



ESTRATTO CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA INFORTUNI

SETTORE GIOVANILE E SCOLASTICO
DIVISIONE CALCIO FEMMINILE
DIVISIONE PARALIMPICA E SPERIMENTALE

stipulata tra

F.I.G.C.

(Contraente)

Federazione Italiana Giuoco Calcio
Via G. Allegri, 14
00198 Roma

e

POSTE ASSICURA

(Società)

Viale Beethoven, 11 – 00144 - Roma
C.F./P.I.: 07140521001

Polizza N.

79667

Decorrenza

ore 24.00 del 30/06/2021

Scadenza

ore 24.00 del 30/06/2024



SOMMARIO

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

SEZIONE 3 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

SEZIONE 5 – CONDIZIONI PARTICOLARI

SEZIONE 6 – NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Qualunque clausola che, se non migliorativa, dovesse risultare in contrasto con le disposizioni precettive del Decreto 3 novembre 2010 del Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive si intende automaticamente non operante.

Nel contempo, quanto previsto dal Decreto di cui sopra e eventuali successive integrazioni o modificazioni prevalgono su quanto diversamente disciplinato dal presente contratto.



SEZIONE 1 – DEFINIZIONI

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e più precisamente i Tesserati e gli Ausiliari ed in particolare:

Categoria:

- A) Tesserati Settore Giovanile e Scolastico – Giovanissimi, Allievi
- B) Tesserati Settore Giovanile e Scolastico - Pulcini, Esordienti
- C) Tesserati Settore Giovanile e Scolastico – Primi Calci, Piccoli Amici
- D) Tesserate Divisione Calcio Femminile - Calciatrici Squadre di Serie A e Serie B e Squadre primavera
- E) Tesserati Calciatori Divisione Calcio Paralimpico e Sperimentale
- F) Dirigenti società sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico
- G) Dirigenti società sportive affiliate alla Divisione Calcio Femminile
- H) Dirigenti con funzione tecnica società sportive affiliate alla Divisione Calcio Paralimpico e Sperimentale
- I) Allenatori, Massaggiatori, Tecnici che svolgono attività di Settore Giovanile e Scolastico, della Divisione Calcio Femminile e della Divisione Calcio Paralimpico e Sperimentale.

Assicurazione: Il contratto di assicurazione.

Ausiliari: Tutte le persone con incarico di sovrintendere, controllare, assistere ed organizzare l'attività per la quale è prestata l'assicurazione, quali allenatori, insegnanti, massaggiatori, medici e tutte le persone componenti lo staff tecnico, dirigenti, accompagnatori, responsabili di attività e servizi e tutti i componenti lo staff dirigenziale ed amministrativo.

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

Contraente: Federazione Italiana Giuoco Calcio

Day – Hospital: La degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura.

Franchigia: L'importo prestabilito che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo (la franchigia può essere espressa in giorni o in percentuale).

Frattura: Una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una lesione oppure un'inabilità permanente o una inabilità temporanea.

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

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.

Lesione: Ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella in Allegato "A" al Decreto 3 Novembre 2010 Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive (G.U. n. 296 del 20/12/2010), purché determinata da infortunio.



Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Post-ricovero: Periodo di convalescenza successivo al ricovero.

Premio: La somma dovuta alla Società.

Residenza: Il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale in Italia.

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

Rimpatrio Sanitario: Il trasferimento dell'Assicurato dall'Estero in Italia.

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: Il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto.

Trasferimento Sanitario: Il trasporto dell'Assicurato ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:

- a) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato all'istituto di cura prescelto ed abilitato alle cure del caso;
- b) dal luogo del sinistro al più vicino ed idoneo istituto di cura;
- c) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato al proprio domicilio, in caso di dimissione.

Trattamento chirurgico: Intervento terapeutico cruento attuato da medico/specialista che prevede il ricovero o il day hospital o eseguito in ambulatorio.

Viaggio: Qualunque località al di fuori dell'Italia sia durante i trasferimenti che durante il soggiorno.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 – Omissis

Art. 2 – Obblighi della Federazione
Omissis

Art. 3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
Omissis

Art. 4 – Assicurazione presso diversi assicuratori
Omissis

Art. 5 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Omissis

Art. 6 – Modifiche dell'assicurazione
Omissis

Art. 7 – Interpretazione del contratto
Si conviene fra le parti che, in caso di dubbi interpretativi sull'operatività delle garanzie contrattuali, prevarrà l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato.

Art. 8 – Aggravamento del rischio
Omissis



Art. 9 – Diminuzione del rischio

Omissis

Art. 10 – Limiti d'età

L'assicurazione è prestata senza limiti d'età.

Art. 11 – Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'art. 1916 del C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio (ad esclusione degli infortuni derivanti da circolazione su strada).

Art. 12 – Obbligo di documentazione dei sinistri

Omissis

Art. 13 – Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 14 – Oneri fiscali

Omissis

Art. 15 – Clausola Broker

Omissis

Art. 16 – Rinvio alle norme di Legge

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

Art. 17 – Foro competente

Foro competente è quello di luogo di residenza e/o domicilio della Contraente o dell'Assicurato.

Art. 18 – Manifestazioni unitarie

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

Art. 19 – Dichiarazioni della Società Omissis

Art. 20 – Trattamento dei dati Omissis

Art. 21 – Obblighi della Contraente Omissis

SEZIONE 3 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Art. 22 – Calcolo del premio

Omissis

Art. 23 – Regolazione del premio

Omissis



SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 24 - Titoli che danno diritto all'assicurazione

I titoli che costituiscono diritto alle garanzie assicurative, senza distinzione di attività di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, purché rientranti negli scopi della Contraente, sono: l'avvenuto invio da parte della società sportiva della richiesta di tesseramento per via telematica o con le altre modalità previste e/o la Tessera Federale nominativa e numerata vidimata dalla FIGC, dal Comitato Regionale o dalla Divisione di appartenenza (per la stagione sportiva interessata).

