



CIRCOLARE N. 11
2014/2015
FIRENZE, 1° AGOSTO 2014

Lega Italiana Calcio Professionistico

A tutte le Società
di Lega Pro
LORO SEDI

Polizza assicurativa Chubb Insurance Company Of Europe
Stagione sportiva 2014/2015

Con la presente si rende noto che per la stagione sportiva 2014/2015 è stata rinnovata, con validità sino al 30 giugno 2015, la polizza assicurativa con la Chubb Insurance Company Of Europe di Milano, della quale si riepilogano i principali termini di copertura e le relative modalità da seguire in caso di danno.

Polizza Infortuni

- **Assicurati:** “Giovani di Serie e staff tecnico non professionista” (allenatori, massaggiatori, tecnici e preparatori atletici).
- **Capitali assicurati:** € 80.000,00 Morte - € 80.000,00 invalidità permanente - € 1.000,00 Rimborso Spese Mediche da Infortunio
- **Rischio garantito:** infortuni occorsi durante lo svolgimento di gare ufficiali autorizzate dalla F.I.G.C./L.P.S.C. e allenamenti anche individuali, compreso il rischio in itinere.
- **Franchigia assoluta:** 5%.

In caso di sinistro, dovrà essere compilato il modulo di denuncia allegato al presente comunicato e l'infortunato potrà contattare direttamente l'operatore al seguente numero verde: **800/330722**

Si rimane a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
(Rag. Mario Macalli)



LEGA CALCIO PROFESSIONISTICO

POLIZZA INFORTUNI

GIOVANI DI SERIE

e

STAFF TECNICO NON PROFESSIONISTICO

ASSICURAZIONE INFORTUNI CONVENZIONE PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

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

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 3, con inizio dalle ore 00.00 del 01 LUGLIO 2013 e termina alle ore 00.00 del 01 LUGLIO 2016 senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

L'eventuale rinnovo è consentito nei limiti di quanto previsto nella normativa vigente al momento della scadenza contrattuale, fatta salva la facoltà di proroga riconosciuta alla Contraente laddove questa sia coerente con i presupposti che ne regolano l'istituto e, in ogni caso, subordinatamente al consenso della Compagnia.

Su espressa richiesta scritta della Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Compagnia si impegna tuttavia a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economico e normative in corso, per un periodo massimo di 120 giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio.

Ciascuna delle parti ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo ad ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi all'altra parte almeno 60 giorni prima del 01 luglio di ogni annualità successiva al 01/07/2013.

Art. 2 Facoltà di recesso in caso di sinistro

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

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

Art. 3 Obblighi del Contraente

Il Contraente si impegna a comunicare alla Società tutte le modifiche delle norme ed ogni altra circostanza che comporti una variazione od un aggravamento del rischio, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, riservandosi in ogni caso la Società la facoltà di recedere dall'accordo.

Art. 4 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker Mizar International Insurance Brokers Srl e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker Mizar Srl il quale tratterà con l'Impresa Assicuratrice.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

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

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker, anche per il tramite dei suoi Collaboratori del cui operato espressamente risponde, si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione.

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

DEFINIZIONI

Assicurato:	la persona garantita dalla copertura assicurativa, tesserato che svolge l'attività sportiva rientrante negli scopi della Contraente
Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Società:	Compagnia di Assicurazioni
Premio:	la somma dovuta dalla Contraente alla Società
Tesserato:	ogni singolo soggetto aderente alla Contraente
Contraente:	la LEGA italiana calcio professionistico
Beneficiari:	l'assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato
Franchigia:	è l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico che per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo.
Massimale:	è l'importo massimo della prestazione della Società
Scoperto:	è l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri.
Infortunio:	ogni evento improvviso, che si verifichi indipendentemente dalla volontà dell'assicurato, dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea;
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro;
Sinistro:	Il fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Ricovero:	permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento;
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Ambulatorio:	la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;
Istituto di cura:	l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche;
Trattamento chirurgico:	provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura;
Day Hospital:	struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica

NORME GENERALI

Art. 5 Assicurazioni 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 possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 6 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di 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. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito le polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 7 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio

Premesso che:

- i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva Sezione Premi;
- l'importo complessivo previsto alla Sezione Premi deve considerarsi quale premio minimo anticipato alla Società per ciascun anno assicurativo;

si conviene che:

- il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio verrà effettuato sulla base degli effettivi assicurati previsti alla Sezione Premi;

Entro la data del 31.07 di ciascun anno la Contraente fornirà alla Società il numero degli Assicurati (iscritti) suddivisi per categoria riferito all'anno assicurativo decorso, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

La Compagnia provvederà ad emettere apposito documento contabile che verrà regolato entro 60 giorni dall'emissione.

