



CONVENZIONE ASSICURATIVA PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI A FAVORE DELLA FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI.



SOMMARIO

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione	5
Art. 2 Obblighi della Federazione	5
Art. 3 Clausola arbitrale	5
Art. 4 Clausola Broker	6
Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio	7
Obblighi inerenti alla tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. 136/2010.....	7
Prescrizione dei diritti	7
Art. 5 Manifestazioni unitarie	10
Art. 6 Assicurazioni per conto altrui	10
Art. 7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	10
Assicurazione obbligatoria degli sportivi	10
Art. 8 Aggravamento del rischio	10
Art. 9 Diminuzione del rischio	11
Art. 10 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio.....	11
Art. 11 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.....	11
Art. 12 Revisione del prezzo	12
Art. 13 Titoli che danno diritto all'assicurazione	12
Art. 14 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	13
Art. 15 Procedura denuncia sinistro infortuni	13
Art. 17 Oneri fiscali	14
Art. 18 Modifiche dell'Assicurazione	14
Art. 19 Rinvio alle norme di legge e interpretazione del contratto	14
Art. 20 Recesso del contratto	14
Art. 21 Risoluzione del contratto	14
Art. 22 Foro competente	15
Art. 23 Dichiarazioni della Società	15
Art. 24 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte	15
Art. 25 Modifiche contrattuali	15
Art. 27 Penali	15
Art. 28 Soggetti Assicurati.....	16
Art. 29 Oggetto del rischio.....	16
Art. 30 Estensioni di garanzia	16
Art. 31 Esclusioni	17

Art. 31.1 Esclusione OFAC – Sanzioni e restrizioni Internazionali:.....	17
Art. 31.2 Esclusione rischio pandemie.....	18
Art. 31.3 Esclusione rischio cyber	18
Art. 32 Esonero denuncia di infermità.....	18
Art. 33 Rinuncia alla rivalsa	18
Art. 34 Esonero denuncia altre assicurazioni	18
Art. 35 Persone non assicurabili	19
Art. 36 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari	19
Art. 37 Infortuni determinati da calamità naturali	19
Art. 38 Evento con pluralità di infortuni	19
Art. 39 Validità territoriale.....	19
Art. 40 Limite di età	19
Art. 41 Criteri di indennizzabilità	19
Art. 42 Rischio volo	20
Art. 43 Viaggi in comitiva.....	20
Art. 44 Prestazioni	20
Art. 45 Invalidità permanente – anticipo indennizzo.....	22
Art. 46 Invalidità permanente – franchigia assoluta.....	23
Art. 47 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave	23
Art. 48 Pagamento dell'indennità.....	23
Art. 49 Estensioni speciali.....	23
Art. 50 Rimborso Spese Mediche	25
Art. 51 Rinuncia al diritto di surrogazione.....	26
SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI AD ADESIONE RISERVATA AI TESSERATI NON AGONISTI.....	27
Art. 52 Oggetto della garanzia	27
Art. 53 Adesione alla formula integrativa.....	27
Art. 54 Decorrenza e scadenza della formula integrativa.....	27
Art. 55 Somme assicurate e garanzie prestate	27
Art. 56 Premi.....	27
FORMULA INTEGRATIVA “A”	28
Art. 57 Invalidità permanente.....	28
Art. 58 Rimborso spese mediche.....	28
FORMULA INTEGRATIVA “B”	28
Art. 59 Invalidità permanente.....	28



Art. 60 Rimborso spese mediche	28
Art. 61 Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato	29
FORMULA INTEGRATIVA "PLATINUM"	29
Art. 62 Invalidità permanente.....	29
Art. 63 Rimborso spese mediche	29
SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI AD ADESIONE PER PERSONALE E PARTECIPANTI, NON TESSERATI, A CORSI, GARE E/O MANIFESTAZIONI.....	30
SEZIONE SOMME ASSICURATE	31
SEZIONE PREMI.....	32



CONVENZIONE ASSICURATIVA PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI A FAVORE DELLA FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI.

Tra la FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA (F.G.I.) e la COMPAGNIA designata per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole Contraente e Società, viene stipulata la seguente convenzione per le garanzie contro Infortuni a favore della F.G.I., dei suoi Organi Centrali e Periferici, delle Affiliate e dei suoi Tesserati.

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 4, con inizio dalle ore 24.00 del 31 Dicembre 2025 e termina alle ore 24.00 del 31 Dicembre 2029.

È data facoltà alle Parti, tramite l'invio di una PEC, di recedere dal presente contratto ad ogni scadenza annuale, successiva alla prima, con un preavviso di 180 giorni, salvo esperimento della clausola di revisione dei prezzi ex art. 60 del D.Lgs 36/2023 e di rinegoziazione ex art.9 del medesimo Codice.

Alla naturale scadenza o in caso di recesso anticipato da parte della Compagnia ai sensi del successivo art. 20 – Diritto di recesso, quest'ultima è tenuta a concedere la proroga del presente contratto ai sensi dell'art. 120, comma 11 del D.Lgs n° 36/2023, ossia per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di gara per il rinnovo dell'affidamento.

In tal senso la Compagnia è tenuta a prorogare l'Assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in corso, salvo eventuali modifiche concordate tra le Parti, a fronte del pagamento del relativo rateo di Premio conteggiato sulla base di 1/360 del Premio annuale di Polizza per ogni giorno di proroga. Tale rateo di Premio andrà corrisposto alla Compagnia entro 60 giorni dalla data di decorrenza della proroga.

Resta convenuto che, in vigenza della presente convenzione, qualora subentrasse ai sensi della normativa vigente un obbligo di adesione a diverse condizioni assicurative ovvero qualsiasi ulteriore impossibilità alla sussistenza della presente convenzione, la medesima si intenderà risolta di diritto sin dalla data prevista dalla normativa stessa ovvero entro la prima scadenza successiva alla data della sua entrata in vigore.