L'assicurazione vale nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi dei Regolamenti Federali, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento.

Art. 25 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a. dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare, competizioni e relative prove di veicoli a motore e di natanti a motore in genere;
- b. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dall'Art. 33 - Rischio Volo;
- d. dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci od idro sci, sci acrobatico, bob, hockey, rafting, canoa fluviale, rugby, football americano, paracadutismo e sport aerei in genere;
- e. dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f. da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h. dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- i. da guerra e insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- j. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- k. da contaminazione biologica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- l. Sono altresì escluse, le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:
 - qualora l'ernia risulti operabile, sarà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Inabilità Permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 49 Controversie - Arbitrato irrituale;
- m. da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- n. AIDS, sieropositività H.I.V. (salvo quanto previsto all'Art. 41 lettera "l").

Art. 26 - Criteri di indennizzabilità

La Società 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.



Art. 27 - Prestazioni

a) Morte

L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, 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. Limitatamente ai/alle Tesserati/e calciatori e calciatrici in possesso di regolare Certificato di Idoneità Sportiva e/o Agonistica, sono considerati infortunio l'infarto cardiaco, l'ictus provocato da emorragia cerebrale, la trombosi cerebrale, embolia, rottura di aneurisma, arresto cardiaco-circolatorio (per crisi aritmiche improvvise, gravi bradicardie, sindrome del seno carotideo) cardiopatie traumatiche (da lesioni non penetranti con conseguente rottura atri e ventricoli, aritmie, insufficienza cardiaca acuta da rottura valvolare, versamento pericardio emorragico), il trauma extra toracico con ipotensione polmonare (da shock) e conseguente ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrom), nonché qualsiasi evento riconducibile alle suindicate patologie che causino la morte, verificatosi durante l'esercizio dell'attività sportiva, sul campo o entro il limite sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa. La garanzia è operante a condizione che l'Assicurato sia in regola con le visite mediche annuali previste dalle vigenti disposizioni regolamentari. La presente estensione di garanzia è prestata con un limite massimo di € 52.000,00 a persona.

b) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

c) Lesioni

In caso di infortunio, saranno indennizzate tutte le Lesioni previste ed indicate nell'Allegato A.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto previsto dall'art. 26 Criteri di indennizzabilità.

Precisazioni concernenti la garanzia Lesioni:

- Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio.
- 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 per 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 anatomico-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione s'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 di 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, gli verrà indennizzato un capitale pari a quello spettante per il caso morte.



- 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. Il termine che precede si intenderà prorogato di ulteriori 18 mesi con presentazione di documentazione medica attestante che l'intervento è stato posticipato per motivi connessi allo sviluppo/crescita dell'infortunato.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente residuo (sono escluse le lesioni del tessuto parodontale e dei tessuti 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 sopra riscaldati) 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.
- In caso di lesioni multiple si sommeranno gli indennizzi previsti dalla Tabella Lesioni, di cui all'Allegato A.
- In caso di infortunio che produca lesioni multiple, qualora il complesso delle lesioni riportate risultasse superiore al 60%, si darà luogo alla liquidazione dell'intero capitale assicurato per la garanzia Lesioni art. 40 Somme Assicurate.

Art. 28 – Atti di Correntezza

Omissis

Art. 29 – Coma irreversibile

Ai fini della presente assicurazione lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, viene equiparato alla morte. Pertanto, la Società liquiderà la prestazione pattuita qualora l'Assicurato permanga in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni. La comunicazione dello stato di caduta in "coma irreversibile" dell'Assicurato e l'avvenuto superamento del periodo dei 180 continuativi dovrà essere comunicato per iscritto entro 30 giorni dalle rispettive date.

Sono espressamente esclusi i casi di coma derivanti da abuso di alcolici, dall'uso di psicofarmaci e di stupefacenti.

Art. 30 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie (salvo quanto previsto all'Art. 41 lettera "I"), non sono indennizzabili.

Art. 31 - Identificazione delle persone assicurate

Omissis

Art. 32 – Beneficiari

In caso di decesso dell'Assicurato beneficiari dell'assicurazione sono le persone di cui all'art. 2122 C.C., salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, sempre suscettibile di revoca; in caso di Invalidità Permanente sono gli Assicurati stessi.



Art. 33 – Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i voli effettuati in qualità di passeggero su aeromobili (compresi elicotteri) di qualsiasi tipo e da chiunque eserciti purché abilitati al volo da regolare certificato di navigabilità.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società non potrà superare complessivamente per aeromobile il capitale di:

- € 5.200.000,00 per il caso di Morte;
- € 5.200.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;
- € 5.200.000,00 per il caso Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dalla stessa Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni. Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Art. 34 – Limitazione della garanzia per sinistri catastrofici

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 6.000.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

SEZIONE 5 - CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 35 - Soggetti Assicurati

Sono assicurate le seguenti Categorie:

- A) Tesserati Settore Giovanile e Scolastico – Giovanissimi, Allievi
- B) Tesserati Settore Giovanile e Scolastico - Pulcini, Esordienti
- C) Tesserati Settore Giovanile e Scolastico – Primi Calci, Piccoli Amici
- D) Tesserate Divisione Calcio Femminile - Calciatrici Squadre di Serie A e Serie B e Squadre primavera
- E) Tesserati Calciatori Divisione Calcio Paralimpico e Sperimentale
- F) Dirigenti società sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico
- G) Dirigenti società sportive affiliate alla Divisione Calcio Femminile
- H) Dirigenti con funzione tecnica società sportive affiliate alla Divisione Calcio Paralimpico e Sperimentale
- I) Allenatori, Massaggiatori, Tecnici

