

Condizioni Generali di Assicurazione
Contratto di assicurazione multirischio relativo all'assicurazione RISCHI
SPORTIVI

in seguito denominato

SAFESPORT

EASY

Polizza N° IAH0011149

SOMMARIO

PREMESSA

GLOSSARIO

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

SEZIONE I **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

SEZIONE II **INFORTUNI**

SEZIONE III **RESPONSABILITA' CIVILE**

SEZIONE IV **ASSISTENZA**

SEZIONE V **NORMATIVA COMUNE A TUTTE LE SEZIONI**

PREMESSA

Le Condizioni Generali di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal Contraente. Le clausole che prevedono oneri ed obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni, diritti di rivalsa e limitazioni della copertura, sono state evidenziate con particolari caratteri (corsivo, sottolineato).

Avvertenze:

❖ **nel garantire la copertura assicurativa la Società si basa sulle dichiarazioni e sulle altre informazioni fornite dal Contraente o dall'Assicurato. Tali dichiarazioni e informazioni costituiscono un presupposto della copertura assicurativa stessa e sono considerate vincolanti e facenti parte integrante della presente polizza, ai sensi degli Artt.1892, 1893, 1894 e 1910 C.C.**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono compromettere il diritto alla prestazione.

GLOSSARIO

Il presente paragrafo contiene ed esplica i termini tecnici comunemente utilizzati in un contratto assicurativo, che il Contraente potrà utilizzare per una migliore comprensione del contratto di assicurazione.

Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del contratto di assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente le Definizioni di cui alle Condizioni di Polizza.

Assicurato	Nei rami danni, la persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo.
Assicurazione	L'operazione con cui un soggetto (Assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (Società) un rischio al quale egli è esposto.
Assicurazione Assistenza	Il contratto di assicurazione con il quale l'assicuratore si impegna a mettere a immediata disposizione dell'assicurato un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito (guasto meccanico all'auto, infortunio all'estero, ecc.). L'aiuto può consistere nella prestazione di un servizio o nella corresponsione di una somma di denaro.
Assicurazione Infortuni	Il contratto di assicurazione con il quale l'assicuratore si impegna a garantire all'assicurato l'indennizzo dei danni conseguenti ad un infortunio, dal quale derivi un'invalidità permanente e un'inabilità temporanea a svolgere un'attività lavorativa oppure la morte.
Assicurazione Responsabilità Civile	Il contratto di assicurazione con il quale l'assicuratore si impegna a tenere indenne l'assicurato di quanto questi debba pagare, in quanto responsabile per legge, a titolo di risarcimento dei danni involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di un sinistro verificatosi in relazione ai rischi per i quali è prestata l'assicurazione. I rischi della responsabilità civile sono numerosi e possono riguardare: la proprietà di un fabbricato, l'attività professionale, la responsabilità del datore di lavoro (RCT/O), la responsabilità per l'inquinamento, etc.
Accessori	Maggiorazione del premio netto, espressa in percentuale e/o in cifra assoluta, che pur essendo indicata separatamente, forma parte integrante del premio stesso.
Certificato di polizza	Il documento, rilasciato dall'assicuratore, che attesta l'esistenza dell'assicurazione. Dal certificato deve risultare, tra l'altro, il periodo di assicurazione per il quale l'assicurato ha pagato il premio.
Codice delle Assicurazioni	Il Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come successivamente modificato.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione con la Società e si obbliga a pagare il premio. Il Contraente può non coincidere con l'Assicurato. Le due figure coincidono quando il Contraente assicura un interesse di cui è titolare (ad esempio, un bene di sua proprietà).
Danno indennizzabile	Danno determinato in base alle condizioni tutte di polizza, senza tenere conto di eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo.
Denuncia di sinistro	Avviso che l'assicurato deve dare all'assicuratore a seguito di un sinistro. Salvo diversa previsione contrattuale, l'avviso deve essere dato entro tre giorni dalla data in cui il sinistro si è verificato, o dalla data in cui l'assicurato ne è venuto a conoscenza.
Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni relative al rischio fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione. Tali informazioni consentono all'assicuratore di effettuare una corretta valutazione del rischio e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare l'assicuratore su aspetti rilevanti per la valutazione del rischio, l'assicuratore può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o meno intenzionale o gravemente negligente.
Disdetta	Comunicazione che il contraente deve inviare all'assicuratore, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare la tacita proroga del contratto di assicurazione

