riportante il numero degli Assicurati suddivisi per categoria e/o tipo di tessera associativa e tipo di copertura assicurativa prestata, riferiti all'anno assicurativo trascorso, affinché l'Assicuratore stesso possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

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

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

Art. 7 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla Assiteca S.p.A. e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker, il quale tratterà con l'Impresa Assicuratrice..

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che devono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker si intenderanno come fatte all'Impresa.

L'opera del broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato assicurativo dalle Compagnie di assicurazione aggiudicatarie della presente Convenzione con un'aliquota

provvisoria da applicarsi ai premi imponibili della Convenzione.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker, anche per il tramite dei suoi Collaboratori del cui operato espressamente risponde, si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2005.

Art. 8 Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, rimane stabilito che:

ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, restando tuttavia inteso che la Società coassicuratrice designata quale delegataria è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in espressa deroga all'art. 1911 del Codice Civile;

tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicuratrice Delegataria e del Contraente ed ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;

i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente al Broker che provvederà a rimmetterli a ciascuna Coassicuratrice in ragione della rispettiva quota di partecipazione al riparto di coassicurazione. Relativamente al presente punto, in caso di revoca dell'incarico al broker, e successivamente alla cessazione dello stesso, il pagamento dei premi potrà essere effettuato dal Contraente anche unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici;

con la firma del presente contratto le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta sui detti documenti dalla società Delegataria li rende validi ad ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

Relativamente ai premi scaduti, la delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

**REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE
PER L' ASSICURAZIONE INFORTUNI A FAVORE DEGLI ISCRITTI
AL MOVIMENTO SPORTIVO POPOLARE ITALIA**

DEFINIZIONI

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Associato

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

Beneficiario

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

Day Hospital

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

Indennizzo

La somma dovuta dall' Assicuratore in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento improvviso che si verifichi, indipendentemente dalla volontà dell'assicurato e produca lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente.

Invalidità permanente

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

Inabilità temporanea

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

Trattamento chirurgico

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

Istituto di cura

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

Ricovero

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

Premio

La somma dovuta dal Contraente all' Assicuratore.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

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

Tesserato

Ogni singolo soggetto tesserato al Movimento Sportivo Popolare Italia.

Massimale

L'importo massimo della prestazione dell'Assicuratore.

Scoperto

L'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell' Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1. Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione, a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali M.S.P. ITALIA abbia ufficialmente aderito.

Art. 2. Nuovi Tesserati

La Contraente e l'Impresa prendono atto e convengono che i premi relativi a ciascun tesserato sono da considerarsi su base annua anche se l'iscrizione al M.S.P. ITALIA risulti successiva alla data di inizio annuale della Convenzione.

L'Impresa rende noto di essere a conoscenza che la campagna di tesseramento potrà avvenire tanto su base anno solare (dal 31/12 al 31/12 anno successivo) che per annualità sportiva (31/08 – 31/08 anno successivo). Pertanto, in caso di sinistro, la validità della copertura assicurativa sarà subordinata, indipendentemente dal tipo di tesseramento (anno solare - annualità sportiva), al possesso da parte dell'infortunato della Tessera MSP Italia in regolare corso di validità (art.1 della Convenzione "Titoli che danno diritto all'assicurazione").

Art. 3. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio -Variazioni del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (ex artt. c.c. 1892, 1893 e 1894).

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

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

Art. 4. Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento delle rate di premio così come indicato in polizza.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui consegna il titolo che dà diritto all'assicurazione, ai sensi dell'art. 1 "Titoli che danno diritto all'assicurazione" della precedente Sezione, e **cessa alle ore 24,00 del giorno successivo alla data di scadenza del titolo anzidetto.**

I premi devono essere pagati all'Assicuratore per il tramite del Broker.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31 dicembre 2014, ferme restando le scadenze convenute indicate ai commi successivi che verranno pagate dal Contraente alla Assiteca S.p.A. .

In caso di infortunio dell'assicurato, l'Impresa provvede ad erogare la prestazione assicurativa anche in mancanza del Versamento del premio da parte dell'Ente, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti di quest'ultimo per l'intero importo indennizzato.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo a termini di regolamento, in data posteriore alla adesione alla Convenzione, l'Impresa esprime riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del sinistro.