Inoltre, su specifica richiesta della Contraente potranno essere assicurati anche soggetti non Tesserati con la FIGC (come, ad esempio, Atleti di altre discipline, Accompagnatori / Componenti delle Delegazioni sportive) in occasione di specifiche manifestazioni/stage, previa comunicazione di un elenco nominativo. Per tali soggetti, indipendentemente dai giorni di copertura e dalla Categoria di appartenenza, sarà corrisposto un premio pro capite come previsto per la Categoria A (se atleti) o Categoria I (se accompagnatori, allenatori ecc.). Per il pagamento del premio dell'Appendice, relativa all'attivazione della copertura di soggetti non tesserati, si rimanda all'art. 3.

Come evidenziato all'art. 22 viene data facoltà alla Contraente di rivedere la classificazione delle Categorie assicurate in base alle esigenze Federali.

Art. 36 - Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli Infortuni che producano:

- una o più lesioni previste nella Tabella Lesioni in Allegato "A" al Decreto 3 Novembre 2010 Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive (G.U. n. 296 del 20/12/2010), purché determinata da infortunio;
- la morte.



L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva organizzata sotto l'egida della Federazione Italiana Giuoco Calcio, ivi compresi gli allenamenti, le manifestazioni, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale. La copertura è operante anche quando è in corso lo "svincolo del cartellino" solo se il tesserato viene convocato dalla FIGC per specifiche attività federali.

A titolo esemplificativo la copertura vale anche per la preparazione e gli allenamenti, anche individuali, per corsi e tornei rientranti nei parametri regolamentari, del Settore Giovanile e Scolastico, della Divisione Calcio Femminile e della Divisione Calcio Paralimpico e Sperimentale, nonché nello svolgimento dei preliminari.

La copertura è inoltre estesa alle altre attività fisiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, pesistica, atletica, nuoto, purché rientranti nel programma di allenamento, potenziamento e/o recupero necessari all'attività sportiva. Inoltre, le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortunio nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente e delle Società affiliate, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio della Contraente e/o delle Società sportive affiliate e/o degli Organi competenti.

Relativamente ai Dirigenti e ai Dirigenti con funzione tecnica l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività di Dirigente/Dirigente con funzione tecnica, secondo le regole del proprio mandato, non sempre ricavabili da verbali, registrazioni e/o relazioni.

Le garanzie di polizza sono operanti anche quando gli Assicurati in qualità di trasportati di mezzi pubblici o privati o quali conducenti di mezzi ad uso privato subiscano l'infortunio durante:

- a. il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro (se lavoratore dipendente) sino al luogo di gara in sede e/o allenamento, e/o viceversa, con il percorso più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività sportiva e comunque entro 2 (due) ore dall'inizio o termine della gara o entro 1 (una) ora dall'inizio o termine allenamento, salvo comprovati e documentati impedimenti;
- b. durante le trasferte per gare e/o ritiri fuori sede, il tempo necessario per raggiungere il campo di gara o di ritiro. Per l'identificazione delle persone danneggiate faranno fede i referti della Contraente e, in subordine, le convocazioni societarie. In tal caso la denuncia di sinistro dovrà riportare la firma del Dirigente accompagnatore indicato nel predetto referto o convocazione. In questo caso la garanzia esplicherà il proprio effetto anche per il tragitto da casa o luogo di lavoro (se trattasi di lavoratore dipendente) sino al punto di raduno e viceversa entro i limiti previsti dal precedente punto a;
- c. i trasferimenti su mezzi adibiti a pronto soccorso o privati, durante il trasporto al più vicino luogo di ricovero. Il rischio in itinere sarà operante sempreché alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro.

Tale assicurazione opera a condizione che l'infortunio sia occorso in una località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto della copertura in data ed orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione dell'attività stessa. Gli allenamenti ufficiali controllati devono intendersi come effettuati sotto il controllo di un tecnico e/o allenatore tesserato, o di un dirigente della Società anch'esso tesserato, che eventualmente sarà chiamato, insieme al Presidente, a controfirmare la denuncia, assumendosi la responsabilità della veridicità dei dati.

Art. 37 – Estensione di garanzia

Oltre a quanto sopra esplicitato, sono considerati infortunio anche:

- gli avvelenamenti od intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento involontario di sostanze nocive in genere;
- l'asfissia non derivante da malattia;
- le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali in genere, con l'esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- la folgorazione;
- le lesioni derivanti da contatti improvvisi con corrosivi;
- gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- le lesioni, escluse le ernie non traumatiche, determinate da sforzi;
- gli infortuni derivanti da atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;



- atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe ed uragani.

Art. 38 - Infortuni derivanti da colpa grave e da tumulti popolari

In deroga agli artt. 1900 e 1912 C.C. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 39 - Infortuni determinati da calamità naturali

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

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

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

Art. 40 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato di cui all'art. 35 Soggetti Assicurati, per le seguenti somme:

MORTE	€ 125.000,00
LESIONI (come da Tabella Lesioni)	€ 80.000,00
RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE	€ 7.000,00
RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE IN CASO DI "GRANDI INTERVENTI"	€ 30.000,00
SPESE DI CURA PRE E POST ONTERVENTO CHIRURGICO	€ 16.000,00
RIMBORSO SPESE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	€ 750,00
INDENNITÀ GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO	€ 100,00
RIMBORSO PER CURE DENTARIE E/O PROTESI DENTARIE	€ 6.000,00
INDENNITÀ FORFETTARIA PER APPLICAZIONE DI INGESSATURA	€ 200,00
PERDITA ANNO SCOLASTICO	20% di indennizzo in più, oppure € 5.000,00
DANNO ESTETICO	€ 4.000,00
MORSI DI ANIMALI COMPRESI ARACNOIDI ED INSETTI	€ 1.000,00
AVVELENAMENTI	€ 1.000,00
ASSIDERAMENTO, CONGELAMENTO - COLPI DI SOLE O DI CALORE	€ 1.000,00
INDENNITÀ AGGIUNTIVA PER INVALIDITÀ PERMANENTE >=65%	€ 12.000,00



