



ACSI
SPORT VARI e TERZO SETTORE
SUPERINTEGRATIVA SPORT

n. 753561078

Allianz S.p.A.

Sede Legale Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - Telefono +39 02 7216.1 - Fax +39 02 2216.5000 -allianz.spa@pec.allianz.it -
www.allianz.it - Direzione Generale e uffici Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste - C.F. e Registro
Imprese di Milano n. 05032630963 - Rappresentante del Gruppo IVA Allianz con P.IVA n. 01333250320 - Capitale Sociale euro
403.000.000 i.v. - Albo Imprese di Assicurazione

n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi Assicurativi n. 018 - Società con unico socio soggetta alla
direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco

DEFINIZIONI

Assicurato: Il soggetto cui spettano i diritti derivanti dal contratto.

Assicurazione: Il contratto di assicurazione.

Attività Sportiva: quella avente per oggetto un'attività riconosciuta a livello di Federazione dal CONI e quella Istituzionale dell'ACSI nella sua qualità di Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal Coni.

Contraente: Il soggetto che stipula l'Assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.

Franchigia: La parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio: Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni constatabili.

Invalidità Permanente: Riduzione parziale o totale della validità dell'assicurato la cui conseguenza viene indennizzata come danno extrapatrimoniale, ed è indipendente dalla professione esercitata.

Polizza: Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio: La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società: l'Impresa Assicuratrice

Tesserati: Tutti coloro che siano in possesso della Tessera ACSI

Ricovero: La degenza, risultante dalla cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1-DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, o dell'Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo/Risarcimento e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

1.2- ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato, in caso di Sinistro, deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso Rischio. In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

1.3- PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia assicurativa ha inizio dal momento del tesseramento che coincide con il pagamento del premio da parte del soggetto assicurato per il tramite dell'associazione sportiva e cessa alle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo alla data di scadenza del tesseramento. Il pagamento del premio da parte dei soggetti assicurati è condizione di efficacia del tesseramento ed in caso di infortunio dell'assicurato, l'assicuratore provvede ad erogare la prestazione assicurativa anche in mancanza del versamento del premio da parte del soggetto obbligato, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti di quest'ultimo per l'intero importo indennizzato.

A parziale deroga di quanto sopra indicato le parti convengono che l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31.12.2022 anche nel caso in cui la prima rata di premio (rata di perfezionamento) non sia stata pagata. Per il pagamento di tale rata è concesso il termine di rispetto di 60 (sessanta) giorni. Trascorso tale termine senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'Assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24 del giorno in cui il pagamento del premio comprensivo verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

1.4- FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il frazionamento del medesimo. In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi 60 giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo e impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio in arretrato.

1.5- MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.6- AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente, 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/Risarcimento nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.



1.7- DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del Rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio, o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente, o dell'Assicurato, ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

1.8- PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta da una delle parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto, se di durata non inferiore a un anno, è rinnovato per una durata pari ad un anno, e così successivamente. Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

1.9- ONERI FISCALI

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

1.10- RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana.

2. NORME CHE REGOLANO IL PRESENTE CONTRATTO

2.0- DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, salvo che la Polizza stabilisca una data successiva. Poiché il Premio è convenuto in base a elementi di rischio variabili numero dei Tesserati ACSI SPORT VARI esso viene anticipato in via provvisoria e pagato in rate trimestrali.

...OMISSIS...

2.1- CALCOLO DEL PREMIO

...OMISSIS...

2.2- ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

La presente Assicurazione è stipulata per conto altrui. Gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

2.3- PERSONE ASSICURATE E LORO IDENTIFICAZIONE

L'Assicurazione è valida e operativa per ciascun Tesserato a partire dal giorno in cui lo stesso si è regolarmente iscritto all' ACSI presso il relativo Comitato Provinciale e/o società Affiliata.

Per l'identificazione delle persone assicurate, si farà riferimento ai registri centrali e periferici della Contraente, registri che la stessa Contraente si obbliga a esibire in qualsiasi momento, con ogni altro documento probatorio in suo possesso, o a semplice richiesta della persona incaricata dalla Società di fare accertamenti o controlli in merito.