L'assicurazione vale pregiudizialmente, solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi di Legge dello Statuto e dei Regolamenti dell' ENTE, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti dall'ENTE stesso, e concerne esclusivamente l'attività organizzata/autorizzata/ controllata/promossa/riconosciuta dalla organizzazione dell'ENTE.

Art. 5. Modifiche dell' Assicurazione

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

Art. 6. Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero. Il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato in Euro e comunque in Italia.

Art. 7. Rinvio alle norme di legge

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

Art. 8. Interpretazione del Contratto

In caso di eventuali dubbi di interpretazione sui contenuti delle clausole contrattuali, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

Art. 9. Foro competente

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

Art. 10. Tracciabilità dei flussi finanziari – Clausola risolutiva espressa.

In ottemperanza all'articolo 3 della legge numero 136 del 13 agosto 2010, l'Ente, l'Impresa e l'Intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per

la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie sono eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane Spa, il presente contratto s'intende risolto di diritto.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1. Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i Tesserati al Movimento Sportivo Popolare Italia.

Precisamente:

GRUPPO "A1": Soci/Atleti titolari di tessera " **Violet Card** ", durante la pratica di qualsiasi attività effettuata sotto l'egida del Contraente, salvo le pratiche sportive coperte con tessera specifica e salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO "A2": Soci/Atleti titolari di tessera " **Orange Card** ", durante la pratica di qualsiasi attività effettuata sotto l'egida del Contraente, salvo le pratiche sportive coperte con tessera specifica e salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni.

GRUPPO "A2 P": Soci/Atleti titolari di tessera " **Orange Card Polisportiva** ", durante la pratica di qualsiasi attività effettuata sotto l'egida del Contraente, salvo gli Sport Motoristici / Equestri e salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni.

GRUPPO "A3": Soci/Atleti titolari di tessera " **Green Card -First option** ", durante la pratica di qualsiasi attività effettuata sotto l'egida del Contraente, salvo le pratiche sportive coperte con tessera specifica e salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni.

GRUPPO : Soci/Atleti titolari di tessera " **Soccer Card** ", durante la pratica del gioco calcio in tutte le sue forme effettuata sotto l'egida del Contraente, salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO : Soci/Atleti titolari di tessera " **Card Arti Marziali** ", durante la pratica di qualsiasi Arte Marziale effettuata sotto l'egida del Contraente, salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO "Tesserati Sport motoristici ", titolari di tessera " **Card Motori** " durante

la pratica delle attività sportive del Motociclismo e dell'Automobilismo in genere , tutte esercitate in forma dilettantistica ed effettuata nel rispetto delle Norme di legge , dei Regolamenti MSP Italia , comunque autorizzate e svolte sotto l'egida del Contraente , salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO "Tesserati Equitazione ", titolari di tessera "**Card Equitazione**" durante la pratica delle attività sportive/ricreative dell'Equitazione in tutte le sue forme , tutte esercitate in forma dilettantistica ed effettuate nel rispetto delle Norme di legge , dei Regolamenti MSP Italia , comunque autorizzate e svolte sotto l'egida del Contraente , salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO "Tesserati Sport Estremi ", titolari di tessera "**Extreme Card** " durante la pratica delle attività sportive del Surf, Kitesurf, Bodyboard, Windsurf, Rugby, Pallagrossa, Calcio Fiorentino, Snowboard, Skateboard, Rafting, Hydrospeed, Parkour , tutte esercitate in forma dilettantistica , salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO : Soci/Atleti Under 16 , titolari di tessera "**Young Card**" durante la pratica di qualsiasi attività effettuata sotto l'egida del Contraente, salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO : Soci/Atleti Disabili titolari di tessera "**SPECIAL Card**" durante la pratica di qualsiasi attività effettuata sotto l'egida del Contraente, salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO "B": Tesserati titolari di tessera "**Blue Card , Red Card e Grey Card** " così suddivisi per qualifica:

Blue Card – Presidenti e/o Responsabili Legali

Red Card – Dirigenti, funzionari, medici, direttori sportivi

Grey Card – Tecnici/istruttori, allenatori, , giudici/arbitri, cronometristi

limitata al solo ruolo ricoperto e all'attività svolta nell'ambito e per conto del Contraente, salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO "C": Tesserati titolari di tessera "**Violet Card – Copertura Giornaliera**" per i Partecipanti alle manifestazioni giornaliere indette e organizzate dal Contraente o da altre associazioni a cui il Contraente è collegato o convenzionato e che lo stesso Contraente abbia precedentemente comunicato.