Art. 41 – Estensioni Speciali

- a) **Perdita dell'anno scolastico**
Qualora, a seguito di infortunio indennizzato a termini di polizza, l'Assicurato sia costretto ad un'assenza dalle regolari lezioni, tale da comportare la perdita dell'anno scolastico, espressamente motivata e convalidata dall'organismo scolastico preposto, l'indennità corrisposta verrà incrementata del 20% o qualora più vantaggiosa all'Assicurato sarà liquidata l'indennità di € 5.000,00.
- b) **Danno estetico**
Si conviene che, in caso di infortunio indennizzato a termine di polizza, la Società rimborserà all'Assicurato fino ad un massimo di € 4.000,00, le spese ospedaliere sostenute per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, allo scopo di ridurre o eliminare i danni estetici conseguenti a lesioni al viso con sfregi o con deformazioni permanenti. Verranno rimborsate tutte le spese sostenute per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva. E' stabilito che restano escluse dall'assicurazione le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici al viso nonché le spese relative a protesi, interventi e cure in genere odontoiatriche preesistenti all'evento. Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.
- c) **Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti**
Per morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'Assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, verrà corrisposto l'importo di € 1.000,00.
- d) **Avvelenamenti**
A seguito 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, verrà corrisposto all'Assicurato l'importo di € 1.000,00.
- e) **Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore**
A seguito di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione, verrà corrisposto allo stesso l'importo di € 1.000,00.
- f) **Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore**
Nel caso di morte di un assicurato genitore, il capitale spettante ai figli minorenni conviventi è aumentato del 70%. Ai figli minorenni sono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di Invalidità Permanente o superiore al 50%.
- g) **Indennità aggiuntiva per Invalidità Permanente pari o superiore al 65%**
Qualora a seguito di infortunio indennizzato ai sensi di polizza, avvenuto durante l'esercizio dell'attività sportiva, derivi un'Invalidità Permanente non inferiore al 65%, l'Assicurazione liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore necessaria per la costituzione di una rendita immediata di importo pari a € 12.000,00 annui, pagabile in due semestralità anticipate per la durata di 10 anni, mediante la stipulazione di un apposito contratto di assicurazione.
- h) **Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile**
Qualora, a seguito di infortunio indennizzato a termini di polizza, che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, e per la quale venga applicato un apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile, la Società riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario di € 200,00.
Per infortuni che abbiano per conseguenza fratture al viso, alle costole, o lussazioni della spalla, saranno considerati come apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile le applicazioni o fasciature di ogni genere. Il diritto al riconoscimento dell'indennizzo maturerà solo dietro presentazione di regolare documentazione medica rilasciata da Istituto di Cura all'infortunato, dove si certifica l'applicazione e rimozione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile e solo se la Lesione rientra tra quelle indennizzate dalla Tabella Lesioni.



- i) **Rischio guerra**
A parziale deroga dell'art. 25 lettera i "Rischi esclusi", l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.
Sono comunque esclusi dalla garanzia infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.
- j) **Virus H.I.V.**
Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo a seguito di contagio da virus H.I.V. avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna durante lo svolgimento delle attività inerenti il contratto, la Società mette a disposizione dell'Assicurato un capitale equivalente a € 16.000,00. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni della Società verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'assicurazione, le persone affette da emofilia e tossicomania, nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro. Il diritto a questa indennità è di carattere personale e, quindi non è trasmissibile agli eredi e deve essere esercitato, a pena di nullità, esclusivamente nelle seguenti forme:
- a)** qualora l'Assicurato ritenga o supponga di essere stato contagiato dal virus H.I.V., deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, denunciare alla Società, l'evento dannoso ritenuto causa del presunto contagio da virus H.I.V.. E' fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare alla Società una relazione dettagliata dell'evento dannoso. L'Assicurato deve altresì, entro il termine di 6 giorni dall'evento, recarsi presso un ospedale o istituto di cura pubblico o privato e sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V.;
- b)** nel caso in cui dagli accertamenti clinici risultasse lo status di sieropositività, riconducendo pertanto l'avvenuto contagio ad un momento precedente l'evento denunciato, nulla sarà dovuto dalla Società, i cui impegni verso tale Assicurato cessano automaticamente senza che niente sia avuto a pretendere;
- c)** qualora invece i risultati di detti accertamenti clinici fossero negativi, l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso ospedale od istituto di cura pubblico o privato, ad un successivo test immunologico entro 180 giorni dalla data della denuncia. Se dal secondo test immunologico risultasse lo status di sieropositività, la Società provvederà a mettere a disposizione il capitale pattuito, esaurendo con tale atto i propri impegni verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa automaticamente all'atto del pagamento dell'indennizzo.

Il rispetto degli obblighi precedentemente indicati è determinante ai fini della validità della garanzia, pena la decadenza della stessa in caso di inadempimento, con conseguente perdita del diritto all'indennizzo.

Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima; l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'ospedale o all'istituto di cura pubblico o privato dove vengono effettuate le analisi, prima di sottoporsi ad ogni test immunologico. Resta inteso che l'esposizione massima della Società per uno o più sinistri che dovessero interessare la presente garanzia sarà pari ad € 200.000,00.