2.4- CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le Parti hanno facoltà di conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale, nel quale caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso. Sarà in ogni caso facoltà di ciascuna Parte rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti

2.5- FORO COMPETENTE

Per le controversie e per le azioni relative all'esecuzione del presente contratto e per ogni controversia diversa da quella prevista dalle procedure art 2.4, relative alla presente polizza il Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la Polizza.

Per le controversie relative al contratto, la procedura relative all'azione giudiziale è subordinata al preventivo esperimento del tentativo di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di Mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al I comma (art. 4 e 5 D. Lgs. 4./3/ 2010 n. 28 così come modificato dalla legge 9 agosto 2013 n 98)

2.6- ESCLUSIONI

Non sono compresi nell'Assicurazione gli infortuni derivanti, in modo diretto o indiretto, da:

- A. guida di veicoli a motore se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti;
- B. guida di natanti a motore e mezzi aerei, salvo che l'Assicurato sia a bordo, in qualità di passeggero, di natante o di aereo di Società che gestisce linee regolari;
- C. affezione, contagio, intossicazione, fatta eccezione, per quest'ultima, da quanto previsto all'art. 5.1;
- D. inondazioni, eruzioni vulcaniche, maremoti e movimenti tellurici;
- E. eventi determinati da un'azione costituente reato commessa dal soggetto assicurato o dalla sua partecipazione a risse o tumulti o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o dall'ordinamento sportivo.

Sono altresì esclusi gli infortuni:

- F. conseguenti a stato di etilismo acuto, ad abuso di psicofarmaci, a uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- G. conseguenti all'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo accertata in base alle normative vigenti;
- H. occorsi in occasione di partecipazione a imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- I. che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- J. guerra o insurrezione, contaminazione nucleare, biologica o chimica a seguito di atti di terrorismo di qualsivoglia genere. Per contaminazione s'intende l'avvelenamento di persone con sostanze nucleari e/o chimiche e/o biologiche che provochino infermità o morte. Per atto di terrorismo s'intende un atto che comprende ma non si limita all'uso della forza o violenza e/o minaccia, che abbia motivi politici, religiosi, ideologici od etnici e che sia perpetrato da una persona od un gruppo di persone che agisca per conto proprio, su incarico o in collegamento con una o più organizzazioni, con uno o più governi e con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o di intimorire l'opinione pubblica o parte di essa;
- K. le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche, non resi necessari da infortunio, le ernie di origine non traumatica e gli infarti non rientrano nella garanzia prestata;
- L. paracadutismo (tranne kite surf) /parapendio /base jumping/ bungee jumping;
- M. speleologia;
- N. scalata di roccia e scalata di ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci, sport motoristici, equitazione e/o ippica, ciclismo;
- O. Pugilato quando non è praticato in allenamento
- P. immersioni se effettuate senza l'assistenza di scuola specializzata ed in presenza di idoneo istruttore.

2.7 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dal singolo Certificato o dalla Convenzione stessa con preavviso di 90 giorni.

In tale caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto dell'imposta.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

3. CONDIZIONI PARTICOLARI

3.1-PERSONE ASSICURATE - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A) PERSONE ASSICURATE

La garanzia è prestata a favore dei tesserati sportivi e non ACSI iscritti anche per il tramite delle singole Associazioni Sportive affiliate, registrati negli appositi elenchi depositati presso la Contraente, secondo le modalità stabilite dallo stesso Ente con apposite norme interne e conosciute agli Assicurati.

Sono assicurati gli iscritti all'ACSI e/o alle società sportive e non affiliate inseriti negli appositi elenchi depositati presso la Contraente.

Gli elenchi vengono trasmessi dalle singole Associazioni affiliate alla ACSI Nazionale. Per la validità della garanzia per i singoli assicurati valgono gli elenchi depositati presso l'ACSI Nazionale.

B) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati subiscono durante le attività sportive dilettantistiche, amatoriali e ricreative compresi gli allenamenti (salvo quanto escluso dall'art 2,6 "esclusioni"), organizzate dalle singole Associazioni e/o direttamente dal Contraente, purché sotto la sorveglianza di almeno un istruttore dell'Associazione Sportiva o di persona dalla stessa incaricata.

