CONVENZIONE MULTIRISCHI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA TENNISTAVOLO DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETA'AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI

Decorrenza **30.06.2025**
Scadenza **30.06.2029**

Compagnia: **Reale Mutua**
CIG: **B7539714B6**

Polizza Infortuni 2025/05/3183862
Polizza RC 2025/03/2610281

DEFINIZIONI

Assicurato:	la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa
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 od Ente iscritto o aderente alla Contraente
Contraente :	la **FEDERAZIONE ITALIANA TENNITAVOLO (F.I.T.E.T.)**
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 verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

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.
Indennizzo Paralimpici	per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di **invalidità permanente** accertata in base all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 03.02.2012, al netto della franchigia prevista dalla presente convenzione
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 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;
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
Atleti:	sono tutti i soggetti tesserati che svolgono attività sportiva a titolo agonistico e promozionale, come stabilito dai Regolamenti Federali. I tesserati promozionali non partecipano alle gare agonistiche ,Tornei e Campionati organizzati dalla Federazione.

Soggetti A:	Atleti squadre nazionali olimpiche
Soggetti A1:	Atleti squadre nazionali paralimpiche
Soggetti B:	Presidente, Segretario Generale,Consiglio Federale (componenti consiglio federale);
Soggetti B1:	dipendenti, dirigenti e dipendenti con la qualifica di "Quadro" nello svolgimento delle proprie mansioni (Rif. Art. 5 Legge n.190/1985)
Soggetti C:	Tecnici squadre nazionali (convocati dalla Federazione)
Soggetti D:	Tutti i Tesserati secondo quanto previsto dall'art.8 del vigente Statuto Federale i cui nominativi sono desumibili dall'archivio degli iscritti in carico alla FITET (portale AFFILIAZIONE/TESSERAMENTO)

Tra la **FEDERAZIONE ITALIANA TENNITAVOLO (FITET) 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, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA FITET DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETÀ E DEI SUOI TESSERATI.**

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione
La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 4 (quattro), con inizio dalle ore 24.00 del 30 Giugno 2025 e termina alle ore 24.00 del 30 Giugno 2029.
Tuttavia sia alla Società, sia al Contraente è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera inviata a mezzo PEC da inviarsi 90 giorni prima della suddetta scadenza.
L'Assicurato ha facoltà di richiedere alla Compagnia alla naturale scadenza del 30/06/2029 la proroga della convenzione assicurativa fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione di nuova convenzione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni, e la Società si impegna a concederlo alle stesse condizioni economiche e normative, anche per recesso anticipato per sinistro o alla scadenza intermedia della polizza.

Art. 2 Obblighi della Federazione
La Federazione 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 Foro competente - clausola arbitrale
Il Foro competente per qualsiasi controversia che potrebbe sorgere in applicazione della presente polizza è quello ove ha sede la Contraente/Assicurato.

Art. 4 Clausola Broker
Il Contraente dichiara di aver affidato, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo MAG S.p.A., con sede legale in Roma, delle Tre Madonne n.12 iscritta al RUI – Sezione B – con il n. 400942, Broker incaricato ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.
Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società MAG S.p.A., e in particolare:

a) Il Broker provvede alla gestione del contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale modifica dell'incarico al Broker.

b) Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 30 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente. Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.

c) La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire, almeno 15 giorni prima della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti.

d) Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il pagamento verrà effettuato dal Contraente al Broker (su conto separato e dedicato di cui all'Art.117 del D.Lgs 209/2005, in ossequio alla vigente normativa art.3 della Legge 13 agosto 2010 n. 136, giusta determinazione A.V.C.P. 18 novembre 2010 n. 8 paragrafo 4° punto quinto) che provvederà al versamento agli Assicuratori.

e) In caso di mancato perfezionamento e/o incasso il Broker provvederà a restituire alla Società i documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi.

f) La polizza e le eventuali successive appendici dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.

g) Si intende operante il disposto dell'art. 118 comma 1 del D.lgs 209/2005. Pertanto il pagamento

effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso.

h) In caso di coassicurazione, il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo fax o PEC le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.

i) I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermo restando i termini temporali della copertura.

j) Il Broker sarà remunerato dagli assicuratori aggiudicatari dell'appalto. Il compenso riconosciuto al Broker, sotto forma di ritenuta sui premi di assicurazione e all'atto del pagamento dei medesimi sarà pari a quanto indicato nella convenzione tra Ente e Broker ovvero pari al 6 %, applicata al premio imponibile e per ogni rata di premio pagata; tale remunerazione non potrà mai rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente / Contraente.

k) Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).

l) La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

m) Ai sensi dell'Art.48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008, n, 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'Art.3 del Decreto. Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'Art.72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'Art.1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa. L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nei documenti di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni ai sensi del Dlgs 50/2016 e successive modifiche nonché Dlgs 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti al primo capoverso del presente articolo.

Art. 5 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La società si impegna a fornire alle scadenze annuali al Contraente per il tramite del broker incaricato, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

a) sinistri denunciati;
b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva;
c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
d) sinistri respinti (con indicazione delle motivazioni a riguardo);

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.

Il dettaglio dei sinistri dovrà indicare per ciascuno sinistro:

- numero sinistro attribuito dall'assicuratore;
- struttura del Contraente dove il sinistro è accaduto o in ogni caso il luogo di verificazione dell'evento e indicazione dei veicoli e/o beni danneggiati;
- data denuncia;
- valore del danno denunciato;
- stato sinistro;
- causale del sinistro;
- valore degli scoperti-franchigie applicati in sede di liquidazione;
- data della liquidazione.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 10,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di

ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 6 Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. 136/2010

La Società assicuratrice, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 Agosto 2010 n. 136 e s.m.i.

I soggetti incaricati sono obbligati a comunicare alla Contraente gli estremi identificativi dei conti correnti bancari e/o postali dedicati, anche se non in via esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità ed al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire, salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata, tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati alla FITET.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, comma 8 della Legge.

Art. 7 Prescrizione dei diritti

I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto sul quale il diritto si fonda (il diritto si fonda art. 2952 del codice civile).

Art. 8 Disposizioni finali

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente sui moduli a stampa forniti dalle Società assicuratrici valgono solo quale presa d'atto dei premi e della ripartizione dei rischi tra le Società partecipanti alla Coassicuratrici.

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA TENNISTAVOLO DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETÀ AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 9 Manifestazioni unitarie
Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione, a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali F.I.T.E.T. abbia ufficialmente aderito.