Il Contraente dovrà comunicare all'Impresa, entro le 48 ore successive alla data di inizio della manifestazione i seguenti dati:

- Denominazione della manifestazione da assicurare;
- Elenco e numero dei partecipanti (non tesserati);
- Decorrenza e durata della manifestazione

Art. 2. Limiti di età

L'assicurazione viene prestata senza limiti di età.

Art. 3. Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni che producano:

la morte

invalidità permanente

spese di cura

ricovero

applicazione di gessatura

L'Assicurazione, nei termini e con i limiti in seguito indicati, vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente, a titolo esemplificativo e non limitativo:

in occasione di assemblee, riunioni organizzative, gare, allenamenti, riunioni di Consiglio Nazionale, Regionale, Provinciale, incarichi, missioni o altre attività rientranti negli scopi del Movimento Sportivo Popolare Italia e/o per il funzionamento dei suoi organi,

in occasione di attività sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o riconosciute e/o organizzate sotto l'egida del Movimento Sportivo Popolare Italia, gare, allenamenti (anche individuali), durante le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara o di allenamento, durante lo svolgimento di concorsi e/o manifestazioni sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o organizzate sotto l'egida del Movimento Sportivo Popolare Italia per tutte le attività e discipline riconosciute.

durante l'espletamento del mandato sportivo, anche in occasione di gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della M.S.P. ITALIA, riunioni organizzative, incarichi, missioni o altre attività rientranti negli scopi della Movimento Sportivo Popolare Italia;

durante l'espletamento delle attività di volontariato di protezione Civile inclusi gli addestramenti.

durante la pratica di tutte le attività formative, culturali, turistiche, di volontariato e del tempo libero, previste fra le finalità statutarie dell'ENTE svolte anche attraverso accordi e Convenzioni con altri soggetti Pubblici o Privati.

Art. 4. Equiparazione ad infortunio -Estensioni di garanzia

Sono equiparati ad infortunio le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l' evento traumatico; determinati da lesioni da sforzo e le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari, distacco retina.

La garanzia è estesa anche agli infortuni:

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

Art. 5. Esclusioni

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

uso e guida di natanti a motore e mezzi di locomozione subacquea;
abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
guida e uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerea salvo quanto espressamente previsto al successivo art.11 ;
azioni delittuose dell' assicurato;
movimenti tellurici, inondazioni, ed eruzioni vulcaniche;
guerra e insurrezione , salvo per i primi 14 giorni qualora l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace; ;

trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
da detenzione od impiego di esplosivi.
da operazioni chirurgiche, trattamenti e cure mediche, non resi necessari da infortunio;
da atti dolosi compiuti o tentati dall' Assicurato;
Infarto;

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni direttamente derivanti dalla pratica di:

Caccia, Speleologia - guidoslitta – alpinismo- escursionismo con accesso a nevali o ghiacciai e arrampicata libera (1) ;
salto dal trampolino con sci e idrosci ;
paracadutismo in tutte le sue forme - sport aerei e di volo in genere (non è esclusa la pratica del Kite Surf) ;

A parziale deroga / integrazione della lettera "l" " l'assicurazione si intende operante per gli Infortuni derivanti dalla pratica della seguenti attività purché svolte alla presenza di Istruttori qualificati :

Arrampicata Sportiva con Assicurazione vale a dire con l'utilizzo di misure e dispositivi di sicurezza che l'arrampicatore deve utilizzare per arrestare l'eventuale caduta durante la salita di una parete , come ad esempio : Corda, imbracatura , moschettoni, rinvii, freno, e punto di ancoraggio, Fix e Fittoni.

Si intende espressamente esclusa l'arrampicata senza assicurazione, compiuta in assenza di dispositivi di sicurezza.