Art. 8 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento in cui consegna il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 9 "Titoli che danno

diritto all'assicurazione" della presente Sezione, e scadrà alle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza del tesseramento stesso.

I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del broker.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del 01 LUGLIO 2013, anche se la prima rata di premio non è stata pagata.

Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 60 giorni.

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

Art. 9 Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative è:

- la Tessera nominativa e numerata della Lega Italiana Calcio Professionistico – Giovani di serie e Staff tecnico non professionistico ;

ovvero

- la presenza del soggetto assicurato negli elenchi numerati e vidimati della Contraente

ovvero

- la lettera di convocazione della contraente

ovvero

- il contratto di collaborazione

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

Art. 10 Oneri fiscali

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

Art. 11 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 12 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 13 Interpretazione del Contratto

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

Art. 14 Foro competente

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

Art. 15 Dichiarazioni della Società

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

Art. 16 Coassicurazione e delega

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

- ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, restando tuttavia inteso che la Società coassicuratrice designata quale delegataria è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in espressa deroga all'art. 1911 del Codice Civile;
- tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicuratrice Delegataria e del Contraente ed ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente al Broker che provvederà a rimmetterli a ciascuna Coassicuratrice in ragione della rispettiva quota di partecipazione al riparto di coassicurazione. Relativamente al presente punto, in caso di revoca dell'incarico al broker, e successivamente alla cessazione dello stesso, il pagamento dei premi potrà essere effettuato dal Contraente anche unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici;
- con la firma del presente contratto le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta sui detti documenti dalla società Delegataria li rende validi ad ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

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

Art. 17 Obblighi informativi della società per i sinistri

La Società alle scadenze del terzo mese successivo ad ogni annualità assicurativa si impegna a fornire al Contraente ed al Broker indicato in polizza il dettaglio dei singoli sinistri così suddiviso:

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

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

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

CONDIZIONI ASSICURATIVE INFORTUNI

Art. 18 Soggetti Assicurati

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

Art. 19 Oggetto del rischio

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

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

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

Art. 20 Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

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

Art. 21 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 33 – Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'orientamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertata in base alle norme vigenti;
- f) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove ;
- g) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- h) dall'azione costituente reato commessa dal soggetto assicurato o dalla sua partecipazione a risse o tumulti o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o dall'ordinamento sportivo;
- i) da guerra e insurrezioni;

- j) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- k) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- l) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 22 Esonero denuncia di infermità

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

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dall'art.33 Criteri di indennizzabilità.

Art. 23 Esonero denuncia altre assicurazioni

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

Art. 24 Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 25 Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità, a norma e nei limiti delle norme di polizza, ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Medico risiede ove ha sede il Contraente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

La Società, entro 10 giorni dalla nomina del terzo medico, convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente, ove ne riscontri l'opportunità, a un termine, entro 2 anni, da fissarsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto stabilire una provvisoria sull'indennizzo totale non inferiore alla percentuale di invalidità permanente non in discussione.

Art. 26 Persone non assicurabili

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

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie 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, non sono indennizzabili.

Art. 27 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

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

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

Art. 28 Infortuni determinati da calamità naturali

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

In caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa 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. 29 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 10.000.000,00.

Art. 30 Validità territoriale

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

Art. 31 Limite di età

L'assicurazione viene prestata senza limiti di età.

Art. 32 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.

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

Art. 33 Rischio volo

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

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

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

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

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti.

La garanzia inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Art. 34 Rischio viaggio

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

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

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

Art. 35 Prestazioni

a) Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società corrisponde la somma assicurata 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, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

b) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la 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

Salvo quanto previsto al successivo art. 38 "Franchigia", l'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

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

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti fermo quanto previsto dall'art. 33.

Art. 36 Franchigia

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

Art. 37 Prestazione per il rimborso delle spese di cura rese necessarie da infortunio

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

a) spese per esami strumentali a scopo diagnostico ad analisi di laboratorio, compresi i relativi onorari dei medici che li hanno prescritti, effettuati nei 90 giorni precedenti o seguenti il ricovero, purché resi necessari dall'infortunio che ha determinato il ricovero stesso;

b) in caso di ricovero:

- spese per gli onorari dei medici, nonché in caso di intervento chirurgico, effettuato anche in ambulatorio o in regime di day hospital, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;

- spese per le cure, per i medicinali, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi con il limite del 20% del massimale assicurato;

- spese per le rette di degenza;

c) spese per il trasporto dell'Assicurato in ambulanza, all'Istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite del 20% del massimale assicurato.

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

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

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

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

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

La documentazione in originale delle spese sostenute trasmessa alla Società verrà restituita contestualmente alla liquidazione.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al S.S.N. o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante la loro presentazione al S.S.N. o altro Ente: ovviamente dal rimborso dovuto dalla Società verrà detratto quanto già riconosciuto.