Nell'eventualità che il sinistro dovesse colpire più di n. 20 Assicurati gli indennizzi spettanti saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 42 - Garanzia Rimborso Spese Mediche

In caso di Infortunio che comporti l'indennizzo di una delle Lesioni previste nell'Allegato A, saranno coperte anche le eventuali spese mediche come di seguito indicate:

- *Rimborso spese di cura ospedaliere*

In caso di infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, che comporti un ricovero con o senza intervento e quindi anche in regime di Day Hospital oppure ambulatoriale, la Società rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della somma prevista per anno assicurativo e dietro presentazione di relativa documentazione, le spese mediche o spese chirurgiche sostenute durante il periodo di ricovero ed in particolare quelle relative a:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli aiuti degli assistenti, degli anestesisti, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- accertamenti diagnostici, cure;
- rette di degenze.



I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata con uno scoperto del 20%, con un minimo di € 200,00 per sinistro, in caso di Day Hospital o di prestazione ambulatoriale tale minimo è elevato ad € 250,00.

- *Rimborso spese per "Grandi Interventi"*

Verranno rimborsate, fino alla concorrenza della somma pattuita per persona e per anno assicurativo, le spese ospedaliere in caso di "Grandi Interventi" a seguito di infortunio che produca una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A. Per grandi interventi si intendono quelli previsti nell'Allegato B "Grandi Interventi".

- *Spese di cura pre-post-intervento chirurgico*

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, viene messa a disposizione dell'Assicurato un'ulteriore somma per spese mediche sostenute entro i 90 giorni prima e/o dopo l'intervento chirurgico.

Nell'ambito di tale somma vengono stabiliti ulteriori limiti di indennizzo per sinistro:

- € 500,00 per sinistro, per le spese relative a trattamenti fisioterapici;
- € 300,00 per le spese di visite mediche.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 100,00 per sinistro.

- *Rimborso prestazioni specialistiche*

In caso di infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, la Società rimborsa all'Assicurato le seguenti prestazioni specialistiche, indipendentemente dal rimborso delle spese di cura in caso di ricovero e a quelle pre e post-intervento chirurgico già contemplate in polizza:

- TAC;
- Risonanza Magnetica;
- Radiografie;
- Ecografie;
- Tutori ortopedici;
- Artroscopia diagnostica.

Il rimborso delle prestazioni di cui sopra è prestato nel limite per persona previsto al punto "Somme Assicurate", per sinistro e per anno assicurativo, previa deduzione di una franchigia fissa ed assoluta di € 75,00 per sinistro.

- *Indennità Giornaliera in caso di ricovero*

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle rientranti nell'Allegato A, è prevista la corresponsione della diaria giornaliera di cui al punto "Somme Assicurate" per un massimo indennizzabile per anno assicurativo di 90 giorni.

I primi due giorni del 1° ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.

Nel caso in cui si abbiano più ricoveri a seguito di un unico sinistro, si procederà come segue:

- la franchigia verrà applicata sul primo ricovero;
- per i ricoveri successivi di durata pari o inferiore a 2 giorni non verrà corrisposta alcuna indennità giornaliera;
- per i ricoveri successivi di durata superiore ai 2 giorni verrà corrisposta l'indennità giornaliera senza nuova applicazione della franchigia di 2 giorni;
- in caso di Day-Hospital non verrà corrisposta alcuna Indennità Giornaliera. La presente garanzia non è cumulabile con il Rimborso Spese da Ricovero.

- *Rimborso spese per cure dentarie e/o protesi dentarie*

Nell'ambito della somma assicurata riferita alla garanzia "Rimborso spese da ricovero", l'assicurazione comprende il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per cure dentarie, conseguenti ad infortunio che produca una lesione indennizzata come previsto nell'Allegato A anche se non effettuate in regime di ricovero, con il limite previsto per anno assicurativo e con una franchigia fissa di € 100,00 per sinistro e fino ad un massimo di € 500,00 per dente.



Sono riconosciuti eventuali danni a protesi dentarie. Le spese sostenute per cure dentarie saranno ammesse a rimborso solo se l'infortunio che le ha determinate sia avvenuto nel corso di una partita ufficiale e ne sia stata fatta menzione nel referto arbitrale.

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

SEZIONE 6 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 43 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata entro 60 (sessanta) giorni dall'Assicurato (o dai suoi aventi causa).

Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere inviata entro 15 (quindici) giorni dal fatto.

La denuncia deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo hanno determinato.

La denuncia, firmata dall'Assicurato o suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal maggior esponente della Società Sportiva, che assume con ciò la piena responsabilità delle dichiarazioni rese nella denuncia stessa, in ordine alle modalità e circostanze di fatto, di tempo e di luogo in cui ebbe a verificarsi il sinistro.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta. L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono consentire alle visite dei medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire un dettagliato certificato medico sull'infortunio; in seguito, l'infortunato ha l'obbligo di comunicare, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescritte dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

Entro 30 (trenta) giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

Qualora l'infortunio interessi solo ed esclusivamente le Cure Dentarie, l'infortunato non è tenuto a presentare il certificato di guarigione.

La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata con certificato definitivo. In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa sino alla data di prescrizione del sinistro.

Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, la Società non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

L'Assicurato o i suoi aventi causa decadono da ogni diritto alle prestazioni assicurative nel caso di inosservanza delle prescrizioni per l'infortunio riportate nella presente polizza, e del pari decadono da ogni diritto ove fossero incorsi in false o reticenti dichiarazioni.