Art. 6. 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 ai momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire. Se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente sana, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche, ma sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art. 7. Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che la Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Imprese per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, invalidità permanente, ad eccezion fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

Art. 8. Rinuncia alla rivalsa

L' Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di

surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 9. Persone non assicurabili

La garanzia assicurativa, non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezioni HIV, dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche - cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.

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

In deroga a quanto sopra riportato , la copertura deve intendersi valida a tutti gli effetti per tutte le attività svolta dai titolari della tessera “SPECIAL” anche se affetti dalle patologia sopra descritte.

Art.10 Criteri di indennizzabilità

L'Impresa 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.

Per i soli titolari della tessera “Special” in caso di invalidità/Lesioni preesistenti l'Impresa corrisponde l'indennizzo senza tener conto dell'influenza che queste possano aver avuto sull'infortunio, quantificando l'esito dell'invalidità/lesione prodotte dall'infortunio in base alla tabella Lesioni (allegato “A”)

Art. 11. Rischio volo

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

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

La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è disceso.

Resta inteso che le somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dalla stessa Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative non potrà superare i capitali per persona di:

-Euro 1.032.913,80 per il caso di Morte

-Euro 1.032.913,80 per il caso di invalidità permanente totale

-Euro 258,23 giornaliera per il caso di inabilità temporanea

e complessivamente, per aeromobile, di:

-Euro 15.000.000,00 per il caso di Morte

-Euro 15.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale

-Euro 5.164 ,57 giornaliera per il caso di inabilità temporanea.

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

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

La garanzia inizia dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui scende.

Art. 12. Prestazioni

Caso Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell' Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio, l' Assicuratore liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi.

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, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l' Assicurato muore, l' Assicuratore corrisponde ai beneficiari la differenza fra l' indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove questa sia maggiore.

Qualora, a seguito di un infortunio, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, l' Assicuratore liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell' istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 Cod. Civ. . Se, dopo che è stato pagato l'indennizzo, risulta che l' Assicurato è vivo, l' Assicuratore avrà diritto alla restituzione entro 30 giorni dalla richiesta della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Caso Invalidità Permanente

L'indennizzo per Invalidità Permanente è determinato mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri di cui alla tabella A allegata alla presente Convenzione.

Per le sole lesioni corporali che non trovano riscontro nella tabella Lesione- allegato” A” , l'indennizzo per Invalidità Permanente è determinato mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri indicati nel DPR 30giugno 1965 n.1124.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo 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. 10.

Per i soli titolari della tessera "Special" l'Impresa corrisponde l'indennizzo senza tener conto di invalidità/Lesioni preesistenti e dell'influenza che queste possano aver avuto sull'infortunio, quantificando l'esito dell'invalidità/lesione prodotte dall'infortunio in base alla tabella Lesioni (allegato "A")

Precisazioni:

Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.

Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.

Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.

Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)

Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.

Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.

I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.

Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.

Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà venti volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.

Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.

Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.

Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa".

In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.

L' indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.

Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrariscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.

Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Franchigia

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al la percentuale di franchigia identificata per ciascuna categoria nell'ambito della tabella di cui alla sezione "Somme assicurate"

Per invalidità permanente superiore a tali percentuali, l'indennizzo verrà corrisposto per la sola parte eccedente.

Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado non inferiore al 50%, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

Invalidità permanente – anticipo indennizzo

Qualora trascorsi tre mesi dal termine delle cure mediche, sia prevedibile che all'Assicurato residui un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 25%, l'Impresa – quando richiesta - corrisponderà all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Rimborso spese Mediche a seguito di infortunio

In caso di Infortunio indennizzabile, l'Impresa rimborsa, entro il limite della somma assicurata a questo titolo, le spese effettivamente sostenute per:

Prestazioni sanitarie relative al ricovero, ad intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/ o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.):

onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);

onorari dei medici, assistenza medica, infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici ;

rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.
prestazioni sanitarie sostenute nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico o all'infortunio che non abbia determinato ricovero o intervento chirurgico:

Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;

Cure mediche, fisioterapiche anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;

Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici ,rieducativi , riabilitativi;

Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;

Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

Il trasporto dell'Assicurato con Ambulanza o qualsiasi altro mezzo adibito al trasporto di feriti dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso. La garanzia viene prestata con il limite di € 1.000,00 per sinistro e per anno con l'applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo € 50,00.