Sono altresì incluse le riunioni organizzative, missioni o altre attività rientranti negli scopi delle Associazioni e/o della Contraente.

La garanzia si estende al rischio in itinere, cioè agli infortuni che avvengono durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto dall'abitazione dell'assicurato al luogo ove si svolge l'attività e viceversa il tutto certificato dal circolo e/o associazione.

La garanzia comprende anche i rischi connessi alle Associazioni che svolgono attività di volontariato in genere come previsto dalle leggi sul Terzo Settore: legge quadro n.266 del 11 agosto 1991/D.lgs. 117/2017.

Rimane esclusa ogni attività inerente la guida di velivoli, elicotteri e/o similari.

Si richiama altresì quanto indicato nel Decreto del 3 novembre 2010, in Gazzetta Ufficiale 20 dicembre 2010 n. 296, attuativo della Legge 27 dicembre 2002. 289, e successive modificazioni e integrazioni, che ha introdotto l'Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti, nonché il Decreto Ministeriale del 06/10/2011 pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 28 del 03/02/2012, che regola l'assicurazione obbligatoria per i diversamente abili che svolgono attività sportiva e non.

3.2- ESONERO DENUNCIA DI INFERMITÀ: CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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.

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze dirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente 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.

3.3-ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

A deroga dell'Art 1.2 Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo



di denunciare altre polizze stipulate con le altre Società per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione, 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.

3.4- SOMME ASSICURATE

Si prende atto che i massimali e le garanzie assicurate sulla Polizza Base sono i seguenti:

CASO MORTE	Euro 80.000,00	Come da Art. 3.5
CASO INVALIDITA' PERMANENTE	Euro 80.000,00	Come da Art. 3.6
RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	Euro 1.000,00	Come da Art. 3.7
RIMBORSO SPESE MEDICHE DA MALATTIA (ESTENSIONE VALIDA SOLO PER I VOLONTARI)	Euro 1.000,00	Come da Art. 3.8
DIARIA DA GESSO	Euro 10,00	Come da Art. 3.9

Si prende atto che i massimali e le garanzie assicurate sulla Polizza Extra sono i seguenti:

CASO MORTE	Euro 10.000,00	Come da Art. 3.5
CASO INVALIDITA' PERMANENTE	Euro 20.000,00	Come da Art. 3.6
RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	Euro 1.000,00	Come da Art. 3.7
INTEGRAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	Euro 500,00	Come da Art. 3.9
DIARIA DA RICOVERO INFORTUNI	Euro 25,00	Come da Art. 3.10
DIARIA DA GESSO	Euro 15,00	Come da Art. 3.11
DAY HOSPITAL	Euro 25,00	Come da Art. 3.12
RIMBORSO SPESE PRIMO SOCCORSO	Euro 500,00	Come da Art. 3.13

Con la presente polizza opzione SUPERINTEGRATIVA E/O PLUS si presta copertura in eccedenza ai massimali della garanzia Base ed integrativa sopra indicati.

Le somme assicurate per l'opzione SUPERINTEGRATIVA E/O PLUS per ogni TESSERATO sono le seguenti:

CASO MORTE	Euro 40.000,00	Come da Art. 3.5
CASO INVALIDITA' PERMANENTE	Euro 40.000,00	Come da Art. 3.14
INDENNITA' AGGIUNTIVA GRAVI RICOVERI	Come da Art. 3.15	Come da Art. 3.15

3.5- CASO DI MORTE

1. La prestazione assicurativa è eseguita in favore degli eredi, di seguito denominati beneficiari, quando l'infortunio determina la morte del soggetto assicurato entro un anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto.
2. Qualora la morte interviene entro un anno dall'infortunio ed a causa dello stesso, l'eventuale indennizzo già corrisposto per l'invalidità permanente, in conseguenza del medesimo infortunio, è detratto dal capitale da erogare in favore dei beneficiari.
3. Qualora, a seguito di un evento indennizzabile, il corpo del soggetto assicurato non venga ritrovato, il capitale viene liquidato ai beneficiari non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Qualora dopo il pagamento del capitale risulti che l'assicurato è vivo, l'assicuratore ha diritto alla restituzione della somma pagata entro trenta giorni dalla richiesta rivolta ai beneficiari. (Articolo 12 Decreto 3 novembre 2010)

3.6- CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida un indennizzo calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri tabellari previsti dal Dlgs. 3 novembre 2010, che forma parte integrante del presente contratto, riportata nella presente polizza come allegato A).