Art. 2 Obblighi della Federazione

Il Contraente si impegna a comunicare alla Società tutte le modifiche delle norme federali 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. 3 Clausola arbitrale

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

La Parte che intenda promuovere l'arbitrato notificherà all'altra, a mezzo Ufficiale Giudiziario o Posta Elettronica Certificata, l'atto di nomina del proprio arbitro. L'altra Parte, entro 20 giorni dal ricevimento della predetta notifica, a sua volta notificherà, a mezzo Ufficiale Giudiziario o Posta Elettronica Certificata, l'atto di



nomina dell'arbitro da lei designato. I due arbitri così nominati dalle Parti designeranno, entro 20 giorni dalla notifica dell'atto di nomina del secondo arbitro, il terzo che presiederà il Collegio.

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.

Salvo quanto espressamente previsto dagli artt. 806 e seguenti c.p.c., competerà agli arbitri regolare la procedura arbitrale nel modo che sarà dagli stessi ritenuto più opportuno in relazione alla natura della controversia, ma sempre nel rigoroso rispetto del principio del contraddittorio, e disporre in ordine alle spese.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 4 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza ad Aon S.p.A. con sede legale in Milano, Via Calindri 6 in qualità di Broker, ai sensi del D.Lgs. 209/2005.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Compagnia dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia si intenderà come fatta dal Contraente e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Compagnia solo dopo il consenso scritto.

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Compagnia) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Compagnia, prevarranno queste ultime.

In ragione delle delega all'incasso dei premi conferita dalla Compagnia il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker e alle persone di cui deve rispondere si considera effettuato direttamente alla Compagnia ai sensi dell'art. 118 comma 2 del D. Lgs. 209/2005.

Resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.



Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt.120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS n.40/2018.

La remunerazione del Broker, pari al 4,99% dei premi imponibili, è a carico della Compagnia e non potrà quindi rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La società si impegna a fornire trimestralmente al Contraente per il tramite del broker incaricato, il dettaglio dei sinistri così suddiviso, esclusivamente in formato Excel:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva e motivazioni a riguardo);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti (con indicazione delle motivazioni a riguardo);
- e) nome e cognome dell'infortunato.

Le parti danno atto che la disposizione di cui sopra è essenziale per la corretta esecuzione delle obbligazioni di polizza, essendo espressamente prevista nel reciproco interesse di una ordinata ed efficace gestione dei sinistri e nell'ottica di un'adeguata e puntuale verifica dell'andamento della sinistrosità.

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

Obblighi inerenti alla tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. 136/2010

In conformità a quanto previsto dall'Art. 3, commi 8 e 9, della Legge n. 136 del 13/08/2010 ("Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia"), il Contraente, la Società e il Broker assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla medesima Legge 136/2010 con particolare riferimento alle disposizioni contenute all'Art. 3, commi 8 e 9.

Il presente contratto si intenderà risolto di diritto ex Art. 1456 C.C. e s.s. in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi dell'ausilio di Istituti Bancari o della società Poste Italiane S.p.A. e comunque si accerti il mancato rispetto degli adempimenti di cui al paragrafo precedente. e riportate, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara [CIG] o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto [CUP] comunicati dalla Stazione Appaltante.

Il Contraente, la Società e il Broker, e comunque ogni soggetto connesso al presente contratto che abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria previsti dalla Legge 136/2010, devono manifestare immediatamente la volontà di avvalersi della clausola risolutiva, informandone, a mezzo comunicazione scritta, il Contraente e/o la Società e la Prefettura o l'Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

Per ogni ulteriore aspetto di dettaglio si rimanda allo Schema di contratto.

Prescrizione dei diritti

I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono in base a quanto previsto dall'art. 2952 del Codice civile).



**REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI
A FAVORE DELLA FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA,
DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI**

DEFINIZIONI

Assicurato:	La persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa.
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione il quale può identificarsi anche con l'Assicurato; Federazione Ginnastica d'Italia.
Beneficiari:	L'assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato.
Cose:	Sia gli oggetti materiali, sia gli animali.
Broker:	Aon S.p.A. – Via Piemonte, 48 - 00187 Roma.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Società/Impresa:	La Compagnia di Assicurazioni.
Premio:	La somma dovuta dalla Contraente alla Società.
Atleti Agonisti (GOLD):	Tesserati alla Federazione che svolgono l'attività sportiva competitiva di alto livello organizzata dalla Federazione, dai suoi organi centrali o periferici, dalle Affiliate.
Atleti Agonisti (SILVER):	Tesserati alla Federazione che svolgono l'attività sportiva competitiva di base organizzata dalla Federazione, dai suoi organi centrali o periferici, dalle Affiliate.
Atleti Non Agonisti:	Tesserati alla Federazione che svolgono l'attività sportiva organizzata dalla Federazione, dai suoi organi centrali o periferici, dalle Affiliate, senza partecipazione a gare o competizioni, ma solo a manifestazioni non competitive.
Tecnici:	Tecnici, Allenatori e Istruttori o altra figura assimilabile.
Soggetti A:	Presidenti, Dirigenti e Soci delle Affiliate, Ufficiali di Gara, Segretari di Gara, Direttori di Gara, Membri delle Commissioni Tecniche Agonistiche e Funzionali, Membri dei Comitati Settore Agonistico e Membri dell'equipe sanitaria. Tali soggetti possono anche praticare l'attività sportiva sotto l'egida della Federazione.
Soggetti B:	Presidente Federale, Regionale e Provinciale, Consiglieri federali regionali e provinciali, Delegati regionali e provinciali, Segretario Generale, Revisori dei Conti, Commissione Federale di Garanzia, Ufficio Procuratore Federale e Componenti Organi di Giustizia. Tali soggetti possono anche praticare l'attività sportiva sotto l'egida della Federazione.
Atleti Nazionali:	Ginnasti facenti parte delle Squadre Nazionali presenti nell'apposito elenco fornito dalla Contraente.
Franchigia:	L'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico che per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo.