Franchigia/scoperto	Clausole contrattuali che limitano, sul piano quantitativo, la garanzia prestata dall'assicuratore facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'assicurato. La franchigia, di regola espressa in cifra fissa o in percentuale, si applica sulla somma assicurata, ed il suo ammontare è quindi definibile a priori. Essa si differenzia proprio per questo dallo scoperto, in quanto quest'ultimo, espresso in percentuale, si applica sul danno, ed il suo ammontare non è quindi definibile a priori.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.
Intermediario	Il soggetto che interviene nel rapporto contrattuale di assicurazione tra il Contraente e la Società
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. Ente di diritto pubblico cui spetta il controllo sulle imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e i broker) e sui periti per la stima dei danni ai veicoli. Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. Ente di diritto pubblico cui spetta il controllo sulle imprese di assicurazione
Indennizzo/somma assicurata	L'obbligazione massima della Società per sinistro e/o per periodo assicurativo prevista per una specifica garanzia.
Periodo di assicurazione	Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente.
Perito	Il libero professionista incaricato dalla Società di stimare l'entità del danno subito dall'Assicurato. I periti sono iscritti in un apposito albo professionale tenuto dall'IVASS.
Polizza	Il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.
Premio lordo	Il corrispettivo dovuto dal Contraente alla Società a fronte delle prestazioni assicurate
Premio netto	Il premio lordo al netto di accessori e delle imposte
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rivalsa	Il diritto che spetta alla Società nei confronti dell'Assicurato e che consente alla Società di recuperare dall'Assicurato gli importi pagati ai terzi danneggiati, nei casi in cui essa avrebbe avuto contrattualmente il diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società	L'impresa assicuratrice esercente professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa, autorizzata dall'IVASS e sottoposta alla sua vigilanza.
Surrogazione	La facoltà della Società che abbia corrisposto l'Indennizzo di sostituirsi all'Assicurato nei diritti verso il terzo responsabile, qualora il danno dipenda dal fatto illecito di un terzo.

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Agenzia:	Benacquista Assicurazioni S.n.c. Intermediario Iscritto alla Sezione A del RUI con il n° A000163952 cui è affidata dalla Società la gestione del presente contratto;
Assicurato:	Il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Assistenza:	L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione;
Associazioni:	L'Associazione Sportiva Dilettantistica, il Presidente e gli Organi Dirigenti e Direttivi;
Associati:	Atleti, Giocatori, Allenatori, Tecnici, Organi Direttivi e Dirigenti, nonché tutto il personale addetto, iscritti e/o facenti parte dell'Associazione Sportiva Dilettantistica che ha stipulato la polizza e per i quali sia stata fatta richiesta di copertura contenente, le generalità e la combinazione di garanzia prescelta, e sia stato effettuato il relativo versamento del premio previsto;
Centrale Operativa:	L'organizzazione di Filo Diretto Service, costituita da risorse umane e da attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza. E' composta dalla Centrale Telefonica, che riceve le chiamate degli Assicurati e attiva le assistenze, e dalla Rete Esterna che effettua gli interventi sul posto;
Contraente:	Il soggetto che stipula la polizza di assicurazione, anche a favore di terzi e ne assume i relativi oneri;
Cose:	Sia gli oggetti materiali sia gli animali;
Danneggiamento a Cose:	Alterazione fisica e/o chimica di cose;
Day Hospital:	Il ricovero effettuato in degenza diurna per terapie mediche che richiedono la compilazione di cartella clinica (sono esclusi gli accertamenti diagnostici);
Domicilio:	Il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato;
Europa:	Tutti i paesi dell'Europa continentale e del bacino del Mediterraneo;
Evento:	L'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più sinistri;
Franchigia/Scoperto:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico, calcolata in misura fissa o in percentuale;
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Infortunio:	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea;
Invalità permanente:	La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato;
Istituto di Cura:	L'ospedale, la casa di cura, la clinica universitaria, l'istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
Italia:	Il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano, la Repubblica di San Marino;
Malattia:	Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Malattia improvvisa:	Malattia di acuta insorgenza che non sia una manifestazione di una malattia preesistente;
Malattia Preesistente:	La malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla data di inizio della copertura;
Massimale:	La somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia e/o la prestazione prevista;
Modulo di Adesione:	Documento formante parte integrante del contratto di assicurazione con il quale l'Assicurato comunica all'intermediario la volontà di sottoscrizione della polizza trasmettendo pertanto tutti i dati dell'Associazione, le Generalità dei singoli Assicurati, e la Combinazione di garanzia prescelta per ognuno di essi;
Mondo:	Tutti i paesi del mondo con esclusione di Italia e Europa;
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione;
Premio:	La somma di denaro dovuta dal Contraente/Assicurato alla Società;
Residenza:	Il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale.
Ricovero:	La permanenza in un istituto di cura che comporti almeno un pernottamento;
Risarcimento:	La somma corrisposta dalla Società al terzo danneggiato in caso di sinistro;
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Società:	AIG EUROPE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia;

Trasferimento:	I trasferimenti collettivi degli Assicurati connessi allo svolgimento delle attività assicurate durante il tempo necessario a compiere il percorso dalla località di ritrovo stabilita, dal comune di residenza del Contraente, dalla sede del Contraente verso il luogo di destinazione dichiarato fino al rientro al luogo originario di partenza. È escluso il viaggio normale ed abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di ritrovo per l'effettuazione del trasferimento collettivo e viceversa (rischio in itinere).
Unico Sinistro	Il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più assicurati.