La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso: se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più parti di organi od arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

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

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilita dalla suddetta tabella per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

La somma Assicurata per invalidità permanente da infortunio è soggetta ad una franchigia assoluta del 6%. Pertanto la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 6% della totale; se invece l'invalidità è superiore al 6% della totale, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

3.7-RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

in caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza fino a concorrenza della somma pattuita le spese documentate rimaste a carico dell'Assicurato per:

- Ricovero in Istituto di Cura Pubblico o Privato
- Intervento chirurgico anche ambulatoriale
- Ticket sanitari derivanti da ricovero, con o senza intervento chirurgico
- Applicazioni di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione
- Presidi ortopedici, limitatamente alla prima applicazione di corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione degli arti superiori, inferiori e del tronco; protesi oculari escluso occhiali.

La presente garanzia viene prestata previa applicazione di una franchigia fissa di Euro 150,00.

3.8- RIMBORSO SPESE SANITARIE DA MALATTIA VALIDA SOLO PER VOLONTARI E VOLONTARI DI PROTEZIONE CIVILE

La presente garanzia viene prestata nei confronti dei Volontari e Volontari di Protezione Civile in caso di malattia contratta in occasione del servizio di volontariato svolto per conto del Contraente, in base a quanto previsto dal D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 "Codice del Terzi Settore", che ha abrogato e sostituito la Legge quadro n. 288 dell'11./08/1991.

La Società rimborsa fino alla concorrenza di euro 1.000,00 per sinistro e per anno assicurativo per volontario, le spese rese necessarie da malattia sostenute in caso di:

- Ricovero in istituto di cura pubblico o privato
- Intervento chirurgico anche ambulatoriale
- Ticket sanitari derivanti da ricovero con o senza intervento chirurgico
- Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dall'istituto di cura nei 30 giorni precedenti il ricovero;
- Esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluso carrozzelle ortopediche), effettuate nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.

La garanzia non opera in caso di:

- Malattie mentali e patologiche collegate; sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici e forme maniaco depressive;
- Intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;



- Interventi per eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- Applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia stomatologica e plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio), cure dentarie e paradentarie, protesi dentarie;
- Malattie professionali così come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto;

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto a titolo di rimborso spese per malattia agli aventi diritto previa presentazione della documentazione in originale. Per i ricoveri effettuati all'estero, il pagamento viene effettuato in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia.

La presente garanzia viene prestata previa applicazione di una franchigia di euro 100,00 per sinistro.

3.9- INTEGRAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

In caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza e fino a concorrenza della somma pattuita, verranno rimborsate le spese documentate rimaste a carico dell'Assicurato per:

- visite ed accertamenti diagnostici
- acquisto di medicinali prescritti dai medici curanti
- cure fisioterapiche, con il sottolimito di euro 250,00 per sinistro e per anno assicurativo; rimborsabili solo se l'infortunio abbia avuto come conseguenza un ricovero ospedaliero con un minimo di tre giorni di pernottamento

La presente garanzia viene prestata previa applicazione di una franchigia di euro 100,00 per sinistro.

3.10- INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

in caso di Ricovero in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di Day Hospital, reso necessario da Infortunio, la Società corrisponde l'Indennità convenuta per ogni giorno di Ricovero a partire dal 10 giorno successivo a quello del Ricovero e per la durata massima di 30 giorni per ogni Infortunio.

3.11- DIARIA DA GESSO

La Società corrisponde una diaria giornaliera, pari alla somma pattuita in polizza, per un massimo di 20 giorni per sinistro a seguito di infortunio garantito a termini di polizza.