Scoperto:	L'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri.
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 o una lesione prevista dalla tabella allegata.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro:	Il verificarsi del 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.
Assistenza Infermieristica:	L'assistenza prestata da personale munito di specifico diploma.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Ambulatorio:	La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa 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.
Intervento 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.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro; per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base alla Tabella A di cui al Decreto del 3-11-2010, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20 dicembre 2010, n° 296. S, al netto della franchigia prevista dalla presente convenzione.

Art. 5 Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati qualora partecipino, a manifestazioni con altre organizzazioni o FSN, EPS, DSA o altri analoghi Organismi ai quali la Federazione Ginnastica d'Italia abbia ufficialmente aderito.

Art. 6 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. 7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

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.

Assicurazione obbligatoria degli sportivi

L'art. 51 della Legge n. 289 del 27/12/2002 e ss.mm.ii. prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione infortuni per atleti, tecnici e dirigenti. Pertanto, in deroga a quanto previsto all'art. 7 ed all'art. 18, Assicuratore e Contraente concordano che l'Assicuratore è sempre tenuto a risarcire l'Assicurato, salvo il diritto di rivalersi nei confronti della Contraente, per le garanzie previste dal regolamento di attuazione della legge stessa.

Art. 8 Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di 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 del Codice Civile.

Art. 9 Diminuzione del rischio

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

Art. 10 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio

Premesso che:

- i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva Sezione Premi;
- l'importo complessivo previsto alla Sezione Premi (numero adesioni – premio unitario – premio totale), deve considerarsi quale premio minimo anticipato 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 31.03 di ciascun anno il Contraente fornirà alla Società elenco riportante il numero degli Assicurati (iscritti) suddivisi per categoria riferito all'anno assicurativo decorso, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate o compensate entro 60 giorni dalla relativa comunicazione.

Art. 11 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 frazionamento sarà trimestrale con cadenze 31/12, 31/03, 30/06 e 30/09.

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. 15 *"Titoli che danno diritto all'assicurazione"* della presente Sezione, sempreché sia possibile determinare orario e data certa del pagamento della quota di associazione/tesseramento da parte della Affiliata all'Ufficio tesseramento della Contraente, e scadrà al quindicesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzidetto.

Viceversa, qualora non fosse possibile determinare data ed orario certo, la copertura assicurativa dovrà intendersi operante dalle ore 24,00 del giorno di conseguimento del tesseramento/associazione.

Si precisa che la decorrenza delle coperture avrà effetto dall'ora indicata sulla tessera in caso di registrazione effettuata tramite portale on-line, quindi certificata dalla Federazione. Ogni verifica potrà essere richiesta dall'Impresa Assicuratrice, tramite il Broker, al Contraente.

A parziale deroga del comma precedente e dell'Art. 1, per coloro che si tessereranno per la prima volta alla Contraente nel periodo 01/09 – 31/12 le coperture assicurative si intenderanno valide anche per l'anno successivo a quello di tesseramento. Pertanto, la copertura assicurativa potrà avere una durata massima di sedici mesi e quindici giorni.

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

In deroga a quanto stabilito dal primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del 31 Dicembre 2025 anche se la prima rata di premio non è stata pagata.

Per il pagamento di tutte le rate previste è concesso il termine di rispetto di 90 giorni.

Trascorso tale termine, senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

A parziale deroga del precedente comma, e solo ed esclusivamente per la garanzia infortuni, in caso di mancato pagamento del premio da parte della Contraente, qualora l'Assicurato possa esibire il titolo che dà diritto all'assicurazione rilasciato precedentemente alla data di infortunio, l'assicuratore provvede ad erogare la prestazione assicurativa, fatto salvo il diritto di rivalsa ai sensi dell'art. 1916 c.c. nei confronti della Contraente.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo, in data posteriore alla adesione alla Convenzione, ma anteriore alla segnalazione dei nominativi alla Società, quest'ultima esprime riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del sinistro.

L'assicurazione vale pregiudizialmente, solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi della legge dello Statuto e dei Regolamenti della Federazione, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente Affiliati o dipendenti dalla Federazione stessa, e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dalla organizzazione della Federazione.

Art. 12 Revisione del prezzo

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste al precedente articolo 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio -, la Società, decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste dal medesimo articolo e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali. Il Contraente, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere solo dalla seconda annualità. In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al precedente articolo Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione in merito al recesso, salvo quanto previsto in tema di rinegoziazione di cui al precedente art. 9..

Art. 13 Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto senza distinzione di attività praticata, rientrante comunque negli scopi della Contraente, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, alle garanzie assicurative è:

- la Tessera nominativa della F.G.I. ovvero il modulo di tesseramento, contenente il nominativo, regolarmente datato e vidimato dal Comitato Regionale/Delegazione Regionale di appartenenza;
- per gli Atleti Nazionali e Nazionali Juniores la presenza nominativa in apposito elenco inviato alla Società a cura della Contraente;
- Tessera "Promozionale": tale tipologia di tesseramento ha durata di giorni 15 dalla data di prima sottoscrizione ed esclude la partecipazione a gare ufficiali.
- per i Tecnici ed i Giudici in possesso di doppia qualifica oltre la tessera è la presenza sia nell'Albo Tecnico che nell'elenco Giudici in soprannumero rispetto all'Albo Federale dei Giudici;
- Affiliazione alla F.G.I. per le Affiliate;



Le Tessere verranno rilasciate a cura della F.G.I. a mezzo dei suoi organi periferici (Comitati regionali/Delegazioni Regionali, provinciali) e dalle Affiliate da questa specificatamente autorizzate attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Art. 14 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto previsto dagli artt. 1913 e 1915 del Codice civile.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; alla stessa deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.lgs. n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Compagnia legittimo impedimento alla trattazione del sinistro.

Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;

Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;

Consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

Art. 15 Procedura denuncia sinistro infortuni

La denuncia degli infortuni e/o lesioni previste nella Tabella Lesioni allegata, dovrà essere trasmessa on-line al Broker, per il tramite della piattaforma web messa a disposizione dei tesserati utilizzando le informazioni pubblicate sul sito istituzionale della Contraente (<https://www.ginnasticaditalia.aon.it/>) ed utilizzando i riferimenti e le procedure in esso indicate.

La Società, anche per il tramite dell'eventuale provider incaricato della gestione dei sinistri, si riserva di richiedere in copia od in visione la tessera completa, le registrazioni e tutti gli altri documenti ritenuti probanti ai fini della liquidazione dei sinistri.

La denuncia, effettuata nei termini suindicati, dovrà consentire inequivocabilmente l'identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relativo referto.

Nel caso di fratture e/o lesioni particolari è necessario che il referto clinico radiologico evidenzi la diagnosi in modo chiaro e specifico e sia redatto da un Pronto Soccorso Pubblico e/o una Struttura Privata equivalente (clinica, casa di cura etc.) e/o da medico regolarmente iscritto all'Albo.

Nel caso di sole lesioni, ricevuta la necessaria documentazione, l'Assicuratore, quantificato l'indennizzo sulla base della suindicata Tabella lesioni, provvede entro 30 giorni al relativo pagamento.

Nel caso di infortuni che prevedano indennizzi oltre che per lesioni anche per il rimborso/riconoscimento di una diaria e/o spese mediche, l'Assicurato, ad avvenuta guarigione clinica, deve inviare all'Assicuratore tutta la necessaria documentazione per determinare l'indennizzo.

L'Assicuratore o il Provider da esso eventualmente incaricato, ricevuta tale documentazione, provvederà entro 30 giorni a quantificare l'indennizzo ed a provvedere al relativo pagamento.

In caso di sinistro occorso in allenamento anche individuale previsto, disposto ed autorizzato o controllato dalla Contraente, anche per i tramite dei suoi Organismi periferici e delle Affiliate alla FGI, ai fini dell'ammissione del sinistro all'indennizzo, la denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo per il quale l'assicurato è tesserato che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione stessa.

La Contraente ed i suoi Organi periferici si impegnano a produrre, se richiesto, i documenti di cui sopra agli incaricati della Società, nonché a permettere verifiche e controlli, attinenti al sinistro, da parte dell'Assicuratore.

Art. 17 Oneri fiscali

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

Art. 18 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 19 Rinvio alle norme di legge e interpretazione del contratto

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge vigenti. Gli Assicuratori non sono tenuti a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga gli Assicuratori, la loro capogruppo o la loro controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

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

Art. 20 Recesso del contratto

La Società può recedere dal contratto di assicurazione esclusivamente secondo quanto stabilito al precedente Articolo 1 *"Durata e decorrenza della Convenzione"*.

Art. 21 Risoluzione del contratto

La Stazione Appaltante può risolvere il contratto, oltre che nei casi contemplati dall'art. 122 del d.lgs. n. 36/2023, anche nelle ipotesi di seguito elencate.

In tutti i casi di risoluzione del contratto l'Impresa Assicuratrice ha diritto soltanto al pagamento delle prestazioni relative ai servizi e alle forniture regolarmente eseguiti.

Nelle ipotesi successivamente elencate, ogni inadempienza agli obblighi contrattuali sarà specificamente contestata dalla Federazione a mezzo di comunicazione scritta, inoltrata via PEC al domicilio eletto dall'Impresa Assicuratrice. Nella contestazione sarà prefissato un termine non inferiore a 5 giorni lavorativi per la presentazione di eventuali osservazioni; decorso il suddetto termine, la Contraente, qualora non ritenga valide le giustificazioni addotte, ha facoltà di risolvere il contratto nei seguenti casi:

- frode nella esecuzione dell'appalto;
- mancato inizio dell'esecuzione dell'appalto nei termini stabiliti dal presente Capitolato;
- manifesta incapacità nell'esecuzione del servizio appaltato;

- inadempienza accertata alle norme di legge sulla prevenzione degli infortuni e la sicurezza sul lavoro;
- interruzione totale del servizio verificatasi, senza giustificati motivi, per 60 giorni anche non consecutivi nel corso dell'anno di durata del contratto;
- reiterate e gravi violazioni delle norme di legge e/o delle clausole contrattuali, tali da compromettere la regolarità e la continuità dell'appalto;
- cessione del Contratto, anche parziale, al di fuori delle ipotesi previste;
- utilizzo del personale non adeguato alla peculiarità dell'appalto;
- concordato preventivo, fallimento, stato di moratoria e conseguenti atti di sequestro o di pignoramento a carico dell'aggiudicatario;
- inottemperanza agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 13 agosto 2010, n. 136;
- ogni altro inadempimento che renda impossibile la prosecuzione dell'appalto, ai sensi dell'art. 1453 del codice civile.

Ove si verificano deficienze e inadempienze tali da incidere sulla regolarità e continuità del servizio, la Contraente potrà provvedere d'ufficio ad assicurare direttamente, a spese dell'aggiudicatario, il regolare funzionamento del servizio. Qualora si addivenga alla risoluzione del contratto, per le motivazioni sopra riportate, l'Impresa Assicuratrice, oltre alla immediata perdita della cauzione, sarà tenuto al risarcimento di tutti i danni, diretti ed indiretti ed alla corresponsione delle maggiori spese che la Federazione dovrà sostenere per il rimanente periodo contrattuale.