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

La garanzie previste nel presente articolo si intendono estese ai casi di forzata completa immobilità, limitatamente alle frattura vertebrale anche se non dovesse comportare ricovero.

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 50,00 per evento.

Per la sola categoria Socio/Atleta titolare della tessera "Integrativa Extreme "il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 250,00 per evento.

Relativamente alle spese odontoiatriche derivanti da infortunio indennizzabile a termini della presente polizza, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 2.000,00 per anno e per persona.

Relativamente alle spese per cure/ trattamenti fisioterapici, rieducativi, riabilitativi la garanzia si intende prestata con il limite di € 1.500,00 per anno e per persona ed un massimo di € 50,00 per singola prestazione.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate.

Diaria da ricovero e/o gesso

In caso di infortunio che renda necessario:
ricovero in Istituto di Cura

l'applicazione di gessatura

l'Impresa corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero e/o gessatura.

Si intende per gessatura anche l'applicazione di ogni tipo di **apparecchio immobilizzante** (fisso o rimovibile), , escluso il collare Schanz, effettuata da personale medico o paramedico in relazione a frattura e/o lussazione radiologicamente accertata attraverso qualsiasi mezzo messo a disposizione dalla moderna diagnostica radiologica (oltre alla radiologia standard, ad esempio TAC, Risonanza Magnetica, Ecografia, ecc.)

E' parificato a gessatura il periodo di immobilità dovuta a frattura accertata delle ossa del bacino e della colonna vertebrale, con prescrizione di riposo a letto certificata dal medico curante o da un medico specialista.

Il giorno di ricovero o di applicazione della gessatura e quello di dimissione o della rimozione, ai fini della definizione del periodo di indennizzo, viene considerato un giorno unico.

La diaria verrà corrisposta a decorrere dal 6° giorno successivo a quello del ricovero/immobilizzazione con un massimo di 30 giorni per Infortunio. In presenza di ricovero e immobilizzazione viene applicata una sola franchigia di 5 giorni .

Per la Categoria Socio/Atleta titolare della tessera Calcio e Arti Marziali in caso di Infortunio che interessi contemporaneamente le garanzie C. Rimborso spese Mediche a seguito di infortunio e D. Diaria da ricovero e/o gesso, l'importo totale liquidabile dalla Società (Rimborso + Diaria) non potrà essere in nessun caso superiore ad euro 600,00.

Nelle Coperture Integrative in caso di Infortunio che interessi contemporaneamente le garanzie C. Rimborso spese Mediche a seguito di infortunio e D. Diaria da ricovero e/o gesso, l'importo totale liquidabile dalla Società (Rimborso + Diaria) non potrà essere in nessun caso superiore ad euro 6.000,00.

Nella Copertura Tutela Giovani in caso di Infortunio che interessi contemporaneamente le garanzie C. Rimborso spese Mediche a seguito di infortunio e D. Diaria da ricovero e/o gesso, l'importo totale liquidabile dalla Società (Rimborso + Diaria) non potrà essere in nessun caso superiore ad euro 10.000,00.

Art. 13. Estensioni speciali

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, sarà aumentata del 100%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo delle entità della percentuale di invalidità permanente, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, all'assicurato verrà corrisposto il 20% dell'indennizzo erogato per lesioni.

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, l'Impresa, 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.

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.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Nel caso di nel caso di morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € 5.000,00.

Avvelenamenti

Nel caso di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € 5.000,00.

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Nel di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € 5.000,00

Danno estetico

Si conviene che l'Impresa rimborserà fino ad massimo di € 2.600,00, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza. Tale estensione di garanzia si intende valida solo ed esclusivamente per gli assicurati di età inferiore ai 16 anni .

Art. 14. Controversie sulla natura degli infortuni

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità , le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei 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 dei 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. 15. Denuncia degli infortuni obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che le hanno determinate, corredata da ogni documentazione clinica atte ad accertare le lesioni subite e la loro indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto utilizzando i modelli di "Denuncia Infortunio" predisposti dal MSP Italia ed inviata alla Sede Nazionale di MSP Italia via C. Colombo, 436 – 00145 ROMA **entro 3 giorni** lavorativi dalla data dell'evento stesso e/o dal momento in cui l'Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto, la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del codice civile.