SEZIONE I: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 C.C.

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

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

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

Art. 3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

Art. 5 - DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 6 - DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

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

Art. 7 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata annuale e cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Art. 8 - ONERI FISCALI

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

Art. 9 - FORO COMPETENTE

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

Art. 10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE II: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 11 - ASSICURATI

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

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

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

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

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

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

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

La copertura assicurativa si intende estesa anche a:

- a) asfissia non di origine morbosa;
- b) avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) annegamento;
- d) assideramento o congelamento, folgorazione;
- e) colpi di sole e di calore;
- f) lesioni determinate da sforzo, esclusi gli infarti e le ernie;
- g) ernie di origine traumatica e da sforzo, comprese quelle discali, in base a quanto di seguito specificato:
 - nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;
 - nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% della somma assicurata;
 - nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata.

Per i casi di cui sopra non verranno applicate eventuali franchigie di invalidità permanente previste in polizza.

- h) infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza, nonché infortuni determinati da vertigini, malore o stato di incoscienza, purché non dovuti a condizione qualitativamente patologica e purché non cagionati da abuso di psicofarmaci, sostanze stupefacenti, allucinogeni;
- i) infortuni derivanti da colpa grave;
- j) infortuni derivanti da tumulti popolari, rapine, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sindacale o sociale, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria;
- k) conseguenze fisiche di irradiazioni, operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- l) infortuni subiti in occasione di legittima difesa o di atti di solidarietà umana;
- m) morsicature, punture e ustioni provocate da animale e/o vegetali in genere, nonché infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- n) infortuni causati da fulmine, grandine, tempeste di vento, scariche elettriche o da improvviso contatto con corrosivi.

Art. 13 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni direttamente derivanti:

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

Mod. CGA Safe Sport Easy Ed.1 Rev. 2 – Data ultimo aggiornamento: 01.01.2019 - Pagina 9 di 22

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra n. 17 - 20123 Milano

Tel: +39 02 36901, Fax: +39 02 3690222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - P.I. 10479810961 - REA Milano n. 2530954.

Sede Secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.

Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.000.000.

j) **suicidio od il tentatosuicidio.**

Art. 14 - PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITI DI ETÀ

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

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

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

Art. 15 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO - OBBLIGHI RELATIVI

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

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

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

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

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

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

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

Art. 16 - CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi preesistenti di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 17 - GARANZIE DI POLIZZA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata dalla Compagnia, quest'ultima paga ai beneficiari designati il predetto indennizzo; in difetto di designazione, la Società paga in parti uguali agli eredi dell'assicurato l'importo liquidato od offerto.

Inoltre rimane ferma la possibilità per gli eredi dell'assicurato, in caso di premorienza di quest'ultimo rispetto al termine di accertamento dei postumi permanenti dell'invalidità derivante dall'infortunio o all'accertamento medico legale della Compagnia, qualora la morte sia sopraggiunta per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità, di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei suddetti postumi.

- c) **Danni estetici** - Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle condizioni di Polizza, con conseguenze di carattere estetico al viso (escluso l'apparato ortodontale), che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino alla concorrenza della somma pattuita per evento, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Tali spese saranno rimborsate purché siano state sostenute entro due anni dal giorno dell'infortunio.
- d) **Spese mediche da infortunio sostenute durante il ricovero in istituti pubblici o privati** - La Società rimborsa fino alla concorrenza della somma pattuita per Assicurato, per sinistro e per anno, le Spese Mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza sostenute **durante il ricovero in istituti pubblici o privati** per:
1. spese ospedaliere o cliniche;
 2. onorari a medici e chirurghi;
 3. accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio.

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

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

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

- e) **Spese Mediche da infortunio sostenute in assenza di ricovero** - La Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma pattuita per Assicurato, per sinistro e per anno, le spese mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza sostenute in assenza di ricovero per:
1. visite mediche specialistiche;
 2. acquisto di medicinali urgenti (incluso rimborso ticket);
 3. intervento chirurgico anche ambulatoriale;
 4. analisi ed accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa;
 5. applicazione di apparecchi gessati e/o immobilizzanti, bendaggi e docce di immobilizzazione;
 6. presidi ortopedici, limitatamente alla sola prima applicazione di corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi conseguenti ad infortunio, protesi e tutori di funzione degli arti superiori, inferiori e del tronco;
 7. protesi oculari ed acustiche, limitatamente alla sola prima applicazione;
 8. terapie fisiche e specialistiche, compresi i trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 9. il trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura, con qualsiasi mezzo effettuato.