Per ulteriori valutazioni, si rimanda allo "Schema del Contratto".

Art. 22 Foro competente

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

Art. 23 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. 24 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Art. 25 Modifiche contrattuali

Potranno essere effettuate secondo quanto previsto nello "Schema di Contratto".

Art. 27 Penali

La FGI avrà facoltà di dichiarare immediatamente ed automaticamente risolto di diritto il contratto stesso come dall'art. 18 (Risoluzione del contratto).

Per le penali, si rimanda allo "Schema del Contratto".

Art. 28 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i Tesserati, a qualsiasi titolo e appartenenti a qualsiasi categoria, nonché per Soggetti A e B della Federazione Ginnastica d'Italia.

Art. 29 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 delle attività sportive, istituzionali e promozionali organizzate sotto l'egida della Federazione Ginnastica d'Italia o a seguito di ottenimento di "nulla osta" debitamente rilasciato dalla Contraente, ivi compresi gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale e comprese le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara o allenamento.

La copertura è inoltre estesa alle altre attività fisiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, pesistica, 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 più precisamente in occasione di riunioni, incarichi missioni e relativi trasferimenti, compreso il rischio in itinere, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio della Contraente e/o delle Affiliate.

L'assicurazione opera a condizione che le attività anzi descritte si svolgano secondo le modalità, i tempi e nelle strutture o nei luoghi previsti dal regolamento sportivo federale.

L'assicurazione opera anche in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggeri o in forma individuale, verso e da luogo di svolgimento delle attività di cui ai precedenti commi, esclusi gli incidenti verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque inosservanza delle norme che regolano il trasferimento.

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 all'attività di cui ai precedenti commi, 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.

Per gli atleti nazionali la copertura assicurativa deve intendersi operante, nei termini di seguito indicati e con i medesimi limiti previsti nella clausole successive per tale categoria, per gli infortuni che dovessero subire sia nello svolgimento dell'attività sportiva avvenuti durante la convocazione nazionale, sia nella fase di pre-convocazione durante l'allenamento svolto presso la Società sportiva di appartenenza, sia presso altre sedi in cui si allenano in presenza di nulla osta della Federazione.

Art. 30 Estensioni di garanzia

Sono considerati infortuni 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 derivanti da eventi catastrofali, quali a titolo esemplificativo e non limitativo, sismi, alluvioni, inondazioni, esondazioni, eruzioni vulcaniche e frane;
8. gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
9. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze anche gravi;
10. le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
11. le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari.

Art. 31 Esclusioni

- 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. 39 – Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- g) da guerra e insurrezioni;
- h) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- i) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- j) 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.);
- k) dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertate in base alle normative vigenti.

Art. 31.1 Esclusione OFAC – Sanzioni e restrizioni Internazionali:

In nessun caso la Società sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base della presente assicurazione, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la Società (o un suo dipendente o collaboratore) a divieti, sanzioni o restrizioni o possa comportare violazioni di divieti, sanzioni o restrizioni, secondo quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi o sanzioni economiche e commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dei suoi Stati membri, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.



Art. 31.2 Esclusione rischio pandemie

La presente Assicurazione non copre alcun sinistro direttamente o indirettamente derivante da, contribuito o risultante da pandemie o epidemie. Per pandemia ed epidemia si intende qualsiasi malattia dichiarata come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dal Governo italiano. L'esclusione è valida a partire dal momento in cui tale dichiarazione viene effettuata. La copertura è comunque efficace anche se l'insorgenza della malattia si manifesta in fase successiva alla dichiarazione di pandemia o epidemia, sempreché sia dimostrabile che il contagio sia avvenuto anteriormente alla data di dichiarazione della pandemia o epidemia.

Art. 31.3 Esclusione rischio cyber

L'Assicurazione non copre i danni causati dalla violazione dei sistemi informatici che hanno per effetto quello di compromettere:

- la disponibilità, l'autenticità o la riservatezza dei dati archiviati, trasmessi o processati;
- le reti ed i sistemi di informazione e quindi i servizi che offrono o che rendono accessibili;
- l'utilizzo e l'adeguato funzionamento di qualsiasi macchinario, impianto, apparecchiatura (anche di tipo mobile), componente elettronica, firmware, software e hardware in genere.

Di contro sono compresi i danni causati dalla violazione dei sistemi informatici che provochino la morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose e, qualora applicabile alla RC Prodotti, a cose diverse dal prodotto descritto in polizza.

Art. 32 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 in quanto l'Assicuratore, in caso di sinistro, darà luogo all'indennizzo previsto per pari danno nella Tabella Lesioni allegata.

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana si applicherà quanto disposto dall'art. 38 Criteri di indennizzabilità.

Art. 33 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. 34 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, invalidità permanente, ed indennità di ricovero, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.



Art. 35 Persone non assicurabili

Non sono indennizzabili i sinistri causati dalle patologie di alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

Art. 36 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. 37 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'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di € 10.000.000,00.

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. 38 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.

Art. 39 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. 40 Limite di età

Fermi restando i limiti dettati dai Regolamenti Federali e quanto previsto dall'art. 15 *Titoli che danno diritto all'assicurazione* - in merito ai possessori di tessera promozionale, l'assicurazione viene prestata senza limiti di età.

Art. 41 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 caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo Art. 44 lett. c) – lesioni, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. In deroga a quanto stabilito al comma 1, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (indetta dalla FSN o a cui partecipi l'Affiliata



previa approvazione e/o nulla osta della Federazione di appartenenza per la quale il soggetto assicurato risulti tesserato) 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.

In applicazione di quanto previsto dal decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dello Sport datato 28 febbraio 2018, non sono sottoposti ad obbligo di certificazione medica, per l'esercizio dell'attività sportiva in età prescolare, i bambini di età compresa tra 0 e 6 anni, ad eccezione dei casi specifici indicati dal pediatra.