Art. 38 Estensioni speciali

a) Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

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

b) Danno estetico

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

c) Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

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

d) Avvelenamenti

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

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

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

f) Perdita dell'anno scolastico

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

g) Rischio guerra

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

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

h) Rimpatrio salma

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

i) Rientro sanitario

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

Art. 39 Denuncia degli infortuni

1° fase operativa: "invio del Modulo di Denuncia di Sinistro compilato, della documentazione relativa all'infortunio, al Centro liquidazione dell'Assicuratore".

Entro 30 giorni dalla data dell'infortunio, a pena di decadenza di ogni diritto, la denuncia dovrà essere trasmessa dall'Assicurato (o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa) tramite lettera Raccomandata R.R. alla struttura centralizzata dell'Assicuratore che gestisce i sinistri in oggetto, citando sulla busta:

Centro Gestione Sinistri LNP Milano – Polizza Infortuni Chubb Insurance Company of Europe S.E.

c/o INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.p.A.

Via Bernardini Alimena, 111 – 00173 Roma

Nel caso di morte la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato allo stesso indirizzo entro 15 giorni dal fatto.

Trascorsi i predetti termini per la presentazione, la denuncia non sarà presa in considerazione qualunque sia la causa del ritardo ed a chiunque fosse imputabile tale ritardo.

Il modulo di denuncia deve essere richiesto dall'Assicurato alla propria Società Sportiva o potrà essere scaricato dal sito internet comunicato della spettabile contraente.

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

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

La Società Sportiva/Dirigente Sportivo non ha responsabilità per la ritardata o la mancata presentazione della denuncia.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire alla società e suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta.

L'Assicurato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono consentire alle visite dei medici della Società ed a qualsiasi indagine che questo ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'assicurato è tenuto a far pervenire all'Assicuratore un dettagliato certificato medico sull'infortunio. In seguito l'assicurato ha l'obbligo di comunicare all'assicuratore, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio stesso. L'assicurato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescritte dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

L'invio della documentazione medica, comprensiva del certificato di guarigione, dovrà essere prontamente effettuato a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno, non appena l'assicurato ne avrà possesso.

Entro 30 (trenta) giorni dal completamento delle cure mediche, l'assicurato dovrà presentare alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli.

Tutta la documentazione dovrà essere inoltrata in originale.

L'assicurato dovrà comunicare l'eventuale impossibilità di adempiere agli obblighi previsti dal presente articolo prima della decorrenza di un anno dalla data del sinistro, al fine di interrompere i termini prescrizionali dello stesso; anche in questo caso la comunicazione dovrà avvenire a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno.

In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione nei confronti del sinistrato è sospesa. Ove l'assicurato, autorizzato o non, riprenda l'attività prima del conseguimento della guarigione stessa, l'assicuratore non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali lo stesso 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 della Società nel caso di inosservanza delle prescrizioni per l'infortunio riportate nel presente Regolamento, e del pari decadono da ogni diritto ove fossero incorsi in false o reticenti dichiarazioni.

2° fase operativa: "Ricezione della denuncia e apertura del sinistro".

Il Centro Gestioni Servizi provvederà all'apertura della pratica sui propri sistemi informativi e invierà comunicazione informando l'assicurato in merito ai numeri di riferimento di sinistro e di dossier e farà richiesta dei documenti necessari per l'istruzione della pratica.

Per tutte le comunicazioni successive alla prima l'assicurato è tenuto a citare il numero di sinistro.

3° fase operativa: "Criteri di liquidazione"

Ricevuta la necessaria documentazione – ivi compreso il certificato di guarigione – valutato il danno, accertata la stabilizzazione degli eventuali postumi, compiuti gli accertamenti del caso e verificata l'operatività delle garanzie prestate, la Società entro il termine dei successivi 30 giorni provvede al pagamento del dovuto o al rifiuto dell'indennizzo. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia in valuta corrente.

Eventuali spese di patrocinio non sono in alcun modo rimborsabili dalla presente polizza.

4° fase operativa: "Informazioni sullo stato dei sinistri"

Chiamando il numero verde: **800-33.07.22**

(un risponditore automatico fornirà le opportune indicazioni di accesso ai servizi) nei giorni lavorativi dalle 9,00 alle 13,00 e dalle 15,00 alle 19,00, il sinistrato avrà accesso diretto all'Ufficio Gestione Sinistri per informazioni sullo stato della pratica e sulla liquidazione/pagamento del sinistro.

Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'assicurato dovrà sempre farsi riconoscere e fornire il numero di sinistro per avere accesso ai dati.