Art. 10 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.11 Assicurazione obbligatoria degli sportivi
L'art. 51 della Legge n. 289 del 27/12/2002 e s.m.i. prevede l'obbligatorietà dell'assicurazione infortuni per atleti, tecnici e dirigenti. Pertanto, 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. 12 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e Buona fede
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).
Si conviene che l'eventuale omissione, incompletezza, inesattezza della dichiarazione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio durante il corso della validità del presente contratto non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte o incomplete dichiarazioni siano avvenute in buona fede.
L'assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio concordato tra le parti in relazione al maggior rischio esistente, con decorrenza retroattiva dal momento in cui la circostanza aggravante ha avuto inizio, ma il massimo di una annualità dal momento dell'accertamento e/o notifica.

Art. 13 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. 14 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. 15 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio

I premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva "Sezione Premi" nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

La Contraente fornirà quindi alla Società, entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo annuale ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti del Contraente inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati. A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

Il Contraente è esonerato dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Le differenze risultanti dalle regolazioni attive e passive devono essere pagate entro 90 giorni dalla relativa comunicazione

Art. 16 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 (rate semestrali 30.06/31.12).

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento in cui consegua il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art.17 "Titoli che danno diritto all'assicurazione" della presente Sezione, e scadrà al quindicesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzidetto.

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

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che se la prima rata di premio viene pagata successivamente alla decorrenza della polizza, comunque entro e non oltre il 30.08.2025, la garanzia per ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 24.00 del 30.06.2025.

Per il pagamento delle rate è concesso il termine di rispetto di 60 giorni.
Trascorso tale termine, senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio comprensivo verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.
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. 17 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:

- Per i **tesserati:** Tessera nominativa e numerata della FITET; la presenza nel Sistema informatico denominato affiliazione e tesseramento Contraente (raggiungibile dal sito FITET) a cui possono accedere i Dirigenti della Società Sportiva di appartenenza e/o gli uffici Federali di FITET. La conferma ufficiale di tesseramento può essere fornita anche dagli uffici federali di FITET;
- Per i **componenti del Consiglio Federale**: i nominativi desumibili dalle carte federali ed in particolare dai verbali dell'ultima assemblea elettiva;
- Per la categoria **Tecnici Squadre Nazionali** :i nominativi desumibili dalle carte federali specificatamente selezionati, rientranti in apposito registro;
- Per gli **Atleti Squadre Nazionali Olimpiche e Paralimpiche** : i nominativi specificatamente selezionati, rientranti in apposito registro;

Le tessere verranno rilasciate dalla F.I.T.E.T. e dalle Società affiliate da questa specificatamente autorizzate attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Art. 18 Denuncia dei sinistri
La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato al Broker entro 30 giorni dall'evento ovvero dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli art.1913 e 1915 del Codice Civile.

Art. 19 Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 20 Modifiche dell'Assicurazione
Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 21 Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge vigenti.

Art. 22 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. 23 Rescissione del contratto
La Società può recedere dal contratto di assicurazione esclusivamente secondo quanto stabilito al precedente Articolo 1 "*Durata e decorrenza della Convenzione*" .

Art.23.1 Recesso per sinistro
Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata.
In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Art. 24 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. 25 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte
Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Art. 26 Trattamento dei dati
Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 e smi, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.
La Società agisce quindi in qualità di "autonomo titolare" del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell'Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali.

SEZIONE INFORTUNI

Art. 27 Soggetti Assicurati
L'assicurazione vale per tutti i Tesserati alla Federazione Italiana Tennistavolo previsti nella "*Sezione Categorie, somme assicurate - Garanzia infortuni*" , nonché per i volontari di cui all'art.29 del D.Lvo n.36/2021 e s.m.i.

Art. 28 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 Federazione Italiana Tennistavolo, 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 delle Società affiliate, 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 Società 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.

Art. 29 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. le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
9. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze anche gravi;
10. le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari valido solo per la categoria Atleti Squadre Nazionali.

Art. 30 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. 41 – 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 acceleratici, 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 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. 40 Criteri di indennizzabilità.

Art. 32 Esonero denuncia alter 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, ad eccezion fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

Art. 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 Persone non assicurabili

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

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.
Si intendono inoltre assicurati i soggetti affetti da Trisomia 21.

Art. 35 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. 36 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. 37 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 15.000.000,00.

Art. 38 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. 39 Limite di età
Fermi restando i limiti dettati dai Regolamenti Federali, comunque l'assicurazione viene prestata senza limiti di età.

Art. 40 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. 42 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 la Società Sportiva previa approvazione 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.

Art. 41 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 aeroclubs.

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.42 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 subita.

C. Lesioni

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

- per i 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 alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.
- per tutti gli Assicurati Paralimpici saranno operanti le prestazioni nella tabella lesioni all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 03.02.2012, al netto della franchigia prevista dalla presente convenzione.

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.

Precisazioni:

- Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio, arti inferiori e costole 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 3 volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso, eccetto per casi di cartilagini di accrescimento ancora aperte", certificate, per le quali l'intervento chirurgico deve obbligatoriamente essere posticipato.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
    - Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non

oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa".

- In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post- traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni. L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.
- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas 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. 43 Invalidità permanente – franchigia assoluta

1. **Per tutte le categorie assicurate fatta eccezione di quelle di seguito indicate al punto 2) e 3),** sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art.42 lett. c) "Lesioni" non supera il 3%. Qualora la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore al 3% - l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.
2. Per i **Tecnici nazionali**, **Atleti Squadre Nazionali,** sul capitale assicurato l'indennizzo sulle lesioni è corrisposto secondo i criteri stabiliti nell'art. 42 lett.c). Si prende atto che per la categoria Tecnici nazionali e Atleti Squadre Nazionali e solo per gli infortuni occorsi durante le convocazioni nazionali, le franchigie previste, sia sulla garanzia IP che su quella di Rimborso Spese mediche, si intendono annullate. Le prestazioni di garanzia previste per questa categoria sono quindi erogate senza applicazione di franchigia.
3. Per il **Consiglio Federale, compreso il Presidente e il Segretario** ,la cui copertura deve intendersi limitata solo al rischio derivante dalla carica, non è prevista alcuna franchigia;

Per i soggetti ricompresi ai punti 1) e 2) del presente articolo, nel caso in cui il grado di invalidità permanente accertato ecceda il 20%, non si darà luogo all'applicazione di nessuna franchigia.
Per i soggetti ricompresi ai punti 1), 2) e 3), del presente articolo, nel caso in cui il grado di invalidità permanente accertata ecceda il 60%, l'indennizzo verrà riconosciuto al 100% del Capitale Assicurato.

Art. 44 Controversie sulla natura degli infortuni

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.
In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del

Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 45 Pagamento dell'indennità

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

Art. 46 Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo 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. 30 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, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Rientro sanitario

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

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 42 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. 42 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. 42 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, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito.