Art. 42 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 società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico passeggeri;
- da aeroclub.

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 10.000.000 per il caso morte,

Euro 10.000.000 per il caso invalidità permanente,

Euro 10.000.000 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. 43 Viaggi in comitiva

Si conviene che la garanzia sarà efficace ed operante anche per i rischi derivanti da viaggio effettuato in comitiva regolarmente organizzata ed assistita da appositi accompagnatori con gli ordinari mezzi pubblici di trasporto o di proprietà della Federazione e/o sue strutture periferiche e/o affiliate.

Si considerano mezzi pubblici di trasporto anche gli automezzi di noleggio da rimessa, appositamente noleggiati con autista della Federazione e/o sue strutture periferiche e/o Affiliate, per spostamenti collettivi di gruppi di atleti o di squadre.

Come previsto dal precedente art. 34 - 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 € 10.000.000,00.

Art. 44 Prestazioni

a) Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, 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 subito.

c) Lesioni

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

- per tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella Tabella Lesioni Allegato A del Decreto del 03.11.2010 emanato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20.11.2010 n. 296, tenendo conto di quanto previsto alla sezione "Somme assicurate", per i diversi tipi tessera.

Resta inteso che in caso di mancato versamento del premio da parte della Contraente, la Società è obbligata ad erogare la prestazione assicurativa in favore dell'Assicurato, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti della Contraente stessa.

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. 38 – Criteri di indennizzabilità.

Precisazioni:

- Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna;
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee e i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura;
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo;
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato);

- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato;
- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro;
- I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo;
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna;
- Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà 20 volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento, seppur con il massimo indennizzo pari al 100% della somma assicurata di riferimento;
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento lesivo;
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente non deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica;
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa".
In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.
L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica;
- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovra 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.

Art. 45 Invalidità permanente – anticipo indennizzo

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

Art. 46 Invalidità permanente – franchigia assoluta

Sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art. 44 lett. c) non supera le percentuali qui di seguito specificate e suddivise per singola categoria di Tesserati:

CATEGORIA	FRANCHIGIA ASSOLUTA SU I.P.
TESSERA "PROMOZIONALE" (ESCLUSIVAMENTE RISERVATA AD ATLETI NON AGONISTI)	8%
NON AGONISTI	8%
AGONISTI SILVER	7%
AGONISTI SILVER TOP	7%
AGONISTI GOLD	7%
SOGGETTI FACENTI PARTE DELLA RAPPRESENTATIVA NAZIONALE e POSSESSORI DI FORMULA INTEGRATIVA "PLATINUM"	Garanzia prestata senza applicazione di alcuna franchigia
TECNICI – ALLENATORI E ISTRUTTORI	5%
SOGGETTI A e B	5%
POSSESSORI DI FORMULA INTEGRATIVA "A"	6% (vedi Art. 57)
POSSESSORI DI FORMULA INTEGRATIVA "B"	5% (vedi Art. 59)
POSSESSORI DI FORMULA INTEGRATIVA "PLATINUM"	Garanzia prestata senza applicazione di alcuna franchigia

In ogni caso e per qualsiasi categoria, qualora il grado di invalidità permanente accertato risulti superiore al 15%, non si darà luogo ad applicazione di nessuna franchigia.

Art. 47 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

Nel caso in cui invalidità permanente sia di grado non inferiore al 60%, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

Art. 48 Pagamento dell'indennità

Nel caso di Infortunio il pagamento dell'indennità sarà effettuato in Euro e comunque in Italia.

Art. 49 Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

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

La predetta garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentano scuole nella Repubblica di San Marino, nonché scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.



Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

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

Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 28 lettera g), 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.

Rimpatrio salma

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

Rientro sanitario

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

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 44 lett. c), per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 44 lett. c), 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, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 44 lett. c), a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Danno estetico

Al soggetto assicurato che non abbia compiuto il 14° anno di età alla data dell'infortunio, la Società rimborserà fino ad un massimo di € 5.000,00, le spese documentate sostenute dall'assicurato per gli interventi di chirurgia



plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Trasporto in ambulanza

Quando a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, anche se avvenuto all'estero, le condizioni dell'assicurato richiedano il suo trasporto in un centro medico e/o Pronto Soccorso, la Società terrà a proprio carico il costo della prestazione documentato fino ad un massimo di € 2.500,00.

Art. 50 Rimborso Spese Mediche

Unicamente per la categoria Tesserati NON AGONISTI e possessori di tessera "PROMOZIONALE", tutte le garanzie qui di seguito riportate si devono intendere prestate solo ed esclusivamente nel caso in cui l'infortunio generi un'invalidità permanente superiore alla franchigia assoluta prevista e fino alla concorrenza della somma indicata nella successiva "Sezione somme assicurate" per il rimborso delle spese sanitarie di seguito indicate.

Si precisa che per tutte le altre categorie di tesserati e per coloro che abbiano sottoscritto una delle formule integrative previste dal presente capitolato, non è prevista tale limitazione e, pertanto, il rimborso delle spese sanitarie da infortunio, sarà erogato in base a quanto riportato nella successiva "Sezione somme assicurate".

Relativamente alle spese sostenute in caso di ricovero, entro il limite della somma assicurata a questo titolo, la Società rimborsa le spese sostenute per:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
- rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.

Inoltre, l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, sempreché a seguito di intervento chirurgico, per un massimo di 180 giorni per:

- Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
- Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
- Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;

Le garanzie regolamentate dal presente articolo vengono estese anche alle:

- Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, anche senza intervento chirurgico, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

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

Le garanzie previste nel presente articolo si intendono estese ai casi di forzata completa immobilità, limitatamente alle fratture vertebrali anche se non dovessero comportare ricovero per un massimo di 180 giorni.