L'indennità oggetto della presente garanzia sarà corrisposta dietro presentazione alla Società di idonea documentazione medica attestante l'applicazione di gessatura, tensoplast apparecchi protesici, fissi o rimovibili da personale specializzato medico o paramedico.

Tale documentazione sarà comprensiva, tra l'altro, di certificati medici attestanti le date di applicazione e di rimozione, in modo da poter calcolare il numero di giorni per i quali l'Assicurato ha maturato il diritto alla diaria medesima.

La presente garanzia viene prestata previa applicazione di una franchigia fissa di 10 GIORNI per sinistro.

3.12 DAY HOSPITAL

La Società corrisponde una indennità forfettaria fissa pari ad euro 25,00 quando il ricovero in istituto di cura venga effettuato in regime di degenza diurna (Day Hospital)

3.13-RIMBORSO SPESE PRIMO SOCCORSO

La Società rimborsa sino alla concorrenza della somma pattuita le spese sostenute dall'Assicurato per il trasporto, effettuato con qualsiasi mezzo, dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura.

3.14- INVALIDITA' PERMANENTE

Per la parte eccedente la somma di euro 100.000,00, l'indennizzo verrà liquidato e trattato come segue.

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida un indennizzo calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri tabellari previsti dal D.lgs. 3 novembre 2010, che forma parte integrante del presente contratto, riportata nella presente polizza come allegato A).

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso: se trattasi di minorazione, le percentuali



stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più parti di organi od arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

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

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dalla suddetta tabella per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

La somma Assicurata per invalidità permanente da infortunio è soggetta ad una franchigia assoluta del 5%. Pertanto la Società non liquida alcun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% della totale; se invece l'invalidità è superiore al 5% della totale, la Società liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente.

3.15- INDENNITÀ AGGIUNTIVA PER GRAVI RICOVERI

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 20 giorni, la Compagnia liquida una diaria per ogni giorno di ricovero pari a: Euro 25,00 dal 21° giorno al 40° giorno consecutivo di degenza ed Euro 50,00 dal 40° giorno consecutivo di degenza e fino alla dimissione dall'Istituto di cura.

Per il caso di ricovero, a seguito di infortunio, in reparto di rianimazione o cura intensiva, e solo per il periodo di permanenza in detti reparti, l'indennità giornaliera corrisposta sarà pari a euro 500,00.

L'indennità di ricovero a seguito di infortunio viene corrisposta per un periodo massimo di 180 giorni e dietro presentazione delle cartelle cliniche.

3.16-PRESTAZIONI AGGIUNTIVE VALIDE FINO AL COMPIMENTO DEL 14° ANNO DI ETÀ:

Sono dovute dall'assicuratore le seguenti prestazioni aggiuntive:

- nel caso di morte di un soggetto assicurato genitore, il capitale spettante ai figli minorenni conviventi è aumentato del 50%. Ai figli minorenni sono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente pari o superiore al 50%;
- qualora l'infortunio, a causa dell'entità delle lesioni, determini l'impossibilità di frequentare lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporta la perdita dell'anno scolastico, al soggetto assicurato è corrisposto un indennizzo incrementato del 20%.
- Sono rimborsate le spese documentate, con il limite di euro 1.000,00 al soggetto assicurato che non abbia compiuto il quattordicesimo anno d'età alla data dell'infortunio, le spese sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito con il massimo del capitale riportato in polizza alla voce Rimborso Spese Sanitarie

Inoltre sono riconosciute le spese :

- sostenute dal soggetto assicurato, nel caso di morso di animali, insetti e aracnoidi, per il ricovero in istituto di cura ed a seguito di relativa diagnosi che accerti detto evento;
- in caso di avvelenamento acuto da ingestione o assorbimento involontario di sostanze che comporti almeno un ricovero con pernottamento in istituto di cura ed



- a seguito di relativa diagnosi ospedaliera di sospetto avvelenamento;
- in caso di ricovero del soggetto assicurato in istituto di cura, a seguito di diagnosi di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione.

4. ESTENSIONI DI GARANZIA (SEMPRE OPERANTI)

4.1-DECESSO A SEGUITO DI CONSEGUENZA INDIRECTA DELL'INFORTUNIO.