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

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

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

Mod. CGA Safe Sport Easy Ed.1 Rev. 2 – Data ultimo aggiornamento: 01.01.2019 - Pagina 11 di 22

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra n. 17 - 20123 Milano

Tel: +39 02 36901, Fax: +39 02 3690222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - P.I. 10479810961 - REA Milano n. 2530954.

Sede Secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.

Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.000.000.



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

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

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

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

- g) **Diaria per gessatura** - Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia causato una lesione fratturativa radiologicamente accertata, l'Assicurato risulti portatore di apparecchi gessati inamovibili o equivalenti immobilizzanti inamovibili, applicati e da rimuovere presso le strutture Ospedaliere, la Società corrisponderà la diaria giornaliera pattuita per ciascuno dei giorni, fino ad un massimo di trenta dalla data del sinistro. In ogni caso la Diaria Giornaliera non verrà corrisposta nei casi in cui all'Assicurato, per lesioni fratturative alle dita delle mani, siano stati applicati: Docce/Valve/Stecche gessate, Stecche di Zimmer, Finger Splint, Bendaggi elasto/adesivi o alla colla di zinco e Tutori in genere amovibili.

La presente garanzia non è cumulabile con quella relativa alla «Diaria da ricovero – Day Hospital» di cui alla lettera f) che precede.

- h) **Spese Elisoccorso** - La garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato a seguito di infortunio/malattia che renda necessario il trasporto dell'assicurato a mezzo di elicottero (elisoccorso) dal luogo dell'infortunio/malattia al più vicino presidio sanitario. La Società concorrerà al rimborso delle spese di trasporto **fino ad un importo massimo annuo di € 1.500,00 per singolo Assicurato**. Il soccorso dovrà derivare da un paese stato di necessità per la salvaguardia dell'immediata integrità fisica dell'assicurato. Il rimborso sarà effettuato in Euro, previa esibizione da parte dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, di idonea documentazione (fattura, ricevuta fiscale).

Art. 18 - FRANCHIGIE

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

Resta tuttavia convenuto che:

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

TABELLA FRANCHIGIE INVALIDITA PERMANENTE	
DISCIPLINA SPORTIVA	FRANCHIGIA APPLICATA
Atletica leggera; Attività Cinofile per fini sportivi; Attività ludiche e ricreative; Badminton; Ballo - Danza (Tutte le Discipline); Baseball; Beach volley; Body Building – Pesistica; Bowling – Bocce –Biliardo; Bridge ed altri Giochi di Carte; Bungee Jumping - Volo Attaccato ad una Fune; Caccia; Canoa/Kayak; Canottaggio; Centri Estivi e Colonie; Cricket; Educazione Stradale (Teoria e pratica); Freccette (Darts); Frisbee / Boomerang; Ginnastica artistica; Ginnastica Corpo libero - Acquagym – Aerobica; Ginnastica ritmica; Golf; Hit Ball; Immersioni (Subaquea); Immersioni con respiratore; Judo; Karate; Kendo; Modellismo (Tutte le discipline); Nuoto; Oratori, Parrocchie, Ludoteche, et similia; Pallacanestro; Pallamano; Pallanuoto; Pallatamburello; Pallavolo; Pallone Elastico; Pesca Sportiva; Savate; Scacchi – Dama; Scherma; Sci Nautico; Skyrunning; Soft AIR; Softball; Sport per disabili; Squash; Taekwondo; Tennis; Tennis tavolo; Tiro a segno/volo; Tiro con l'arco; Trampolino elastico; Tuffi; Twirling; Vela; Viaggi e Turismo; Viet Vo Dao; Volo Simulato; Windsurf - Surf	3%
Alpinismo; Arrampicata Sportiva; Automobilismo; BMX; Bob - Slittino – Skeleton; Calcio; Calcio a 5; Ciclismo; CicloTurismo; Curling; Football americano; Freestyle - Salto con gli sci; Go Kart; Hockey (Tutte le discipline); Kick Boxing; Kite Surf; Lotta; Motociclismo - Mini Moto; Motocross; Motonautica; Mountain bike; Pattinaggio (Tutte le discipline); Pentathlon moderno; Pugilato; Rafting – Canyoning; Rugby; Sci Alpino; Sci d'erba; Sci di fondo; Skateboard; Snowboard; Sollevamento pesi; Sport Orientamento / Orienteering; Triathlon; Tutte le Discipline; Wrestling; Wushu Kung Fu; Biathlon.	5%