Art.47 Indennità da gesso riservata a Soggetti A - Atleti squadre nazionali olimpiche

La presente garanzia si intende prestata in sostituzione dell'indennità giornaliera da ricovero. In caso di applicazione di gesso e/o di tutore immobilizzante equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, ecc.) e/ di forzata completa immobilità, limitatamente ai casi di frattura vertebrale anche senza ricovero, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma assicurata prevista nella seguente " Sezione somme assicurate ", per ogni giorno di applicazione fino alla rimozione e/o al cessare della forzata completa immobilità e per un periodo massimo di 30 giorni.

Art. 48 Indennità giornaliera da ricovero riservata a Soggetti B (Presidente, Segretario Generale e Componenti del Consiglio Federale) e Soggetti C (Tecnici squadre nazionali)

In caso di ricovero in Istituto di cura, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà l'importo di € 50,00 previsto nella "*Sezione Categorie, somme assicurate - Garanzia infortuni*" per ogni giorno di degenza ai tesserati facenti parte delle categorie ivi indicate.

L'indennità per la diaria da ricovero viene corrisposta per un periodo massimo di 60 giorni e con una franchigia di 3 giorni.

Il giorno di ricovero ed il giorno di dimissione saranno considerati come unico giorno.

Art. 49 Rimborso spese mediche riservata a Soggetti A (Atleti squadre nazionali olimpiche)**, Soggetti A1** (Atleti squadre nazionali paralimpiche), **Soggetti B** (Presidente, Segretario Generale e Componenti del Consiglio Federale**) , Soggetti C** (Tecnici squadre nazionali)

Entro il limite della somma assicurata a questo titolo, la società rimborsa le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio che comporti intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air- cast, stecca zimmer, etc.) per:

1. 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);
2. Assistenza medica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
3. Rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali, bar, televisione, telefono.

Inoltre l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, per:

a. Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
b. Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
c. Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
d. Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
e. Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, 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 specialistica. 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 dovesse comportare ricovero.

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 100,00 per evento.
Solo per la categoria Atleti Squadre Nazionali resta confermato quanto disposto dall'art. 49 comma 2).
Relativamente alle spese odontoiatriche derivanti da infortunio indennizzabile a termini della presente polizza, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 500,00 per anno e per persona.
Relativamente alle cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 2.000,00 per anno e per persona ed un massimo di Euro 50,00 per singola prestazione.
Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate. I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificati in originale, in Italia ed in Euro.

Art. 50 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

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

Art. 51 Denuncia degli infortuni

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono:

a. Darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi 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 stabilito 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, qualora non fosse stato prestato in precedenza, 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;
b. In caso di sinistro occorso in allenamento anche individuale previsto disposto ed autorizzato o controllato dall'organizzazione sportiva, anche per i tramite dei suoi organismi periferici e delle società affiliate o aggregate della Federazione, 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.
c. Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
d. Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;
e. 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. 52 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.

ALLEGATO A – Paralimpici

Allegato relativo alle modalità di indennizzo

L'indennizzo previsto per ciascuna lesione, indicata nella seguente tabella, si calcola sulla base delle percentuali del capitale previsto in caso di morte (ad esempio 150.000 euro). Sulla base della tipologia di atleta l'indennizzo viene modificato rispetto ai normodotati prendendo in considerazione sia la condizione (danno e/o menomazione e/o patologia) determinante la disabilità sia le funzioni fisiologicamente intatte, utilizzando i seguenti coefficienti che "scalano" l'indennizzo sulla base del significato sportivo della struttura/funzione danneggiata. Il primo aspetto da prendere in considerazione è semplicemente di valutare se il danno da indennizzare riguarda una parte precedentemente funzionante o no. Qualora la lesione influisca sulla la disabilità dell'atleta e sulla sua funzionalità nelle comuni attività della vita quotidiana (ad esempio muoversi) e nello specifico sport praticato si applicano i seguenti coefficienti moltiplicativi sulla percentuale di indennizzo che prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce nella vita di relazione e nel contesto specifico in cui l'atleta gareggia.

I disabili fisici', che nei contesti sportivi al di là della peculiarità della condizione disabilitante sono accorpati insieme, per scalare lo specifico livello di lesione vengono classificati sulla base della funzionalità motoria (forza muscolare e/o ambito di movimento articolare in condizioni statiche e dinamiche) in 1O gruppi, dai più gravi ai meno gravi secondo la classificazione del nuoto. Nella classe 1 sono presenti gli atleti con minore funzionalità, nella classe 10 gli atleti con maggiore funzionalità. Nel caso in cui la lesione riguardi una parte del corpo che precedentemente non funzionava nella modalità tipica di un normodotato (ad esempio frattura di femore in un atleta paraplegico) si applicano direttamente gli indennizzi di seguito elencati aggiungendo una quota maggiorata del 5% negli atleti del Club Paralimpico. Nel caso in cui il danno riguardi una parte prima funzionante si dovrà utilizzare la classificazione citata con il razionale che in primo luogo quella lesione potrebbe incidere sulla vita di relazione del soggetto (attività della vita quotidiana) ed in secondo luogo che più grave la disabilità maggiore il danno relativo su quella funzione e quindi maggiore l'indennizzo. Il valore dell'indennizzo indicato in tabella verrà maggiorato in funzione inversa alla classificazione con un coefficiente oscillante dal 15% (classe 1) al 6% (classe 10) in tutti gli atleti tesserati e dal 25% al 16% negli atleti del Club Paralimpico. Il valore dell'indennizzo così ottenuto è ulteriormente aumentato sulla base dell'impatto della lesione in una funzione specifica dello sport in cui l'atleta gareggia. Il coefficiente moltiplicativo verrà basato sulla classe sportiva dello specifico sport praticato dall'atleta. Tale suddivisione in classi è reperibile sia sul sito del Comitato Paralimpico Internazionale (www.paralympic.org) che sul sito del Comitato Nazionale (www.comitatoparalimpico.it). Ogni atleta per gareggiare deve essere preventivamente classificato. La classificazione è specifica per ogni sport'. Tale indennizzo prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce sul livello e sulla condizione determinante la disabilità dell'atleta e sulla sua prestazione nello specifico sport praticato. I punteggi delle classi vengono ribaltati (il più grave è infatti quello con lesione più bassa) e moltiplicati come percentuali da aggiungere al valore di indennizzo. Anche tale valore viene raddoppiato nel caso di atleti del Club Paralimpico.