Per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva – indetta dalla Federazione Nazionale o a cui partecipi la Società Sportiva previa approvazione da parte 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 assicurata è dovuta anche se il decesso sia una conseguenza indiretta dell'infortunio.

4.2- DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società può avvalersi del diritto di surroga nei confronti dei terzi responsabili dell'infortunio, così come previsto dall'Art. 1916 del C.C.

4.3- LIMITE DI MASSIMO INDENNIZZO

Nel caso di Infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 5.000.000,00. Qualora gli Indennizzi liquidabili ai sensi di Polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

4.4- LIMITI TERRITORIALI

L'Assicurazione vale nel mondo intero.

4.5- PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenie, forme maniaco depressive o stati paranoici, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali; salvo quanto previsto dal D.Lgs.. 3 luglio 2017, n. 117 "Codice del Terzi Settore", che ha abrogato e sostituito la Legge quadro n. 288 dell'11./08/1991.

4.6-LIMITI DI ETA'

La polizza non prevede limiti di età.

4.7-BUONA FEDE

L'omissione da parte dell' Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le incomplete e/o inesatte dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipula del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni purché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede, fermo restando il diritto della Compagnia, una volta venuta a conoscenza di circostanze che comportino un aggravio di rischio, di richiedere la relativa modifica della condizioni in corso

4.8- RISCHI VARI

Ferme restando le esclusioni previste dall'art. 2.6 è compreso in garanzia l'infortunio derivante da malore o incoscienza.

Sono altresì considerati infortuni:

- i colpi di sole o di calore;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'annegamento;



- l'assideramento o il congelamento;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie di origine non traumatica;
- le infezioni e gli avvelenamenti conseguenti a lesioni, morsi di animali e punture di insetti, escluse, per questi ultimi, le infezioni delle quali sono portatori necessari.

4.9- INFORTUNI AERONAUTICI

Ferme restando le esclusioni previste dall'art. 2.6 la garanzia è estesa agli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati durante le attività connesse alla qualifica di "Tesserato ACSI ed in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, incluso protezione civile tranne che: da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri; da Aeroclub. Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

4.10 - CLAUSOLA BROKER

Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto all'Intermediario **Aon Spa**; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dall'Intermediario stesso il quale tratterà con l'Impresa. Le comunicazioni fatte all'Impresa dall'Intermediario, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dall'Intermediario e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte dell'Intermediario, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente all'Intermediario stesso potranno intendersi come fatte all'Impresa soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. Il pagamento del premio realizzato in buona fede all'Intermediario od ai suoi collaboratori si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. lgs 209/2005.

Sono fatte salve le azioni di rivalsa da parte dell'Impresa nei confronti dell'Intermediario nel caso di omesso versamento del premio da parte dell'Intermediario sul conto separato. L'Intermediario è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D. lgs 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006.

Qualora il Contraente revochi l'incarico all'Intermediario senza affidarne un altro ad Altro Intermediario oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Intermediario un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico all'Intermediario cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti dell'Impresa.

L'Impresa stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed l'/gli Intermediario/i o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

4.11- RICHIAMI NORMATIVI /REGOLAMENTI TECNICI

Si precisa che i tesserati sono tenuti ad osservare lo Statuto, il Regolamento Tecnico, di Giustizia e Disciplina, della normativa CONI, del Regolamento Federale, nonché delle norme afferenti al Regolamento Antidoping e delle prescrizioni Sanitarie di legge ed in conformità a quanto disposto dalle delibere di ACSI NAZIONALE che fanno parte integrante del presente contratto.

Si precisa inoltre che l'assicurazione opera senza limiti di età a condizione che le attività siano svolte nelle occasioni e circostanze previste dai regolamenti sportivi e dai calendari o da accordi dei soggetti obbligati, purché definiti in data antecedente all'evento che ha generato l'infortunio.