- b) **Franchigia per "Spese Mediche da Infortunio" (con ricovero (Art. 17 lett. d) e senza ricovero (Art 17 lett. e) Si conviene che il rimborso delle spese mediche da infortunio verrà effettuato previa detrazione di una franchigia di Euro 150,00 per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato. Dette franchigie sono elevate ad Euro 200,00 per gli infortuni che dovessero colpire gli Assicurati di età superiore a 75 Anni.**

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

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

Art. 19 - LIMITI TERRITORIALI

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

Mod. CGA Safe Sport Easy Ed.1 Rev. 2 – Data ultimo aggiornamento: 01.01.2019 - Pagina 12 di 22

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra n. 17 - 20123 Milano

Tel: +39 02 36901, Fax: +39 02 3690222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - P.I. 10479810961 - REA Milano n. 2530954.

Sede Secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.

Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.000.000.



Art. 20 - PROVA

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

Art. 21 - MODALITÀ PER LA LIQUIDAZIONE DEGLI INDENNIZZI

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

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

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

Art. 22 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

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

Art. 23 - MASSIMALE CATASTROFALE

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

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

Art. 24 - CONTROVERSIE

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

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

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

Art. 25 - ESONERO DENUNCIA INFIRMITÀ DIFETTI FISICI

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

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

GARANZIE AGGIUNTIVE INFORTUNI

Valide solo se espressamente richiamate nella polizza e a condizione che sia stato versato il relativo premio aggiuntivo

GARANZIA AGGIUNTIVA "A" - CURE DENTARIE

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

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

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

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

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

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

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

A parziale deroga ed integrazione delle condizioni tutte di assicurazioni, su espressa preventiva richiesta del contraente, si prende atto che la presente assicurazione è stipulata dal Contraente allo scopo di garantirsi contro le perdite materiali ed ogni altro onere che gli potesse derivare dalla morte o da una invalidità permanente o temporanea degli Assicurati,

Mod. CGA Safe Sport Easy Ed.1 Rev. 2 – Data ultimo aggiornamento: 01.01.2019 - Pagina 13 di 22

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Vetra n. 17 - 20123 Milano

Tel: +39 02 36901, Fax: +39 02 3690222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - P.I. 10479810961 - REA Milano n. 2530954.

Sede Secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.

Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.000.000.



pertanto si conviene che qualsiasi indennizzo spettante a termini di polizza sarà dalla Società Assicuratrice pagato direttamente al Contraente medesimo, che solleva la società assicuratrice stessa da qualsiasi obbligo verso gli assicurati e/o eredi e/o aventi causa nascente dall'assicurazione.

SEZIONE III: NORME CHE REGOLANO LA RESPONSABILITÀ CIVILE

Art. 26 - ASSICURATI

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

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

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

Art. 27 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

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

- a) esercente una Associazione/Federazione sportiva Dilettantistica;
 - b) organizzatore Attività, Manifestazioni sportive in genere;
 - c) proprietario e/o conduttore e/o esercente di fabbricati vari, delle attrezzature, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva dilettantistica ove hanno sede le varie strutture associative compresa la gestione e/o conduzione di bar e sale giochi ad esse annessi, distributori automatici di cibi e bevande;
- L'assicurazione è operante anche la Responsabilità Civile che possa derivare al Contraente/Assicurato da fatto doloso di persone delle quali e/o con le quali debba rispondere e nel caso in cui sussista negligenza, imprudenza o colpa grave.

L'assicurazione comprende inoltre:

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

Art. 28 - NON SONO CONSIDERATI TERZI

Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione RCT:

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

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

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

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

Art. 30 - ESCLUSIONI

Sono esclusi i danni:

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

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

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per Legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 32 - PLURALITÀ DI ASSICURATI

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

Art. 33 - RESPONSABILITÀ TRA ASSICURATI – NOVERO DEI TERZI

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

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

Gli Assicurati sono considerati terzi tra loro.

Art. 34 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

Art. 35 - FRANCHIGIA

Le garanzie tutte della presente sezione di polizza sono prestate con una franchigia fissa di Euro 500,00 (Cinquecento) per ogni singolo sinistro, con l'intesa che l'Assicurato non potrà, sotto pena di decadenza del diritto al risarcimento, farlo assicurare da altro Assicuratore.

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

SEZIONE IV: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

Art. 36 - ASSICURATI

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

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

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

Art. 37 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

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

A. Medico on line 24 ore su 24

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

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

B. Trasporto in Autoambulanza in Italia

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

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

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

C. Emergenza medica in Italia

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

D. Segnalazione di un medico specialista all'estero

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

E. Monitoraggio del ricovero ospedaliero all'estero

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

F. Viaggio di un familiare all'estero

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

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

G. Rientro della salma dall'estero

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

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

H. Rientro del convalescente dall'estero

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

I. Prolungamento del soggiorno all'estero

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

J. Rientro anticipato dall'estero

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

Il costo del biglietto è a carico della Società fino ad un massimo di € 1.500 per Assicurato.