Art. 44 - Liquidazione e pagamento

Ricevuta la necessaria documentazione, valutato il danno, verificata l'operatività delle garanzie prestate e compiuti gli accertamenti del caso, la Società una volta determinata l'indennizzabilità del sinistro provvederà al pagamento di quanto dovuto entro 30 (trenta) giorni.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia in Euro.

Art. 45 - Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi per le prestazioni di Morte o Lesioni non sono cumulabili tra loro. Tuttavia, se dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità Permanente, entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra indennità pagata e quella prevista per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.



Art. 46 - Esonero denuncia infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui l'Assicurato fosse affetto al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato quanto disposto dall'art. 26 - Criteri di indennizzabilità.

Art. 47 - Responsabilità della Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dalla Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'art. 27 a) Morte (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso la Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che la Contraente fosse tenuta a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in esse soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore della Contraente, delle spese di causa dalla stessa sostenute. La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 48 - 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 possono 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.

Convenzione F.I.G.C. – POSTE ASSICURA 2021-2024

Polizza N. 7 9667

Settore Giovanile e Scolastico

Divisione Calcio Femminile

Divisione Calcio Paralimpico e Sperimentale

Allegato A

TABELLA LESIONI

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
----	----------------------	------------

LESIONI APPARATO SCHELETRICO

CRANIO

001	FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	€ 952,00
002	FRATTURA SFENOIDE	€ 680,00
003	FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALA TINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	€ 408,00
004	FRATTURA LEFORT I (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	€ 544,00
005	FRATTURA LEFORT II O III (non cumulabili tra loro né con LEFORT I)	€ 952,00
006	FRATTURA ETMOIDE	€ 408,00
007	FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	€ 272,00
008	FRATTURA OSSA NASALI	€ 340,00
009	FRATTURA MANDIBOLARE (PER LATO)	€ 544,00
010	LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA	€ 680,00
011	TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	€ 1.088,00

COLONNA VERTEBRALE

TRATTO CERVICALE

012	FRATTURA CORPO III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 816,00
013	FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 272,00
014	FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II VERTEBRA	€ 1.088,00
015	FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I- VERTEBRA	€ 8.000,00

TRATTO DORSALE

016	FRATTURA DEL CORPO DALLA I ALLA XI VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 544,00
017	FRATTURA DEL CORPO XII VERTEBRA	€ 1.088,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
018	FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA XII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 272,00
TRATTO LOMBARE		
019	FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	€ 1.088,00
020	FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA V VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 272,00
OSSO SACRO		
021	FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	€ 544,00
COCCIGI		
022	FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	€ 544,00
BACINO		
023	FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	€ 408,00
024	FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	€ 816,00
TORACE		
025	FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	€ 544,00
026	FRATTURA STERNO	€ 272,00
027	FRATTURA DI UNA COSTA (COMPOSTA)	€ 68,00
028	FRATTURA DI UNA COSTA (SCOMPOSTA)	€ 204,00
029	FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	€ 408,00
030	PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA	€ 816,00
031	PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA	€ 8.000,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
ARTO SUPERIORE (DX o SX)		
BRACCIO		
032	FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	€ 408,00
033	FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	€ 816,00
034	FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	€ 816,00
AVAMBRACCIO		
035	FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	€ 272,00
036	FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITÀ RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	€ 544,00
037	FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	€ 544,00
038	FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	€ 272,00
039	FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	€ 544,00
040	FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	€ 544,00
041	FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	€ 544,00
042	FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	€ 680,00
POLSO E MANO		
043	FRATTURA SCAFOIDE	€ 680,00
044	FRATTURA SEMILUNARE	€ 408,00
045	FRATTURA PIRAMIDALE	€ 272,00
046	FRATTURA PISIFORME	€ 136,00
047	FRATTURA TRAPEZIO	€ 272,00
048	FRATTURA TRAPEZOIDE	€ 272,00
049	FRATTURA CAPITATO	€ 272,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
050	FRATTURA UNCINATO	€ 272,00
051	FRATTURA I METACARPALE	€ 816,00
052	FRATTURA II O III O IV O V METACARPALE	€ 408,00