Qualora sia necessario, il Centro Gestioni Servizi metterà a disposizione dell'assicurato i seguenti numeri:

numero telefonico dall'Estero +39.06.42.115.692

numero difax +39.06.48.17.974

SEZIONE CATEGORIE ASSICURATI - SOMME ASSICURATE

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

Precisazioni

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

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

CONTRAENTE

CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE SE



Allegato A)

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

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

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

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

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

COCCIGI	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	4,00%

BACINO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.

FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	3,00%
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	6,00%

TORACE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	4,00%
FRATTURA STERNO	2,00%
FRATTURA DI UNA COSTA (COMPOSTA)	0,50%
FRATTURA DI UNA COSTA (SCOMPOSTA)	1,50%
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	3,00%
PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA	6,00%
PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA	10,00%

ARTO SUPERIORE (DX o Sn) BRACCIO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	3,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	6,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	6,00%

AVAMBRACCIO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	2,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	4,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	4,00%
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	2,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	4,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	4,00%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	4,00%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	5,00%

POLSO E MANO	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
FRATTURA SCAFOIDE	5,00%
FRATTURA SEMILUNARE	3,00%
FRATTURA PIRAMIDALE	2,00%
FRATTURA PISIFORME	1,00%
FRATTURA TRAPEZIO	2,00%
FRATTURA TRAPEZOIDE	2,00%
FRATTURA CAPITATO	2,00%
FRATTURA UNCINATO	2,00%
FRATTURA I° METACARPALE	6,00%
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	3,00%
SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	4,00%

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

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

MEDIO	2,00%
ANULARE	1,00%
MIGNOLO	2,00%

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

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

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

ARTO INFERIORE (DX o Sx) - FRATTURA PERONE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
DIAFISARIA	2,00%
ESTREMITA' SUPERIORE (capitello o faccetta articolare tibiale)	3,00%
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	4,00%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	5,00%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	6,00%

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

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

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

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

LESIONI PARTICOLARI	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	8,00%
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	10,00%
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	15,00%
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	10,00%
GASRTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	40,00%
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) -non cumulabile-	20,00%
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo- cecale) -non cumulabile-	40,00%
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' DEL RETTO -non cumulabile-	15,00%
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	40,00%
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	60,00%
COLECICTECTOMIA -non cumulabile-	5,00%
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	4,00%
SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	6,00%
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	10,00%
PORTATORE ASINTOMATICO ANTICORPO POSMVO (HIV+)	4,00%
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE - non cumulabile-	50,00%
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	3,00%
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	5,00%
LOBECTOMIA POLMONARE	15,00%
PNEUMONECTOMIA	30,00%
PROTESI SU AORTA TORACICA	20,00%
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	15,00%
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	35,00%
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	25,00%
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	100,00%
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	12,00%
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	50,00%
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	30,00%
CORDECTOMIA	15,00%
EMILARINGECTOMIA	25,00%
LARINGECTOMIA	50,00%
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	70,00%
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	8,00%
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	15,00%
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima-trattata/e chirurgicamente-)	8,00%
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	4,00%
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	20,00%
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	25,00%
PATELLECTOMIA TOTALE	10,00%
PATELLECTOMIA PARZIALE	4,00%
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	5,00%
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	25,00%
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	30,00%
ISTERECTOMIA (non cumulabile)	20,00%
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	30,00%
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	5,00%
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (documentate fotograficamente)	30,00%
PTOSI PALPEBRALE	5,00%
EVIRAZIONE COMPLETA	45,00%
PERDITA DEL PENE	35,00%
IMPOSSIBILITA' ALL'EREZIONE	25,00%
CASTRAZIONE	25,00%

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
TIPOLOGIA DI LESIONE	PERC.
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	9,00%
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	5,00%
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	7,00%
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) - valore massimo per ogni dito	3,00%
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	6,00%
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	4,00%
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	7,00%
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	5,00%
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	3,00%
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	6,00%
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	5,00%
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente) - valore massimo per ogni dito-	2,50%
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	10,00%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	2,00%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	1,00%
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	5,00%
LESIONE DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente) -non cumulabili tra loro-	8,00%
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	2,50%
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	2,50%
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONE-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	6,00%
LUSSAZIONE ULNO CARPICA	3,00%
LUSSAZIONE ROTULA	3,00%
LUSSAZIONE TIBIO TARSICA	6,00%
LUSSAZIONE VERTEBRALE	5,00%

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

AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	35,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	28,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	33,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	24,00%
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	22,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	27,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	18,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	23,00%
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	20,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	20,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	14,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	10,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	7,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	12,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	13,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	5,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	3,50%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	2,50%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	4,50%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	10,00%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	8,00%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	6,00%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	9,00%

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

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

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

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

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

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