K. Invio di medicinali urgenti all'estero

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

L. Interprete all'estero

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

M. Legale a disposizione all'estero

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

N. Anticipo spese di prima necessità all'estero

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

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

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

O. Anticipo cauzione penale all'estero

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

Tale somma dovrà essere rimborsata:

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

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

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

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

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

P. Trasmissione messaggi urgenti

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

Q. Spese di soccorso e di ricerca

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

Art. 38 - DELIMITAZIONI

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



Art. 39 - MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

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

Linea Verde dedicata dall'Italia: 800.012246

Linea nera dall'estero: +39. 039.6554.6020

Indicando:

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

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

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

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

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

Obblighi dell'assicurato

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

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni anche se abbia iniziato le pratiche per la rilevazione del danno, ovvero abbia effettuato la liquidazione od il pagamento della indennità. A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti potrà farlo non appena ne sarà in grado.

SEZIONE V: NORMATIVA COMUNE A TUTTE LE SEZIONI

Art. 40 - ATTIVITÀ SPORTIVE ASSICURABILI

La Società presta le coperture assicurative per tutti gli assicurati relativamente allo svolgimento di tutte le attività sportive dilettantistiche con la sola esclusione di quelle indicate all'Art. 13) "Delimitazione dell'Assicurazione – Esclusioni". A titolo indicativo le principali attività assicurate sono le seguenti:

Acquagym	Ginnastica ritmica	Scherma
Aerobica	Go Kart	Sci alpino
Alpinismo	Golf	Sci d'erba
Arrampicata Sportiva	Hit Ball	Sci di fondo
Aletica leggera	Hockey (Tutte le discipline)	Sci Freestyle - Salto con gli sci
Attività cinofile per fini sportivi	Immersioni con respiratore	Sci nautico
Attività ludiche e ricreative	Immersioni subacquee (escluso autorespiratore)	Skateboard
Automobilismo	Judo	Skyrunning
Badminton	Karate	Snowboard
Ballo - Danza (Tutte le discipline)	Kendo	Soft Air
Baseball	Kick Boxing	Softball
Beach Volley	Kite Surf	Sollevamento pesi
Biathlon	Lotta	Sport Equestri/Equitazione
BMX	Modellismo (Tutte le discipline)	Sport Orientamento
Bob - Slittino - Skeleton	Motociclismo - Mini moto	Sport per disabili
Body building - Pesistica	Motocross	Squash
Bowling - Bocce - Biliardo	Motonautica	Taekwondo
Bridge ed altri giochi di carte	Mountain bike	Tennis
Bungee Jumping - Volo attaccato ad una fune	Nuoto	Tennis tavolo
Caccia	Oratori, Parrocchie, Ludoteche et similia	Tiro a segno/volo
Calcio - Calcio a 5 - Calciotto	Pallacanestro	Tiro con l'arco
Canoa-kayak	Pallamano	Trampolino elastico
Canottaggio	Pallanuoto	Triathlon
Centri estivi e Colonie	Pallatamburello	Tuffi
Ciclismo	Pallavolo	Twirling
Ciclo Turismo	Pallone elastico	Vela
Cricket	Pattinaggio (Tutte le discipline)	Viaggi e Turismo
Curling	Pentathlon moderno	Viet Vo Dao
Educazione Stradale (Teoria e Pratica)	Pesca sportiva	Volo Simulato
Football americano	Pugilato	Windsurf - Surf
Freccette	Rafting - Canyoning	Wrestling
Frisbee - Boomerang	Rugby	Wushu Kung Fu
Ginnastica artistica	Savate	
Ginnastica Corpo Libero	Scacchi - Dama	

Art. 41 - EFFETTO, COPERTURA, DETERMINAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

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

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

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

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

Il Versamento del premio dovrà essere effettuato all'Agenzia, nella giornata di invio del Modulo di adesione.

Il Contraente dovrà effettuare il pagamento del premio in uno dei modi seguenti:

- a mezzo di un conto corrente bancario intestato all'Agenzia cui è assegnata la polizza;
- presso l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Il Contraente avrà cura di inviare a mezzo Fax/e-mail all'Agenzia, copia del bonifico bancario attestante l'avvenuto pagamento.

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

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

Il Contraente, fermo restando quanto disposto dal codice civile in tema di adempimenti alle obbligazioni, può pagare il premio in contanti (tenuto conto del limite dei 750 euro) o mediante gli strumenti di pagamento elettronici consentiti dalla Legge e previsti dall'Agenzia o dalla Società con la periodicità prevista nel Certificato di assicurazione.