053	SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	€ 544,00
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA		
054	POLLICE	€ 544,00
055	INDICE	€ 408,00
056	MEDIO	€ 408,00
057	ANULARE	€ 272,00
058	MIGNOLO	€ 408,00
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA		
059	POLLICE	€ 408,00
060	INDICE	€ 340,00
061	MEDIO	€ 272,00
060	ANULARE	€ 100,00
061	MIGNOLO	€ 272,00
FRATTURA TERZA FALANGE DITA		
062	INDICE	€ 272,00
063	MEDIO	€ 100,00
064	ANULARE	€ 100,00
065	MIGNOLO	€ 272,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
ARTO INFERIORE (DX o SX)		
FRATTURA FEMORE		
066	DIAFISARIA	€ 816,00
067	EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico)	€ 8.000,00
068	EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	€ 8.000,00
069	FRATTURA ROTULA	€ 544,00
FRATTURA TIBIA		
070	DIAFISARIA	€ 408,00
071	ESTREMITÀ SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	€ 680,00
072	ESTREMITÀ INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	€ 680,00
FRATTURA PERONE		
073	DIAFISARIA	€ 272,00
074	ESTREMITÀ SUPERIORE (capitello o faccetta articolare tibiale)	€ 408,00
075	ESTREMITÀ INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	€ 544,00
076	FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	€ 680,00
077	FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	€ 816,00
PIEDE		
TARSO		
078	FRATTURA ASTRAGALO	€ 816,00
079	FRATTURA CALCAGNO	€ 952,00
080	FRATTURA SCAFOIDE	€ 408,00
081	FRATTURA CUSOIDE	€ 544,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
082	FRATTURA CUNEIFORME	€ 136,00
METATARSI		
083	FRATTURA I METATARSALE	€ 544,00
084	FRATTURA II O III O IV O V METATARSALE	€ 272,00
FALANGI		
085	FRATTURA ALLUCE (I o II Falange)	€ 340,00
086	FRATTURA I O II O III FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	€ 136,00
LESIONI DENTARIE		
087	ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	€ 95,20
088	ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	€ 27,20
089	ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	€ 68,00
090	ROTTURA CANINI (per ogni dente)	€ 136,00
091	ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	€ 68,00
092	ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	€ 102,00
093	ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	€ 204,00
094	ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)	€ 136,00
095	ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	€ 34,00
096	ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	€ 68,00
LESIONI PARTICOLARI		
097	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA	€ 1.088,00
098	ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	€ 8.000,00
099	ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	€ 12.000,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
100	ESITI EPATECTOMIA	€ 8.000,00
101	GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	€ 45.000,00
102	RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) -non cumulabile-	€ 18.000,00
103	RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) -non cumulabile-	€ 40.000,00
104	RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITÀ DEL RETTO -non cumulabile-	€ 12.000,00
105	COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	€ 32.000,00
106	AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	€ 100.000,00
107	COLECISTECTOMIA -non cumulabile-	€ 680,00
108	SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	€ 544,00
109	SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	€ 816,00
110	EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	€ 8.000,00
111	PORTATORE A SINTOMATICO ANTICORPO POSMVO (HIV +)	€ 544,00
112	PANCREATECTOMIA SUBTOTALE O TOTALE -non cumulabile-	€ 45.000,00
113	ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA	€ 408,00
114	ERNIA INGUINALE	€ 680,00
115	LOBECTOMIA POLMONARE	€ 12.000,00
116	PNEUMONECTOMIA	€ 24.000,00
117	PROTESI SU AORTA TORACICA	€ 16.000,00
118	PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	€ 12.000,00
119	PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	€ 35.000,00
120	CECITÀ MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	€ 26.000,00
121	PERDITA TOTALE DELLA FACOLTÀ VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	€ 100.000,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
122	SORDITÀ COMPLETA UNILATERALE	€ 9.600,00
123	SORDITÀ COMPLETA BILATERALE	€ 40.000,00
124	PERDITA NASO	€ 24.000,00
125	CORDECTOMIA	€ 12.000,00
126	EMILARINGECTOMIA	€ 20.000,00
127	LARINGECTOMIA	€ 45.000,00
128	PERDITA LINGUA	€ 100.000,00
129	PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	€ 1.088,00
130	PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	€ 12.000,00
131	ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima)	€ 1.088,00
132	ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE	€ 544,00
133	PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	€ 16.000,00
134	PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	€ 20.000,00
135	PATELLECTOMIA TOTALE	€ 8.000,00
136	PATELLECTOMIA PARZIALE	€ 544,00
137	PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	€ 680,00
138	PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	€ 20.000,00
139	PERDITA ANATOMICA DEL PENE	€ 24.000,00
140	ISTERECTOMIA (non cumulabile)	€ 16.000,00
141	ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	€ 24.000,00
142	OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	€ 680,00
143	USTIONI ESTESE A PIÙ DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (Documentate fotograficamente)	€ 24.000,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
144	PTOSI PALPEBRALE	€ 680,00
145	EVIRAZIONE COMPLETA	€ 40.000,00
146	PERDITA DEL PENE	€ 28.000,00
147	IMPOSSIBILITÀ ALL'EREZIONE	€ 20.000,00
148	CASTRAZIONE	€ 20.000,00