La documentazione di cui sopra deve consentire inequivocabilmente l'identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relativo referto, nel caso di fratture e/o lesioni particolari è necessario che il referto clinico radiologico evidenzi la diagnosi in modo chiaro e specifico e sia redatto da un Pronto Soccorso Pubblico e/o una Struttura Privata equivalente (clinica, casa di cura etc.).

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro per un valore equivalente.

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

Art. 16. Denuncia della morte e obblighi relativi

La denuncia della morte, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che l'hanno determinata, corredata dalla documentazione atta ad accertare l'indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto ed inviata Sede Nazionale di MSP Italia via C. Colombo, 436 – 00145 ROMA, entro 3 giorni dall'evento stesso e/o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto

stabilito dagli artt.1913 e 1915 del codice civile.

Art.17. Limite di indennizzo per singolo evento

In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati con la presente polizza convenzione, le somme delle garanzie di cui alla presente garanzia infortuni non potranno superare l'importo di Euro 5.000.000,00.

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti ad ogni assicurato in caso di sinistro sono ridotti con imputazione proporzionale ai capitali assicurati per le singole persone.

Art. 18 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

L'Impresa s'impegna a fornire mensilmente al Broker il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

SEZIONE
SOMME ASSICURATE-2015

A1- Categoria Socio/Atleta titolare della tessera **Violet Card**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 80.000,00
Invalità Permanente Franchigia Assoluta 9%	Euro 80.000,00 Tabella Allegato "A"

A2 - Categoria Socio/Atleta titolare della tessera **Orange Card**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 100.000,00
Invalità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 100.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€560,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00

A2 P - Categoria Socio/Atleta titolare della tessera **Orange Card Polisportiva**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 100.000,00
Invalità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 100.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€560,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00

A3 - Categoria Socio/Atleta titolare della tessera **Green Card -First option**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 120.000,00
Invalità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 120.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€3.000,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera - **Soccer Card**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 100.000,00
Invalità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 100.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche *	€560,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00
Diaria da ricovero e/o gesso*	€20,00 Diaria da Ricovero €10,00 Diaria da Gesso franchigia 5 gg massimo 30
* <u>In caso di Infortunio che interessi contemporaneamente le garanzie Rimborso spese Mediche e Diaria da ricovero e/o gesso l'importo totale liquidabile dalla Società (Rimborso + Diaria) non potrà essere in nessun caso superiore ad Euro 600,00.</u>	

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera – **Card Arti Marziali**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 100.000,00
Invalità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 100.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche *	€560,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00
Diaria da ricovero e/o gesso*	€20,00 Diaria da Ricovero €10,00 Diaria da Gesso franchigia 5 gg massimo 30
* <u>In caso di Infortunio che interessi contemporaneamente le garanzie Rimborso spese Mediche e Diaria da ricovero e/o gesso l'importo totale liquidabile dalla Società (Rimborso + Diaria) non potrà essere in nessun caso superiore ad Euro 600,00.</u>	

Categorie Socio/Atleta che pratica sport motoristici titolare di tessera

Card Motori Base

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 80.000,00
Invalità Permanente Franchigia Assoluta 9%	Euro 80.000,00 Tabella Allegato "A"

Categorie Socio/Atleta che pratica l'Equitazione titolare di tessera

Card Equitazione Base

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 80.000,00
Invalità Permanente Franchigia Assoluta 9%	Euro 80.000,00 Tabella Allegato "A"

Categorie Socio/Atleta i titolare di tessera

EXTREME Card

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 80.000,00
Invalità Permanente Franchigia Assoluta 9%	Euro 80.000,00 Tabella Allegato "A"

Categoria B -

titolare della tessera : **Red Card , Blue Card e Grey Card**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 100.000,00
Invalità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 100.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€1.200,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00

Categoria titolare della tessera **Green Card -Second option**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 150.000,00
Invalità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 150.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche *	€6.000,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00
Diaria da ricovero e/o gesso*	€30,00 Diaria da Ricovero €15,00 Diaria da Gesso franchigia 5 gg massimo 30
* <u>In caso di Infortunio che interessi contemporaneamente le garanzie Rimborso spese Mediche e Diaria da ricovero e/o gesso l'importo totale liquidabile dalla Società (Rimborso + Diaria) non potrà essere in nessun caso superiore ad Euro 6.000,00.</u>	