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di una franchigia pari a € 100,00.



Il rimborso per le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico, deve intendersi corrisposto previa applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 500,00.

Relativamente alle spese per cure fisioterapiche dovute dall'Assicuratore a seguito di intervento chirurgico, la garanzia si intende prestata con il limite di € 1.000,00 per anno e per persona ed un massimo di € 80,00 per singola seduta.

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

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in euro.

Art. 51 Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e/o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.



SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI AD ADESIONE RISERVATA AI TESSERATI NON AGONISTI

Art. 52 Oggetto della garanzia

Alle condizioni che seguono, è data facoltà ai singoli tesserati NON AGONISTI, che ne facciano espressa richiesta e ne onorino il relativo premio, di integrare le coperture previste nella presente convenzione.

Art. 53 Adesione alla formula integrativa

I Tesserati potranno provvedere a richiedere la copertura assicurativa di tale estensione seguendo le istruzioni al riguardo pubblicate sul sito istituzionale della Contraente <https://www.ginnasticaditalia.aon.it/>

Il premio lordo è indicato nella successiva Sezione Premi.

La Compagnia accetta sin d'ora che le formule integrative siano proposte e sottoscritte ai richiedenti attraverso il sistema informatico predisposto dal Broker.

Art. 54 Decorrenza e scadenza della formula integrativa

Le garanzie previste dalla formula integrativa decorreranno dalle ore 24,00 del giorno di adesione e scadranno, inderogabilmente, alle ore 24,00 del successivo 31.12.

Art. 55 Somme assicurate e garanzie prestate

Le somme garantite e le garanzie prestate si intenderanno quelle indicate nella successiva sezione "Somme assicurate" afferenti alla formula integrativa prescelta.

Art. 56 Premi

I premi previsti nella successiva "Sezione premi" dovranno essere pagati direttamente all'assicuratore per il tramite del broker.



FORMULA INTEGRATIVA “A”

Art. 57 Invalidità permanente

Relativamente a quanto previsto nel precedente art. 46 Invalidità permanente – franchigia assoluta, resta convenuto che, all’atto dell’adesione alla presente formula integrativa, la relativa franchigia dovrà intendersi ridotta di due punti percentuali rispetto a quella aggiudicata in gara per la categoria “NON AGONISTI” e possessori di tessera “PROMOZIONALE”.

Il capitale assicurato si intenderà quello indicato nella successiva sezione “Somme assicurate” afferente alla presente formula integrativa.

Art. 58 Rimborso spese mediche

La somma garantita a tale titolo dovrà intendersi quella indicata nella successiva sezione “Somme assicurate” afferente alla presente formula integrativa.

Inoltre, la garanzia prevista dall’art. 50 si intende estesa alle spese mediche sostenute in conseguenza di infortunio, anche se lo stesso non abbia generato un’invalidità permanente superiore alla franchigia assoluta prevista.

FORMULA INTEGRATIVA “B”

Art. 59 Invalidità permanente

Relativamente a quanto previsto nel precedente art. 46 Invalidità permanente – franchigia assoluta, resta convenuto che, all’atto dell’adesione alla presente formula integrativa, la relativa franchigia dovrà intendersi ridotta di tre punti percentuali rispetto a quella aggiudicata in gara per la categoria “NON AGONISTI” e possessori di tessera “PROMOZIONALE”.

Il capitale assicurato si intenderà quello indicato nella successiva sezione “Somme assicurate” afferente alla presente formula integrativa.

Art. 60 Rimborso spese mediche

La somma assicurata a tale titolo dovrà intendersi quella indicata nella successiva sezione “Somme assicurate” afferente alla presente formula integrativa.

Inoltre, la garanzia prevista dall’art. 50 si intende estesa alle spese mediche sostenute in conseguenza di infortunio, anche se lo stesso non abbia generato un’invalidità permanente superiore alla franchigia assoluta prevista.



Art. 61 Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato

In caso di applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, l'Assicuratore riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario per sinistro e per anno nei termini di cui alla successiva "Sezione somme assicurate".

Il diritto al riconoscimento dell'indennità 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.

FORMULA INTEGRATIVA "PLATINUM"

(riservata ai possessori di TESSERA "SILVER", "SILVER TOP" e "GOLD")

Art. 62 Invalidità permanente

Relativamente a quanto previsto nel precedente art. 46 Invalidità permanente – franchigia assoluta, resta convenuto che, all'atto dell'adesione alla presente formula integrativa, ai possessori di tale formula non verrà applicata alcuna franchigia.

Il capitale assicurato si intenderà quello indicato nella successiva sezione "Somme assicurate" afferente alla presente formula integrativa.

Art. 63 Rimborso spese mediche

La garanzia prevista dall'art. 50 si intende estesa alle spese mediche sostenute in conseguenza di infortunio, anche se lo stesso non abbia generato un'invalidità permanente superiore alla franchigia assoluta prevista.

Le somme garantite a questo titolo si intenderanno quelle indicate nella successiva sezione "Somme assicurate" afferenti alla presente formula integrativa.

SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI AD ADESIONE PER PERSONALE E PARTECIPANTI, NON TESSERATI, A CORSI, GARE E/O MANIFESTAZIONI

OGGETTO DELLA GARANZIA

Alle condizioni che seguono è data facoltà agli aderenti, che ne facciano espressa richiesta scritta e ne onorino il relativo premio, di integrare le coperture previste nella presente convenzione a:

- Personale, non tesserato, addetto a gare e/o manifestazioni;
- Partecipanti, non tesserati, alle sole manifestazioni organizzate dalla Contraente.