5. CONDIZIONI CHE REGOLANO IL CASO DI SINISTRO

5.1- DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificazione medica rilasciata dalla competente A.S.L., deve essere presentata o inviata al broker Aon Spa – Corso Aurelio Saffi, 31 - 16128 Genova Tel. +39 010 8989228 – 010 8989406 - Fax +39 010 8989253 con una delle seguenti modalità, entro 30 (trenta) giorni - a pena di decadenza - dall'avvenuto Sinistro

- tramite mail pec all'indirizzo: genova01@pec.aon.it
- tramite mail all'indirizzo: sinistri.acsi@aon.it

Nel caso di Sinistro mortale, la denuncia deve essere presentata o inviata nel termine di 5 giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Beneficiario ne abbia avuto la possibilità .

La denuncia dovrà essere sottoscritta dal Tesserato (Assicurato) che ha avuto l'infortunio, dal Presidente della Società Sportiva di appartenenza dell'infortunato e dal Presidente del Comitato Provinciale ACSI.

Alla denuncia, si dovrà unire la fotocopia della Tessera.

5.2- CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità è liquidato per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito all'art. 4.5 per le persone assicurabili.

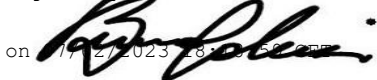
5.3 - ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITA' PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

La prova dell'esistenza delle condizioni per la richiesta dell'indennizzo è a carico dell'Assicurato che deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici richiesti dagli Assicuratori. L'Assicurato deve pertanto fornire ogni informazione e produrre ogni copia delle eventuali cartelle cliniche e di ogni altra documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato. E' facoltà dell'Assicuratore richiedere che l'Assicurato sia sottoposto a visita da parte di un medico legale fiduciario dell'Assicuratore, che verrà nominato nei pressi della residenza dell'Assicurato. Gli onorari del medico legale sono a carico dell'Assicuratore.

ALLIANZ SPA

IL CONTRAENTE

Signed by Bruno Galeazzi

on 07/02/2023 18:00:50 CET


Signed by Monica Peracchi

monica peracchi
on 07/02/2023 17:54:22 CET





Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- Art. 2.0 - Regolazione del premio
- Art. 2.7 -Recesso in caso di sinistro
- Art. 5.1 -Termini di denuncia sinistri

ALLIANZ SPA

IL CONTRAENTE

Signed by Bruno Galeazzi

Signed by Monica Peracchi

on 07/02/2023 18:07:58 CET

on 07/02/2023 17:54:21 CET

monica peracchi

ALLEGATO A Dlgs 03/11/2010 (estrapolato dalla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana)

TIPOLOGIA DI LESIONE: LESIONI APPARATO SCHELETRICO

CRANIO

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

COLONNA VERTEBRALE

TRATTO CERVICALE

FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	6,00 %
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00 %
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA	8,00 %
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I- VERTEBRA	10,00 %

TRATTO DORSALE

FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4,00 %
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	8,00 %
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00 %

TRATTO LOMBARRE

FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	8,00 %
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00 %

OSSO SACRO

FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	4,00 %
---	--------

COCCIGE

FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	4,00 %
--	--------

BACINO

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

TORACE

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

ARTO SUPERIORE (DX o Sn)

BRACCIO

FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	3,00 %
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	6,00
% FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	6,00 %

AVAMBRACCIO

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

POLSO E MANO

FRATTURA SCAFOIDE	5,00 %
FRATTURA SEMILUNARE	3,00 %
FRATTURA PIRAMIDALE	2,00 %
FRATTURA PISIFORME	1,00 %
FRATTURA TRAPEZIO	2,00 %
FRATTURA TRAPEZOIDE	2,00 %

FRATTURA CAPITATO	2,00 %
FRATTURA UNCINATO	2,00 %
FRATTURA I° METACARPALE	6,00 %
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	3,00 %
SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	4,00 %
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
POLLICE	4,00 %
INDICE	3,00 %
MEDIO	3,00 %
ANULARE	2,00 %
MIGNOLO	3,00 %
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
POLLICE	3,00 %
INDICE	2,50 %
MEDIO	2,00 %
ANULARE	1,00 %
MIGNOLO	2,00 %
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	2,00 %
MEDIO	1,00 %
ANULARE	1,00 %
MIGNOLO	2,00 %
ARTO INFERIORE(DX o Sx)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	6,00 %
EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico)	10,00 %
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	10,00 %
FRATTURA ROTULA	4,00 %
FRATTURA TIBIA	
DIAFISARIA	3,00 %
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	5,00 %
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	5,00 %