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera - **Soccer Card Integrativa**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 120.000,00
Invalità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 120.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche *	€6.000,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00
Diaria da ricovero e/o gesso*	€30,00 Diaria da Ricovero €15,00 Diaria da Gesso franchigia 5 gg massimo 30
* <u>In caso di Infortunio che interessi contemporaneamente le garanzie Rimborso spese Mediche e Diaria da ricovero e/o gesso l'importo totale liquidabile dalla Società (Rimborso + Diaria) non potrà essere in nessun caso superiore ad Euro 6.000,00.</u>	

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera - **Card Arti Marziali Integrativa**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 120.000,00
Invalidità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 120.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche *	€6.000,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00
Diaria da ricovero e/o gesso*	€30,00 Diaria da Ricovero €15,00 Diaria da Gesso franchigia 5 gg massimo 30
* <u>In caso di Infortunio che interessi contemporaneamente le garanzie Rimborso spese Mediche e Diaria da ricovero e/o gesso l'importo totale liquidabile dalla Società (Rimborso + Diaria) non potrà essere in nessun caso superiore ad Euro 6.000,00.</u>	

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera - **Card Motori Integrativa**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 90.000,00
Invalidità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 90.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	1.200,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera - **Card Equitazione Integrativa**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 90.000,00
Invalidità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 90.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	1.200,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera - **EXTREME Card Integrativa**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 90.000,00
Invalidità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 90.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	1.200,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera - **Card Motori Integrativa Completa**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 120.000,00
Invalità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 120.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche *	€6.000,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00
Diaria da ricovero e/o gesso*	€30,00 Diaria da Ricovero €15,00 Diaria da Gesso franchigia 5 gg massimo 30
* <u>In caso di Infortunio che interessi contemporaneamente le garanzie Rimborso spese Mediche e Diaria da ricovero e/o gesso l'importo totale liquidabile dalla Società (Rimborso + Diaria) non potrà essere in nessun caso superiore ad Euro 6.000,00.</u>	

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera - **Card Equitazione Integrativa Completa**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 120.000,00
Invalità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 120.000,00 Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche *	€6.000,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00
Diaria da ricovero e/o gesso*	€30,00 Diaria da Ricovero €15,00 Diaria da Gesso franchigia 5 gg massimo 30
* <u>In caso di Infortunio che interessi contemporaneamente le garanzie Rimborso spese Mediche e Diaria da ricovero e/o gesso l'importo totale liquidabile dalla Società (Rimborso + Diaria) non potrà essere in nessun caso superiore ad Euro 6.000,00.</u>	

Copertura “TUTELA GIOVANI” YOUNG CARD
(per Under 16)

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 150.000,00
Invalidità permanente franchigia assoluta 3% (35%=100%)	Euro 180.000,00 Tabella Allegato “A”
Rimborso spese Mediche *	Euro 10.000,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00
Diaria da ricovero e/o gesso*	Euro 30,00 Diaria da ricovero Euro 30,00 Diaria da Gesso franchigia 5 gg massimo 30
* <u>In caso di Infortunio che interessi contemporaneamente le garanzie Rimborso spese Mediche e Diaria da ricovero e/o gesso l'importo totale liquidabile dalla Società (Rimborso + Diaria) non potrà essere in nessun caso superiore ad Euro 10.000,00.</u>	

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera – **SPECIAL Card**

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 100.000,00
Invalidità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 100.000,00 Tabella Allegato “A”
Rimborso spese Mediche	2.000,00 Scoperto 10% con un minimo di €50,00

Categoria C

PARTECIPANTI A MANIFESTAZIONI GIORNALIERE

Violet Card – Copertura Giornaliera

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 80.000,00
Invalidità Permanente Franchigia Assoluta 5%	Euro 80.000,00 Tabella Allegato “A”

PARTECIPANTI A MANIFESTAZIONI MOTORISTICHE /EQUESTRI GIORNALIERE

Violet Card – Copertura Giornaliera

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 80.000,00
Invalidità Permanente Franchigia Assoluta 5%	Euro 80.000,00 Tabella Allegato “A”