---

1 I **Disabili fisici cioè gli individui con danni di tipo motorio a loro volta sono suddivisi in "Mielolesi" (per lesione traversa del midollo spinale, Tetraplegici e Paraplegici, per spina bifida o per poliomelite) con possibili danni motori e/o sensitivi e/o del sistema nervoso autonomo; Amputati (nei differenti arti ed a differenti livelli) con danni motori e specifiche patologie nei monconi; Cerebrolesi (per paralisi cerebrale infantile o lesione cerebrale da trauma cranico o altre cause) con danni quali spasticità e/o mancanza di coordinazione e/o atetosi; e *"Gli Altri"* (soggetti con altre patologie, di interesse neurologico od ortopedico, non incluse nelle precedenti) con variegate possibilità e/o associazioni dei danni citati.**2 Ad esempio nella pallacanestro su sedia a ruote gli atleti sono suddivisi in classi con punteggi da I, i più gravi, a 4,5, i meno gravi.**

Per i disabili visivi', nel caso di danni non relativi al sistema visivo, l'indennizzo sarà maggiore rispetto ai normodotati in funzione del livello di danno visivo. L'indennizzo sarà maggiorato del 50% negli ipovedenti con minore danno (B3), del 75% nel caso del gruppo classificato come B2 e del 100% (cioè indennizzo doppio rispetto ai normodotati) nei non vedenti completi (B1). Negli atleti del Club Paralimpico l'indennizzo verrà ulteriormente ampliato del 50% indipendentemente dalla classe. Tale maggiorazione rispetto agli atleti normodotati è, come per i disabili fisici, giustificata dal fatto che la lesione da indennizzare può avere effetti sia nella vita di relazione sia nella prestazione della specifica attività sportiva praticata. Sulla base di ciascuno di questi parametri l'indennizzo potrà essere soggetto a modificazioni. Il razionale citato si applica anche alle seguenti tipologie di atleti disabili. Per il danno riguardante il residuo funzionale visivo l'indennizzo dovrà essere commisurato alla capacità successiva del soggetto di poter partecipare ad eventi sportivi. Qualora ciò diventasse impossibile l'indennizzo dovrà essere dell'ordine del 50% del capitale assicurato (caso morte) in tutti gli atleti tesserati e del 75% nei paralimpici.

Per i disabili uditivi' gli indennizzi indicati di seguito saranno maggiorati del 10% rispetto a quelli in tabella nel caso di danno fisico e pari al doppio dei normodotati in caso di danno neurosensoriale non relativo alla funzione uditiva. Nel caso di danno della funzione uditiva le stesse condizioni previste per i disabili visivi verranno applicate.

Per i disabili mentali gli indennizzi saranno pari al doppio dei normodotati in tutti gli atleti tesserati ed al triplo nei paralimpici. Gli atleti disabili mentali, nonostante la possibile varietà di livelli intellettivi e le diverse patologie determinanti tali disabilità (che possono includere danni funzionali di tipo motorio) non sono attualmente suddivisi in classi. Il criterio di eleggibilità alla partecipazione sportiva (definizione di "ritardo mentale") è il seguente: "funzionamento intellettivo generale" significativamente sotto la media (quoziente intellettivo - Q.I. - approssimativamente di
70 - 75 o inferiore) il quale determini o si associ a difficoltà di adattamento e/o difetti di prestazione che si manifestano inizialmente durante il periodo evolutivo prima dei 18 anni.

---

3 Ad esempio nel caso di un atleta paraplegico della pallacanestro su sedia a ruote con punteggio I (solo gli arti superiori sono funzionanti ed è mancante la stabilità del tronco e la funzionalità degli arti inferiori) in cui vi sia un danno agli arti superiori ad esempio la frattura della epifisi prossimale ulna (olecrano o processo coronoideo o incisura semilunare e radiale) in cui l'indennizzo previsto è pari al 4% del capitale assicurato in casodi morte (6000 euro). Tale valore verrebbe aggiunto del 10% secondo la classe del nuoto e del 4,5% secondo l'aggiustamento relativo alla tipica disciplina sportiva. L'operazione sarebbe 6000 + 600 +270 per un totale di 6870. Tale indennizzo sarebbe raddoppiato nel caso di Atleta Paralimpico (13740 euro).

4 I disabili non vedenti o ipovedenti, che includono patologie a carico dei mezzi diottrici e/o della retina e/o del nervo ottico e/o dell'encefalo, vengono suddivisi in tre classi dove la meno grave (B3) comprende gli atleti la cui acuità visiva nell'occhio migliore sia compresa tra 2/60 e 6/60 o il campo visivo sia compreso tra 5 e 20 gradi.

5 I disabili uditivi, che includono patologie a carico dello specifico organo sensitivo e/o del nervo acustico e/o dell'encefalo devono aver subito la perdita dell'udito di almeno 55 Decibel nell'orecchio migliore, e non vengono suddivisi in classi.

SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI AD ADESIONE VOLONTARIA PER TESSERATI (SOGGETTI D)

Art. 53 Oggetto della garanzia
Alle condizioni che seguono è data facoltà ai singoli tesserati, che ne facciano espressa richiesta e ne onorino il relativo premio, di integrare le coperture previste nella presente Convenzione.

Art. 54 Adesione alla formula integrativa
Al fine di aderire alla formula integrativa, il singolo tesserato dopo aver provveduto alla compilazione del modulo allegato ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via email all'indirizzo integrativa.fitet@magitaliagroup.com

Art. 55 Decorrenza e scadenza della formula integrativa
Le garanzie previste dalla formula integrativa decorreranno dalle ore 24.00 delle data di valuta del bonifico e scadranno inderogabilmente alle ore 24.00 del successivo 30.06.

Art. 56 Somme Assicurate
Le somme garantite si intenderanno quelle indicate nella successiva sezione Somme assicurate afferenti la formula integrativa prescelta.
Tali somme si intendono in sostituzione a quelle previste dalla copertura Tesserati.

Art. 57 Premi
I premi previsti nella successiva sezione premi vanno pagati direttamente all'assicuratore per il tramite del broker.