LE GARANZIE INFORTUNI, NEI TERMINI PREVISTI PER LA CATEGORIA TESSERATI NON AGONISTI, SONO ESTESE, IN SEGUITO AD ADESIONE, ANCHE A:

1. PERSONALE, NON TESSERATO, ADDETTO A CORSI, GARE E/O MANIFESTAZIONI

Modalità per la comunicazione del personale, non tesserato, a corsi, gare e/o manifestazioni

L'organizzatore del corso, gara e/o manifestazione (la Contrente e/o le sue strutture centrali o e periferiche e/o le Affiliate), potrà provvedere a richiedere la copertura assicurativa del personale non tesserato che partecipi alle stesse, seguendo le istruzioni al riguardo pubblicate sul sito istituzionale della Contraente <https://federginnastica.it>

Il premio lordo minimo giornaliero per ogni giornata di gara e/o manifestazione è indicato nella successiva Sezione Premi.

La Compagnia accetta sin d'ora che le formule integrative siano proposte e sottoscritte ai richiedenti attraverso il sistema informatico predisposto dal Broker.

Al termine di ogni mese la Società, sulla base della documentazione che il Broker farà pervenire alla stessa, contenente l'importo dei premi, i nominativi degli addetti ed il solo numero dei partecipanti alle gare/manifestazioni, provvederà ad emettere apposito documento contrattuale (appendice di incasso e/o regolazione).

2. PARTECIPANTI, NON TESSERATI, A CORSI, GARE E/O MANIFESTAZIONI

Modalità per la comunicazione dei partecipanti, non tesserati, a corsi, gare e/o manifestazioni

L'organizzatore del corso, gara e/o manifestazione (la Contraente e/o le sue strutture centrali o e periferiche e/o le Affiliate), potrà provvedere a richiedere la copertura assicurativa dei partecipanti non tesserati che prendano parte alle stesse, seguendo le istruzioni al riguardo pubblicate sul sito istituzionale della Contraente <https://federginnastica.it>

Il premio lordo minimo giornaliero per ogni giornata di gara e/o manifestazione è indicato nella successiva Sezione Premi.

La Compagnia accetta sin d'ora che le formule integrative siano proposte e sottoscritte ai richiedenti attraverso il sistema informatico predisposto dal Broker. Al termine di ogni mese la Società, sulla base della documentazione che il Broker farà pervenire alla stessa, contenente l'importo dei premi, i nominativi degli addetti ed il solo numero dei partecipanti alle gare/manifestazioni, provvederà ad emettere apposito documento contrattuale (appendice di incasso e/o regolazione).

SEZIONE SOMME ASSICURATE

Categoria di tesserati	Capitale caso morte	Capitale caso Invalidità Permanente	Franchigia assoluta su Invalidità Permanente	Capitale rimborso spese mediche da infortunio	Indennità forfettaria da gessatura
TESSERA “PROMOZIONALE” (Esclusivamente per atleti NON AGONISTI)	80.000,00 €	100.000,00 €	8%	Non prestata	Non prestata
NON AGONISTI	80.000,00 €	80.000,00 €	8%	€ 2.000,00 (garanzia riconosciuta solo nel caso in cui l’infortunio abbia generato un’invalidità permanente superiore alla franchigia assoluta prevista – vedi Art. 50)	Non prestata
FORMULA INTEGRATIVA “A”	100.000,00 €	100.000,00 €	6% (vedi Art. 57)	€ 3.500,00 (garanzia riconosciuta anche nel caso in cui l’infortunio non abbia generato un’invalidità permanente superiore alla franchigia assoluta prevista – vedi Art. 58)	Non prestata
FORMULA INTEGRATIVA “B”	100.000,00 €	100.000,00 €	5% (vedi Art. 59)	€ 3.500,00 (garanzia riconosciuta anche nel caso in cui l’infortunio non abbia generato un’invalidità permanente superiore alla franchigia assoluta prevista – vedi Art. 60)	€ 500,00
AGONISTI SILVER	100.000,00 €	100.000,00 €	7%	5.000,00 €	Non prestata
AGONISTI SILVER TOP	100.000,00 €	100.000,00 €	7%	7.500,00 €	Non prestata
AGONISTI GOLD	150.000,00 €	150.000,00 €	7%	10.000,00 €	Non prestata
SOGGETTI FACENTI PARTE DELLA RAPPRESENTATIVA NAZIONALE	200.000,00 €	200.000,00 €	Nessuna applicazione di alcuna franchigia	20.000,00 €	Non prestata
INTEGRATIVA PLATINUM (Formula riservata ai tesserati SILVER – SILVER TOP e GOLD)	200.000,00 €	200.000,00 €	Nessuna applicazione di alcuna franchigia	20.000,00 €	Non prestata
TECNICI-ALLENATORI-ISTRUTTORI	100.000,00 €	100.000,00 €	5%	5.000,00 €	Non prestata
SOGGETTI A e B	200.000,00 €	200.000,00 €	5%	10.000,00 €	Non prestata



SEZIONE PREMI

Formule integrative ad adesione:

Integrativa "A"	n. 1	x	€ 100,00	=	€ 100,00
Integrativa "B"	n. 1	x	€ 150,00	=	€ 150,00
Integrativa "Platinum"	n. 1	x	€ 500,00	=	€ 500,00

PREMI PER SINGOLA GIORNATA PER PRODOTTI AD ADESIONE PER AFFILIATE

Personale, non tesserato, addetto a corsi, gare e/o manifestazioni	
Da 1 a 30 addetti	€ 30,00
Da 31 a 50 addetti	€ 50,00
Oltre 50 addetti (premio aggiuntivo pro-capite)	€ 1,00

Partecipanti, non tesserati, a corsi, gare e/o manifestazioni	
Da 1 a 100 partecipanti	€ 120,00
Da 101 a 200 partecipanti	€ 240,00
Da 201 a 300 partecipanti	€ 360,00
Oltre 300 partecipanti (premio aggiuntivo pro-capite)	€ 1,20