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

149	ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	€ 1.224,00
150	ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	€ 680,00
151	ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	€ 952,00
152	ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) -valore massimo per ogni dito-	€ 408,00
153	ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	€ 816,00
154	LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	€ 544,00
155	LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	€ 952,00
156	LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	€ 680,00
157	LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	€ 408,00
158	LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	€ 544,00
159	LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	€ 816,00
160	LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	€ 680,00
161	LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente) -valore massimo per ogni dito-	€ 340,00
162	LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	€ 544,00
163	LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	€ 8.000,00
164	LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	€ 272,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
165	LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O II O III O IV O V DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	€ 136,00
166	LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	€ 680,00
167	LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente) -non cumulabili tra loro-	€ 952,00
168	LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) -non cumulabili tra loro-	€ 340,00
169	LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	€ 340,00
170	LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) -non cumulabili tra loro-	€ 816,00
171	LUSSAZIONE ULNO CARPICA	€ 408,00
172	LUSSAZIONE ROTULA	€ 408,00
173	LUSSAZIONE TIBIO TARSICA	€ 816,00
174	LUSSAZIONE VERTEBRALE	€ 680,00

AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE

175	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	€ 100.000,00
176	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	€ 100.000,00
177	AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	€ 100.000,00
178	AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	€ 41.600,00
179	AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 46.400,00
180	AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	€ 44.800,00
181	AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 40.000,00
182	AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 35.200,00
183	AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	€ 36.000,00
184	AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	€ 33.600,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
185	AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	€ 37.600,00
186	AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	€ 30.400,00
187	AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 34.400,00
188	AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	€ 32.000,00
189	AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	€ 25.600,00
190	AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 29.600,00
191	AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 24.000,00
192	AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	€ 28.000,00
193	AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	€ 28.000,00
194	AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	€ 22.400,00
195	AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	€ 26.400,00
196	AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	€ 19.200,00
197	AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	€ 17.600,00
198	AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	€ 21.600,00
199	AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	€ 14.400,00
200	AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	€ 18.400,00
201	AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	€ 16.000,00
202	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	€ 16.000,00
203	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	€ 11.200,00
204	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	€ 8.000,00
205	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	€ 952,00
206	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	€ 9.600,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
207	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	€ 10.400,00
208	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	€ 680,00
209	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	€ 476,00
210	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	€ 340,00
211	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	€ 612,00
212	AMPUTAZIONE DELLA II E III FALANGE DELL'INDICE	€ 8.000,00
213	AMPUTAZIONE DELLA II E III FALANGE DEL MEDIO	€ 1.088,00
214	AMPUTAZIONE DELLA II E III FALANGE DELL'ANULARE	€ 816,00
215	AMPUTAZIONE DELLA II E III FALANGE DEL MIGNOLO	€ 1.224,00
ARTO INFERIORE		
216	AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	€ 100.000,00
217	AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA METÀ DELLA COSCIA (ma al di sopra dei ginocchio)	€ 100.000,00
218	AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto dei ginocchio)	€ 100.000,00
219	AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	€ 40.000,00
220	PERDITA DI UN PIEDE	€ 36.000,00
221	PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	€ 21.600,00
222	PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	€ 100.000,00
223	PERDITA DELL'ALLUCE	€ 816,00
224	PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	€ 408,00
225	PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	€ 136,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (Permanenti - Stabilizzati)		
ARTO SUPERIORE		
226	LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	€ 50.000,00
227	SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE ERB C5-D1	€ 36.000,00
228	SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE KLUMPKE	€ 36.000,00
229	PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE	€ 14.400,00
230	PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE	€ 28.000,00
231	PARALISI BASSA NERVO RADIALE	€ 20.000,00
232	PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO	€ 32.000,00
233	PARALISI COMPLETA NERVO ULNA	€ 20.000,00
234	PARALISI BASSA NERVO ULNARE	€ 16.000,00
ARTO INFERIORE		
235	PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARE D12-L4	€ 28.000,00
236	PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE	€ 24.000,00
237	PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	€ 36.000,00
238	PARALISI BASSA NERVO SCIATICO	€ 30.400,00
239	PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	€ 16.000,00
240	PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	€ 17.600,00
LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE		
241	EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SPORADICHE	€ 12.000,00
242	EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SETTIMANALI	€ 24.000,00
243	PARAPRESI CON DEFICITIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITÀ DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	€ 32.000,00

ID	TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO
244	MONOPARESI DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITÀ AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	€ 32.000,00
245	MONOPARESI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	€ 28.000,00

USTIONI

CAPO

246	USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 408,00
247	USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 8.000,00
248	USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 16-25% DELLE SUPERFICIE DEL VISO	€ 11.200,00
249	USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 14.400,00
250	USTIONE 2° O 3° GRADO DI 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUIOIO CAPELLUTO	€ 680,00
251	USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 30% DELLA SUPERFICIE DEL CUIOIO CAPELLUTO	€ 8.000,00

ARTI SUPERIORI E INFERIORI

252	USTIONE 2° O 3° GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 680,00
253	USTIONE 2° O 3° GRADO 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 8.000,00
254	USTIONE 2° O 3° GRADO DI 31-50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 12.000,00
255	USTIONE 2° O 3° GRADO DI OLTRE IL 50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 16.000,00

Convenzione F.I.G.C. – POSTE ASSICURA 2021-2024

Polizza N. 7 9667

Settore Giovanile e Scolastico

Divisione Calcio Femminile

Divisione Calcio Paralimpico e Sperimentale

Allegato B

ELENCO GRANDI INTERVENTI

Rimborso spese per "Grandi Interventi"

La polizza prevede il rimborso, fino alla concorrenza della somma pattuita per persona e per anno assicurativo, delle spese ospedaliere in caso di "Grandi Interventi" a seguito di infortunio che produca una lesione indennizzata tra quelle previste nella "Tabella Lesioni".

In questo documento sono elencati tutte le tipologie di "grandi interventi" previsti.

Collo

Resezioni e plastiche tracheali

Esofago

Interventi per lesioni traumatiche

Torace

Lobectomie, bilobectomie, pneumonectomie

Stomaco-duodeno intestino tenue

Resezione intestinale per via laparoscopica

Stomaco-duodeno intestino tenue

Resezione intestinale per via laparoscopica

Colon-retto

Colectomia totale con ileorecteanastomosi senza o con ileostomia

Fegato e vie biliari

Resezioni epatiche maggiori o minori

Anastomosi bilio-digestive

Pancreas-milza-surrene

Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)

Chirurgia maxillo facciale

Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore

Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale

Ricostruzione della mandibola con innesti ossei

Ricostruzione della mandibola con materiale alioplastico

Cardio Chirurgia

Interventi per corpi estranei

Sutura del cuore per ferite

Neurochirurgia

Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali

Cranioplastica ricostruttiva

Chirurgia Vascolare

Interventi sull'arteria succlavia vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)
Interventi sulle arterie viscerali o renali
Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)
Trattamento delle lesioni traumatiche della aorta
Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo

Chirurgia Ortopedica

Artrodesi grandi segmenti
Artrodesi vertebrale per via anteriore
Artroprotesi totale del ginocchio
Artroprotesi di spalla
Artroprotesi di anca parziale e totale
Disarticolazione interscapolo — toracica
Emipelvectomia
Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilofistesi
Osteosintesi vertebrale

Chirurgia Urologica

Nefrectomia polare
Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopico o etropico
Resezione uretrale e uretrografia

Chirurgia ginecologica

Laparotomia per ferite o rotture uterine

Chirurgia Oculistica

Vitrectomia anteriore e posteriore
Trapianto corneale a tutto spessore
Cerchiaggio per distacco di retina

Chirurgia Otorinolaringoiatria

Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
Laringectomia sopraglottica o subtotale
Laringectomie parziali verticali
Laringectomia e Faringoiangiectomia totale