Art. 58 INTEGRATIVA A

AUMENTO DELLE SOMME ASSICURATE PER MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE RISERVATE AI TESSERATI
All'atto dell'adesione alla presente *formula integrativa A*, la somma assicurata per Morte e Invalidità Permanente diventa pari ad

- Euro160.000,00 per il caso Morte
- Euro 160.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

Franchigia: come da Art. 43
Premio: Il premio annuo lordo procapite che garantisce l'adesione alle formula integrativa s'intende pari € **10,00.**

SEZIONE SOMME ASSICURATE INTEGRATIVA A

INTEGRATIVA A	**Capitali Assicurati Compresi nella garanzia base "Tesserati" (Soggetti D)**	**Totale somme Assicurate con Integrativa A**
Caso Morte	€ 90.000,00	€ 160.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 90.000,00 *Franchigia 3%*	€ 160.000,00 *Franchigia 3%*
COSTO INTEGRATIVA - A		**€ 10,00**

Art. 59 INTEGRATIVA B

ESTENSIONE ALLA GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO O INDENNITÀ DA GESSO RISERVATA AI TESSERATI

indennità giornaliera da ricovero
In caso di ricovero in Istituto di cura, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà l'importo previsto nella "sezione somme assicurate "per ogni giorno di degenza.
L'indennità per la diaria da ricovero viene corrisposta per un periodo massimo di 60 gg. e con una franchigia di 3 giorni.
Il giorno di ricovero ed il giorno di dimissione saranno considerati come unico giorno.

indennità da gesso
In caso di applicazione di gesso e/o di tutore immobilizzante equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, ecc.) e/ di forzata completa immobilità, limitatamente ai casi di frattura vertebrale anche senza ricovero, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma assicurata prevista nella seguente " Sezione somme assicurate", per ogni giorno di applicazione fino alla rimozione e/o al cessare della forzata completa immobilità e per un periodo massimo di 30 giorni.

Le due garanzie vengono prestata singolarmente e non possono essere considerate cumulabili tra loro.

Premio: Il premio annuo lordo procapite che garantisce l'adesione alla formula integrativa s'intende pari a **€ 15,00.**

SEZIONE SOMME ASSICURATE INTEGRATIVA B

INTEGRATIVA B	**Capitali Assicurati Compresi nella garanzia base "Tesserati" (Soggetti D)**	**Totale somme Assicurate con Integrativa B**
Caso Morte	€ 90.000,00	€ 90.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 90.000,00 *Franchigia 3%*	€ 90.000,00 *Franchigia 3%*
Indennità giornaliera da ricovero/ indennità da gesso	ESCLUSE	€ 25,00 Franchigia 3 giorni per un max di 60 gg/ € 25,00 periodo max 30gg
COSTO INTEGRATIVA - B		**€ 15,00**

Art. 60 INTEGRATIVA C

Estensione alla garanzia Rimborso spese mediche riservata ai tesserati_ solo per infortunio indennizzabile a termini di polizza

La Società rimborsa, fino alla concorrenza della somme di seguito indicate, le spese sostenute dall'Assicurato e rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, durante il ricovero, a seguito di infortunio che comporti intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca zimmer, etc.) per:

1. 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);
2. Assistenza medica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
3. Rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali, bar, televisione, telefono.

Inoltre l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, per:

4) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
5) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
6) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
7) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
8) Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, 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 specialistica.

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 dovesse comportare ricovero.
Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 150,00 per evento.
Relativamente alle spese odontoiatriche derivanti da infortunio indennizzabile a termini della presente polizza, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 300,00 per anno e per persona.
Relativamente alle cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 1.000,00 per anno e per persona ed un massimo di Euro 50,00 per singola prestazione.
Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate.
I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificati in originale, in Italia ed in Euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.
PREMIO: Il premio annuo lordo procapite che garantisce l'adesione alle formula integrativa s'intende pari a **€ 30,00.**

SEZIONE SOMME ASSICURATE INTEGRATIVA C

INTEGRATIVA C	**Capitali Assicurati Compresi nella garanzia base "Tesserati" (Soggetti D)**	**Totale somme Assicurate con Integrativa C**
Caso Morte	€ 90.000,00	€ 90.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 90.000,00 *Franchigia 3%*	€ 90.000,00 *Franchigia 3%*
Indennità giornaliera da ricovero/ Indennità da gesso	ESCLUSE	ESCLUSE
Rimborso Spese Mediche	ESCLUSE	€ 2.500,00*
COSTO INTEGRATIVA - C		**€ 30,00**

* La garanzia viene prestata solo per sinistri indennizzabili a termini di Polizza.
Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 150,00 per evento.
Relativamente alle spese odontoiatriche derivanti da infortunio indennizzabile a termini della presente polizza, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 300,00 per anno e per persona.
Relativamente alle cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 1.000,00 per anno e per persona ed un massimo di Euro 50,00 per singola prestazione.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Art. 61 Descrizione del rischio

L'assicurazione è prestata per tutte le attività inerenti l'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative rientranti negli scopi della Contraente.
Sono comprese tutte le attività di allenamento, di corsi, manifestazioni sportive, ricreative e culturali, di gare organizzate dalla F.I.T.E.T. per proprio conto, dai Comitati Centrali e Periferici, Delegazioni Territoriali e dalle Società Sportive affiliate ed aggregate.

Art. 62 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per la Responsabilità Civile derivante ai sensi di legge alla Federazione Italiana Tennistavolo (organi centrali e periferici) nella sua qualità di Federazione Sportiva.
La Società si obbliga a tenere indenne:

- la Contraente, le sue strutture e le Società di Capitali da essa partecipate;
- i tesserati alla FITET previsti nella "*Sezione Categorie, somme assicurate - Garanzia RCT*" nonché per i volontari di cui all'art.29 del D.Lvo n.36/2021 e s.m.i.
- le Società Sportive e le Associazioni Sportive Dilettantistiche e Gruppi Sportivi FITET

per quanto siano tenuti a pagare ai sensi di legge a titolo di risarcimento capitale, interessi e spese per danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'Assicurazione.
L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare ai sopracitati soggetti da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.
L'assicurazione vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS e/o dall'INAIL ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 Giugno 1984 nr. 222.
L'assicurazione vale anche per i dipendenti con la qualifica di Quadro contro i rischi di responsabilità civile verso terzi conseguenti a colpa nello svolgimento delle proprie mansioni.

Art. 63 Massimali di garanzia

L'assicurazione vale per i risarcimenti (capitali, interessi e spese), fino alla concorrenza dei seguenti massimali in aggiunta alle spese di difesa di cui alle norme che regolano l'assicurazione.

a. **R.C.T. Euro 2.000.000,00** per ogni sinistro qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà.
b. **R.C.O. Euro 1.500.000,00** per ogni sinistro qualunque sia il numero dei prestatori di lavoro infortunati, ma con il limite di Euro 1.500.000,00 per ogni infortunato

Art. 64 Limiti di indennizzo

SEZIONE RCT

Danni da interruzione / sospensione di attività	Euro 500.000,00
Danni da incendio	Euro 500.000,00
Danni a cose in consegna/ custodia	Euro 200.000,00

Danni a cose di terzi sollevate, caricate, scaricate	Euro 100.000,00
Danni da furto	Euro 100.000,00
Danni da inquinamento accidentale	Euro 200.000,00

SEZIONE RCO

Malattie professionali	Euro 1.000.000,00

I limiti di indennizzo sopra riportati rappresentano la massima esposizione della società per sinistro e per periodo assicurativo annuo.