Art. 42 - DENUNCIA GENERALITÀ ASSICURATI - COMUNICAZIONE DELLE PERSONE DA ASSICURARE IN CORSO D'ANNO E REGOLAZIONE PREMIO

Il Contraente è obbligato a denunciare le generalità degli Assicurati per la loro identificazione e per il computo del premio. Per le adesioni in corso d'anno, la Società si impegna a prestare le coperture assicurative relative ai rischi e massimali e/o capitali previsti dalla combinazione di garanzia prescelta, a favore degli "Associati" per i quali le "Associazioni" abbiano provveduto a comunicare alla Società o all'Agenzia cui è assegnata la polizza le Generalità dei singoli Assicurati e la Combinazione di garanzia prescelta per ognuno di essi.

Le adesioni in corso d'anno decorreranno in ogni caso dalle ore 24 del giorno di ricezione della richiesta di copertura, tramite fax, e-mail o della Registrazione su Internet tramite il sito www.safesport.it e si intenderanno cessate alla stessa data di scadenza della polizza cui si riferiscono.

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

Il premio per le adesioni in corso d'anno sarà calcolato nel seguente modo:

- per adesioni fino a 6 mesi dalla data di effetto della polizza: 100%;
- per adesioni oltre i 6 mesi dalla data di effetto della polizza: 50%.

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

Entro 15 giorni dalla scadenza mensile della polizza la Società emetterà un documento riepilogativo relativamente alle inclusioni avvenute nel corso del mese precedente specificando il numero degli assicurati, le combinazioni prescelte ed il premio complessivamente incassato.

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

Il Versamento del premio dovrà essere effettuato all'Agenzia, anche per il tramite del Broker incaricato.

Art. 43 - COMUNICAZIONE GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

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

Art. 44 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possano essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del C.C.

Art. 45 - COMBINAZIONI DI GARANZIA- SOMME ASSICURATE

La Società riconosce valida a tutti gli effetti la combinazione di garanzia prescelta e indicata nel frontespizio di polizza. Le garanzie e le prestazioni della suddetta combinazione di garanzia sono indicate nell'allegato n° 1 della polizza e sono operanti esclusivamente nei limiti previsti dalla stessa.

Art. 46 - MODULISTICA CONTRATTUALE

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

- a) MODULO DI ADESIONE (mod. MdA 10 Modulo di Adesione);
- b) MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO (mod. DSS 10 Modulo Denuncia Sinistro);
- c) MODULO DI CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA DI SINISTRO (mod. CCS 10 Modulo Continuazione Chiusura Sinistro).

Art. 47 - GESTIONE DEL CONTRATTO

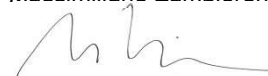
La Società dichiara di aver affidato, in esclusiva, la gestione agenziale del presente contratto alla **BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c.** con sede in via del Lido n° 106 - 04100 Latina, anche per il tramite del Broker espressamente incaricato dal Contraente.

SERVIZIO CLIENTI:

Ufficio Commerciale: l'orario di ricevimento al pubblico e/o telefonico è previsto dalle 9,00 alle 13,00 e dalle 14,00 alle 18,00 dal lunedì al venerdì.

Telefono: 0773.629838 – **Fax** 0773 019878 **E mail:** info@safesport.it

AIG Europe S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Massimiliano Zambieron



0 Come utilizziamo i Dati Personali

AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia si impegna a proteggere la Privacy dei suoi clienti, di chi invia una richiesta di indennizzo, nonché di tutti i suoi partner commerciali.

I **"Dati Personali"** identificano e si riferiscono a Voi o ad altri individui (ad es., il Vostro partner o altri membri della Vostra famiglia). Se fornite Dati Personali riguardo ad un altro individuo, dovete (salvo che non conveniamo diversamente) informare l'interessato del contenuto della presente Informativa e della nostra Informativa sulla Privacy e ottenere la sua autorizzazione (ove possibile) a condividere i suoi Dati Personali con noi.

Le tipologie di Dati Personali che possiamo raccogliere e per quali finalità - In base al nostro rapporto con Voi, i Dati Personali raccolti possono includere: informazioni di contatto, informazioni finanziarie e bancarie, referenze creditizie e merito creditizio, informazioni sensibili su condizioni di salute o mediche (raccolte con il vostro consenso ove richiesto dalla legge applicabile), nonché altri Dati Personali da Voi forniti, o che otteniamo in relazione al rapporto che intratteniamo con Voi. I Dati Personali possono essere utilizzati per le seguenti finalità:

- Gestione di polizze, ad es., comunicazioni, elaborazione di richieste di indennizzo e pagamento
- Effettuare valutazioni e prendere decisioni circa la fornitura e le condizioni di assicurazione e la liquidazione di richieste di indennizzo
- Assistenza e consulenza su questioni mediche e di viaggio
- Gestione delle nostre operazioni aziendali e infrastruttura IT
- Prevenzione, individuazione e indagini su reati, ad es., frodi e riciclaggio di denaro
- Accertamento e difesa di diritti legali
- Conformità legale e normativa (tra cui il rispetto di leggi e normative al di fuori del Vostro Paese di residenza)
- Monitoraggio e registrazione di chiamate telefoniche per finalità di qualità, formazione e sicurezza
- Marketing, ricerca e analisi di mercato

Condivisione dei Dati Personali - Per le finalità di cui sopra i Dati Personali possono essere condivisi con società del nostro gruppo e con terzi (quali, ad esempio, intermediari e altri soggetti di distribuzione assicurativa, assicuratori e riassicuratori, agenzie di informazioni commerciali, operatori sanitari e altri fornitori di servizi).

I Dati Personali saranno condivisi con terze parti (comprese autorità governative) se richiesto dalle leggi o normative applicabili. I Dati Personali (inclusi i dettagli di lesioni) possono essere inseriti in registri di richieste di indennizzo e condivisi con altri assicuratori. Siamo tenuti a registrare tutte le richieste di risarcimento di terzi relative a lesioni fisiche nei registri riguardanti gli indennizzi ai lavoratori. Possiamo effettuare ricerche in tali registri per prevenire, individuare e indagare su frodi o per confermare vostre precedenti richieste di indennizzo o quelle di qualsiasi altra persona o proprietà che può essere coinvolta nella polizza o richiesta di indennizzo. I Dati Personali possono essere condivisi con acquirenti potenziali e attuali e trasferite a seguito della cessione della nostra società o del trasferimento di attività aziendali.

Trasferimento internazionale - A causa della natura globale della nostra attività, i Dati Personali possono essere trasferiti a soggetti ubicati in altri Paesi (tra cui Stati Uniti, Cina, Messico, Malesia, Filippine, Bermuda e altri Paesi che possono avere un regime di protezione dei dati diverso da quello del vostro Paese di residenza). Quando effettuiamo tali trasferimenti, adotteremo misure per garantire che i Vostri Dati Personali siano adeguatamente protetti e trasferiti in conformità ai requisiti della normativa sulla protezione dei dati. Per ulteriori informazioni sui trasferimenti internazionali consultate la nostra Informativa sulla Privacy (di seguito riportata).

Sicurezza dei Dati Personali - Per mantenere i Vostri Dati Personali protetti e al sicuro sono utilizzate misure di sicurezza tecniche e fisiche adeguate. Quando forniamo Dati Personali a terzi (compresi i nostri fornitori di servizi) o incarichiamo terzi di raccogliere Dati Personali per nostro conto, Vi confermiamo che tali terzi verranno selezionati attentamente e saranno tenuti ad attuare misure di sicurezza adeguate.

I vostri diritti - Voi siete titolari di diversi diritti ai sensi della legge sulla protezione dei dati in relazione al nostro utilizzo di Dati Personali. Tali diritti possono applicarsi solo in determinate circostanze e sono soggetti a talune esenzioni. Tali diritti possono includere il diritto di accesso ai Dati Personali, il diritto di rettifica di informazioni non accurate, il diritto alla cancellazione delle informazioni o a sospendere il nostro utilizzo delle informazioni. Tali diritti possono includere inoltre il diritto di trasferire le informazioni ad un'altra organizzazione, il diritto di opporsi al nostro uso dei Vostri Dati Personali, il diritto di chiedere che determinate decisioni automatizzate che prendiamo prevedano il coinvolgimento umano, il diritto di revocare il consenso e il diritto di presentare reclami all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati. Per ulteriori informazioni sui vostri diritti e su come potete esercitarli consultate la nostra Informativa sulla Privacy (di seguito riportata).

Informativa sulla Privacy- Maggiori informazioni sui vostri diritti e su come raccogliamo, utilizziamo e divulghiamo i Vostri Dati Personali sono contenute nella nostra Informativa sulla Privacy integrale, che potete trovare all'indirizzo: <https://www.aig.co.it/informativaprivacy>.

In alternativa, potete richiederne una copia scrivendo a: Responsabile della protezione dei dati, AIG Europe S. A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Piazza Vetra n. 17, 20123, Milano o tramite e-mail all'indirizzo: protezionedeidati@aig.com.



"Il Contraente dichiara di aver ricevuto copia del Set Informativo, in conformità a quanto previsto dal Regolamento IVASS 41/2018, costituito da:

- a) Dip Danni (Documento Informativo Precontrattuale Danni);**
- b) Dip Aggiuntivo Danni (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Danni);**
- c) Condizioni di Assicurazione, comprensive di glossario;**
- d) Informativa sulla privacy di AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia predisposta ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e relative norme di attuazione"**

Il Contraente