Art. 65 Scoperti e franchigie

Alla presente assicurazione si applicano, per ciascun sinistro, i seguenti scoperti e/o le seguenti franchigie, fatte salve eventuali fattispecie diversamente regolate in polizza:

Sezione R.C.T.	Franchigia fissa per ogni sinistro Euro 150,00
Sezione R.C.O.	Franchigia fissa per ogni sinistro Euro 2.500,00

Art. 66 Limiti Territoriali

La presente assicurazione vale per i danni che avvengono nel Mondo intero. Non saranno risarciti i danni derivanti da condanne punitive e/o esemplari.

Art.67 Responsabilità civile personale

L'assicurazione si estende alla responsabilità civile personale derivante ai tesserati partecipanti alle manifestazioni sportive, ricreative e culturali, comprese le attività di allenamento, di corsi, di gare organizzate dalla Contraente e dai Comitati Centrali e Periferici, dalle Società Sportive affiliate ed aggregate, per danni involontariamente cagionati a terzi ai sensi di legge.

La presente estensione di garanzia è prestata entro i limiti della normativa e dei massimali convenuti per l'assicurazione di R.C.T. per danni a terzi, e, ove sia operante, di R.C.O. per danni a prestatori di lavoro. In ogni caso i massimali per sinistro della R.C.T. e della R.C.O. convenuti in polizza restano il limite entro cui la Società può essere chiamata a rispondere anche in caso di corresponsabilità dei soggetti sopra menzionati con l'Assicurato o fra di loro.

Art. 68 Novero dei terzi

Non sono considerati terzi i prestatori di lavoro - dipendenti e non dipendenti - nei confronti dei quali la Contraente, le sue strutture e le Società affilate ed aggregate alla F.I.T.E.T.. siano tenute all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L., quando subiscano il danno in occasione di servizio.

Sono considerati Terzi fra di loro:

- i Tesserati, ed i Tesserati stessi aderenti alla F.I.T.E.T. nei confronti di quest'ultima, dei Comitati Regionali, Provinciali e delle Società Sportive affiliate ed aggregate;
- il coniuge, i genitori, i figli degli Assicurati, nonché qualsiasi parente o affine con essi convivente, esclusivamente nel caso in cui, pur sussistendo i precedenti rapporti, il danno si sia verificato durante l'effettivo svolgimento delle attività per cui è operante la garanzia ed alle quali partecipano contemporaneamente danneggiante e danneggiato.

Art. 69 Altre assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e di limiti

Qualora a favore dell'Assicurato fossero in corso al momento del sinistro altre assicurazioni

sui medesimi rischi coperti dalla presente Polizza, quest'ultima si considera operante nei casi e con le modalità seguenti:

a) se il rischio non fosse garantito nelle predette altre assicurazioni ma lo fosse in base alle garanzie prestate con la presente Polizza a favore dell'Assicurato stesso, saranno operanti per quel rischio i capitali e/o massimali e le condizioni previsti in quest'ultima, come se le predette altre assicurazioni non esistessero;

b) se il rischio fosse garantito e liquidato in base alle predette altre assicurazioni ma i massimali e/o capitali o le somme in esse previsti fossero insufficienti a coprire l'intero danno, la presente Polizza risarcirà l'Assicurato per la sola parte di danno eccedente quella risarcita a norma delle predette altre assicurazioni, nei limiti ed alle condizioni tutte della presente Polizza.

Art. 70 Cumulabilità indennizzo

Ai fini della presente Sezione, qualora il verificarsi di un evento dannoso dia diritto alla liquidazione di un capitale nella sezione infortuni della presente convenzione, la garanzia opererà con una franchigia pari all' importo liquidato dalla Sezione Infortuni.

Art. 71 Gestione delle vertenze e spese di resistenza

La Società assume, fino a quando né ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile sia penale, a nome dell'Assicurato, designando, previa intesa con lo stesso, ove occorra, legali e/o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti od azioni spettanti all'Assicurato stesso.
Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa dal danneggiato contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.
Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.
La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali e/o tecnici che non siano designati nelle modalità di cui sopra e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.
La Società si impegna a fornire tempestivamente copia degli atti processuali ed ogni informazione relativa all'andamento delle liti giudiziali.
Si precisa che la difesa dell'Assicurato viene assunta dalla Società in sede sia civile sia penale fino alla definitiva tacitazione dei terzi e ad esaurimento del giudizio nel grado in corso al momento della liquidazione del sinistro.

Art. 72 Esclusioni

L'assicurazione R.C.T. non comprende:

a) le gare che coinvolgono i natanti in quanto soggette alla legge 990 del 24/12/1969;
b) i rischi di responsabilità civile dei proprietari e/o dei conducenti degli autoveicoli e natanti al seguito di gare sportive.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i danni:

c) conseguenti a inquinamento in genere, comunque cagionato; interruzioni, deviazioni, impoverimento ed alterazioni di sorgenti, di corsi d'acqua sotterranei, di falde acquifere e di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
d) provocati a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
e) provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da questi detenute;
f) da furto;

g) dovuti ad errori od omissioni, disguidi o ritardi nella redazione, consegna, conservazione, pubblicazione, diffusione di atti, documenti, valori e simili; da responsabilità volontariamente assunte e non derivanti direttamente per legge;
h) alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate;
i) ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano i lavori;
j) derivanti dalla circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore e dalla navigazione di natanti a motore;
k) derivanti dalla detenzione o dall'impiego di aeromobili;
l) cagionati da opere ed installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori, nonché i danni cagionati da prodotti e cose dopo la consegna a terzi; per le opere che richiedono spostamenti successivi e, comunque, ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori che la riguardano e, comunque, dopo trenta giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso od aperta al pubblico;
m) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli Artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile;
n) da detenzione od impiego di esplosivi;
o) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
p) di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, ne per i danni da campi elettromagnetici;
q) verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;
r) direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni
s) causato o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.

Art.73 Franchigia

L'assicurazione si intende prestata previa detrazione di € 150,00 per ogni sinistro che comporti danni a cose.

Si prende atto tra le parti che la liquidazione dei sinistri verrà effettuata al terzo danneggiato al netto della franchigia prevista dalle condizioni della presente convenzione.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

Art. 74 Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per la Contraente, per i Comitati Centrali e Periferici, per i Comitati Organizzatori Locali, per le Società di Capitali dalla Contraente partecipate, per le Società Sportive affiliate ed aggregate quando svolgono attività organizzate F.I.T.E.T.

Art. 75 Oggetto dell'assicurazione -Responsabilità Civile verso figure soggette all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. (R.C.O.)

La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile verso i prestatori di lavoro subordinato da lui dipendenti, i prestatori di lavoro parasubordinati e quelli appartenenti all'area dirigenziale, siano essi:

- non soggetti all'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro,
- assicurati, ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, nonché ai sensi del Dlgs.23/02/2000 n° 38, per gli infortuni (escluse le malattie professionali) da essi sofferti.

Relativamente alla componente "Danno Biologico" l'assicurazione si intende prestata con l'applicazione della franchigia di € 2.582,28 per ogni persona infortunata.
La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. Non costituisce però causa di decadenza della copertura la mancata assicurazione di personale presso l'INAIL, se ciò deriva o da inesatta ed erronea interpretazione delle norme di legge vigenti, o da una involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL. L'assicurazione R.C.O.D. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS e/o dall'INAIL ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

Art. 76 Estensione malattie professionali

A parziale deroga delle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione la garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) è estesa al rischio delle malattie professionali (escluse asbestosi e silicosi) tassativamente indicate nelle tabelle allegate al
D.P.R. n.1124 del 30 giugno 1965, o contemplate dal D.P.R. del 9 giugno 1975 n.482 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni, in vigore al momento del sinistro, nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali dalla Magistratura.
L'estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino in data posteriore a quella della stipulazione del presente documento e siano conseguenza di fatti colposi commessi dall'Assicurato o da persone delle quali deve rispondere, verificatisi durante il tempo dell'assicurazione.
L'estensione non ha effetto per le malattie che si manifestino dopo 12 mesi dalla data di cessazione della polizza o della data di cessazione del rapporto di lavoro.
Ferme, in quanto compatibili, le Condizioni Generali di assicurazione in punto di denuncia dei sinistri, l'Assicurato ha l'obbligo di denunciare senza ritardo alla Società l'insorgenza di una malattia professionale rientrante nella garanzia e di fare seguito, con la massima tempestività, con le notizie, documenti e gli atti relativi al caso denunciato.

Art. 77 Esclusioni

La presente garanzia non comprende unicamente i danni:

- da detenzione od impiego di esplosivi;
- verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, ne per i danni da campi elettromagnetici;
- verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;
- direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni;
- causato o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.

Art. 78 Denuncia dei sinistri e obblighi dell'assicurato

La Contraente e le sue strutture devono fare denuncia alla Società soltanto degli infortuni per i quali ha luogo l'inchiesta pretorile a norma della legge infortuni.
Inoltre, se per l'infortunio viene iniziato procedimento penale, deve darne avviso alla Società appena ne abbia notizia.
La Società ha diritto di avere in visione i documenti concernenti sia l'assicurazione obbligatoria sia l'infortunio denunciato in relazione all'assicurazione stessa che abbia dato luogo al reclamo per responsabilità civile.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI GESTIONE IMPIANTI

(Estensione della Sezione Responsabilità Civile verso Terzi)

Art. 79 Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per la Contraente, per le sue strutture Regionali e Provinciali, per i Comitati Organizzatori Locali, per le Società di Capitali dalla Contraente partecipate e per tutte le Società Affiliate/Aggregate quando svolgono attività sotto l'egida della F.I.T.E.T.

Art. 80 Collaboratori

La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione nei confronti delle persone che non essendo alle dirette e regolari dipendenze svolgano la loro opera quali collaboratori inquadrati nelle forme consentite dalle leggi vigenti o comunque addetti e volontari, con mansioni di qualunque natura, all'organizzazione di gare, manifestazioni e attività sportive in genere.

Art. 81 Danni da sospensione od interruzione di esercizio

La garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni arrecati a terzi in conseguenza di interruzione o sospensione totale o parziale di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi. A condizione però che tali danni siano la conseguenza di morte o di lesioni personali o di danneggiamenti a cose risarcibili a termini di polizza.
La presente estensione di garanzia viene prestata nell'ambito del massimale pattuito in polizza, con un limite pari al 20% del massimale stesso.

Art. 82 Danni da incendio

A parziale deroga di quanto stabilito nelle esclusioni, la garanzia comprende la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per i danni di cose da terzi causati da incendio di cose di sua proprietà o da lui detenute ferma l'esclusione dei danni alle cose che l'assicurato abbia in consegna o detenga a qualsiasi titolo.
Qualora l'Assicurato abbia in corso coperture assicurative prestate con rischio accessorio a polizza del ramo incendio la presente estensione di garanzia opera in eccedenza a tale copertura.
Detta estensione di garanzia è prestata con l'applicazione, per ciascun sinistro, di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 1.000,00 ed un limite di indennizzo di Euro 500.000,00 per sinistro ed anno assicurativo

Art. 83 Danni a cose in consegna e custodia

A parziale deroga di quanto stabilito nelle esclusioni, la garanzia comprende i danni alle cose che l'Assicurato abbia in consegna e/o custodia.
Sono comunque esclusi:

- i danni alle cose costituenti oggetto diretto dei lavori e delle attività descritte in polizza;
- i danni ai beni strumentali utilizzati per l'attività assicurata.

La presente garanzia è prestata con uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo di Euro 200,00 e con il limite massimo di risarcimento di Euro 200.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.

Art. 84 Servizi complementari di impianti sportivi

La garanzia comprende il rischio della proprietà e/o conduzione di impianti sportivi in genere anche per danni subiti dai Soci e/o frequentatori degli impianti stessi.

Art.85 Parchi

La garanzia comprende il rischio della proprietà e/o conduzione di parchi alberati e/o aree verdi adibite ad attività F.I.T.E.T., compresa la manutenzione degli stessi, anche se effettuata attraverso Ditte e/o persone non alle dipendenze e con l'uso di macchine e attrezzi sia di proprietà dell'Assicurato che di terzi.

Art. 86 Estensione di garanzia

A maggiore precisazione e/o estensione dell'oggetto dell'assicurazione si conviene che sono comprese in garanzia i sotto - elencati rischi e/o attività anche cedute in appalto con l'intesa che in tal caso la garanzia comprende solo la R.C. dell'appaltante – per contratti per un valore massimo di Euro 5 ML –

A. servizio pubblicitario tramite insegne, cartelli e striscioni;
B. organizzazione o partecipazione ad esposizioni, fiere, mostre, mercati, congressi e convegni, compresi l'allestimento e lo smontaggio
C. servizio mense, bar, ristoranti, compresa la somministrazione di cibi e bevande;
D. operazioni di progettazione, montaggio, collaudo, manutenzione, riparazione e installazione degli impianti dell'Assicurato;
E. conduzione, manutenzione, pulizia, riparazione e proprietà dei fabbricati in cui si svolge l'attività;
F. servizio di vigilanza effettuato anche con guardiani armati e con cani, anche fuori dal

recinto dello stabilimento;

G. servizio antincendio aziendale, anche in occasione di eventuale intervento al di fuori dell'area dell'azienda e/o circolo;
H. proprietà ed uso, anche all'esterno dell'azienda e/o circolo, di velocipedi e ciclofurgoncini senza motore;
I. operazione di prelievo e/o consegna merci e materiali, comprese le operazioni di carico e scarico.
J. servizi sanitari prestati in ambulatori, infermerie e posti di pronto soccorso, siti all'interno dei complessi sportivi, compresa la responsabilità personale dei sanitari e del personale ausiliare addetto purché tesserato.
K. esercizio di uffici, depositi, magazzini e dalle attrezzature ivi esistenti, ovunque ubicati sul territorio italiano purché inerenti all'attività dichiarata in polizza, esclusa la responsabilità civile professionale derivante dall'attività svolta negli stessi.
L. proprietà o esercizio delle attrezzature, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva compresi tribune, stadi.

SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI E RESPONSABILITA' CIVILE AD ADESIONE PER PERSONALE E PARTECIPANTI NON TESSERATI IN CASO DI GARE O MANIFESTAZIONI

Art. 87 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:

a) Personale non tesserato addetto a gare e/o manifestazioni;
b) Partecipanti alle sole manifestazioni organizzate dalla Contraente.

1) Modalità per la comunicazione di personale addetto da assicurare

Al fine di aderire alla formula integrativa, l'aderente dopo aver provveduto alla compilazione del modulo previsto pubblicato sul sito federale ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via email all'indirizzo integrativa.fitet@magitaliagroup.com con indicazione di:

- Denominazione della manifestazione da assicurare;
- L'elenco nominativo del personale addetto;
- Decorrenza e durata della manifestazione;
- Fotocopia dell'avvenuto versamento al broker a mezzo bonifico bancario, dell'importodel premio dovuto.

Premio:
per ogni gara o manifestazione è stabilito in Euro 18,00 giornaliere, fino a 30 addetti. Il premio per ogni addetto oltre i primi 30 è stabilito in Euro 0,50 per giornata.

2) Modalità per la comunicazione dei Partecipanti a manifestazioni

Al fine di aderire alla formula integrativa, l'aderente dopo aver provveduto alla compilazione del modulo previsto pubblicato sul sito federale ed al versamento del relativo premio, dovrà inviare copia degli stessi via email all'indirizzo integrativa.fitet@magitaliagroup.com con indicazione di:

a. Denominazione della manifestazione da assicurare;

b. L'elenco nominativo del personale addetto;
c. Decorrenza e durata della manifestazione;
d. Fotocopia dell'avvenuto versamento al broker a mezzo bonifico bancario, dell'importodel premio dovuto.

Premio: per ogni giornata di manifestazione e/o gara è il seguente:

- Fino a 300 partecipanti — Euro 25,00
- Da 301 a 1.000 partecipanti — Euro 50,00
- Da 1001 a 5000 partecipanti — Euro 200,00
- Oltre 5000 — Euro 40,00 *per ogni 1.000 partecipanti in eccesso ai 5000*

Art. 88 Garanzie

Infortuni

€ 90.000,00 Morte
€ 90.0000,00 Invalidità Permanente
Franchigia 3%

RCT

per ogni sinistro	€ 500.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 500.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone	€ 500.000,00

Franchigia fissaperciascunsinistro:euro150,00.

Le garanzie saranno operanti in occasione di gare e/o manifestazioni, eventi sportivi,o altre attività rientranti negli scopi della Contraente, compreso il rischio in itinere anche con mezzi propri o come trasportati.

Art.89 Decorrenza e scadenza della formula integrativa

Le garanzie previste dalla formula integrativa decorreranno dalle ore 24.00 del giorno di valuta del bonifico relativo al pagamento del premio dovuto e cesseranno alla scadenza richiesta.

Art.90SanctionLimitationandExclusionClause-Clausoladilimitazioneedesclusionediattivitàsoggettea Sanzioni

La Società, in qualità di assicuratore e/o riassicuratore, non sarà tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica Italiana , dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati uniti d'America.

SEZIONE CATEGORIE,SOMME ASSICURATE

GARANZIA INFORTUNI

Soggetti A - Atleti squadre nazionali olimpiche		
Caso Morte	€	150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	200.000,00
Rimborso Spese Mediche	€	5.000,00
Indennità da gesso	€	50,00

Soggetti A1 - Atleti squadre nazionali paralimpiche		
Caso Morte	€	150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	200.000,00
Rimborso Spese Mediche	€	5.000,00
Indennità da gesso	€	50,00

Soggetti B – Presidente, Segretario Generale e Consiglio Federale		
Caso Morte	€	100.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	100.000,00
Rimborso Spese Mediche	€	5.000,00
Indennità giornaliera per ricovero	€	50,00

Soggetti C – Tecnici squadre Nazionali		
Caso Morte	€	100.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	100.000,00
Rimborso Spese Mediche	€	5.000,00
Indennità giornaliera per ricovero	€	50,00

Soggetti D – Tesserati		
Caso Morte	€	90.000,00
Caso Invalidità Permanente	€	90.000,00

GARANZIA RCT

GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

CONTRAENTE	**MASSIMALE**
per ogni sinistro	€ 2.000.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 2.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 2.000.000,00
SOGGETTI A, SOGGETTI A1, SOGGETTI B, SOGGETTI B1, SOGGETTI C, SOGGETTI D	
per ogni sinistro	€ 2.000.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 2.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 2.000.000,00

COMITATI CENTRALI E PERIFERICI, DELEGAZIONI TERRITORIALI E DALLE SOCIETÀ SPORTIVE AFFILIATE ED AGGREGATE	**MASSIMALE**
per ogni sinistro	€ 2.000.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 2.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 2.000.000,00

GARANZIA RESPONSABILITÀ VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

CONTRAENTE	**MASSIMALE**
per ogni sinistro	€ 1.500.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1 .500.000,00

COMITATI CENTRALI E PERIFERICI, DELEGAZIONI TERRITORIALI E DALLE SOCIETÀ SPORTIVE AFFILIATE ED AGGREGATE	**MASSIMALE**
per ogni sinistro	€ 1.500.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.500.000,00

IL CONTRAENTE

FEDERAZIONE ITALIANA TENNISTAVOLO

LA COMPAGNIA

SOC. REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI

L'Agente Procuratore