FRATTURA PERONE	
DIAFISARIA	2,00 %
ESTREMITA' SUPERIORE (capitello o faccetta articolare tibiale)	3,00 %
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	4,00 %
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	5,00 %
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	6,00 %
PIEDE	
TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	6,00 %
FRATTURA CALCAGNO	7,00 %
FRATTURA SCAFOIDE	3,00 %
FRATTURA CUSOIDE	4,00 %
FRATTURA CUNEIFORME	1,00 %
METATARSI	
FRATTURA I° METATARSALE	4,00 %
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	2,00 %
FALANGI	
FRATTURA ALLUCE (I° o II° Falange)	2,50 %
FRATTURA I° o II° o III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	1,00 %

TIPOLOGIA DI LESIONE: LESIONI DENTARIE

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

TIPOLOGIA DI LESIONE: LESIONI PARTICOLARI

ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	8,00 %
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	10,00 %
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	15,00 %
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	10,00 %
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	40,00 %
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola íleo-cecale) -non cumulabile-	20,00 %
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) --non cumulabile-	40,00 %
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' DEL RETTO -non cumulabile-	15,00 %
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	40,00 %
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	60,00 %
COLECISTECTOMIA -non cumulabile-	5,00 %
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	4,00 %
SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	6,00 %
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	10,00 %
PORTATORE ASINTOMATICO ANTICORPO POSITIVO (HIV +)	4,00 %
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE -non cumulabile-	50,00 %
ERNIA CRURALE O IPOEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	3,00 %
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	5,00 %
LOBOCTOMIA POLMONARE	15,00 %
PNEUMONECTOMIA	30,00 %
PROTESI SU AORTA TORACICA	20,00 %
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	15,00 %
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	35,00 %
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	25,00 %
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	100,00 %
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	12,00 %
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	50,00 %
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	30,00 %
CORDECTOMIA	15,00 %
EMILARINGECTOMIA	25,00 %
LARINGECTOMIA	50,00 %
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	70,00 %

PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	8,00 %
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	15,00 %
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima-trattata/e chirurgicamente-)	8,00 %
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	4,00 %
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	20,00 %
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	25,00 %
PATELLECTOMIA TOTALE	10,00 %
PATELLECTOMIA PARZIALE	4,00 %
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	5,00 %
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	25,00 %
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	30,00 %
ISTERECTOMIA (non cumulabile)	20,00 %
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	30,00 %
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	5,00 %
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (documentate fotograficamente)	30,00 %
PTOSI PALPEBRALE	5,00 %
EVIRAZIONE COMPLETA	45,00 %
PERDITA DEL PENE	35,00 %
IMPOSSIBILITÀ ALL'EREZIONE	25,00 %
CASTRAZIONE	25,00 %

TIPOLOGIA DI LESIONE: LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	9,00 %
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	5,00 %
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	7,00 %
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) -valore massimo per ogni dito-	3,00 %
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	6,00 %
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	4,00 %
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	7,00 %
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	5,00 %
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	3,00 %
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	4,00 %
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	6,00 %

LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente)-non cumulabile-	5,00 %
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)-valore massimo per ogni dito-	2,50 %
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	4,00 %
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	10,00 %
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	2,00 %
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	1,00 %
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	5,00
% LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente)-non cumulabili tra loro-	8,00 %
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	2,50 %
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	2,50 %
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	6,00 %
LUSSAZIONE ULNO CARPICA	3,00 %
LUSSAZIONE ROTULA	3,00 %
LUSSAZIONE TIBIO TARSICA	6,00 %
LUSSAZIONE VERTEBRALE	5,00%

TIPOLOGIA DI LESIONE: AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	80,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	70,00 %
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	65,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	52,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	58,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	56,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	50,00 %
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	44,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	45,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	42,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	47,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	38,00 %

AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	43,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	40,00 %
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	32,00 %
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	37,00 %
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	30,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	35,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	35,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	28,00 %
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	33,00 %
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	24,00 %
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	22,00 %
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	27,00 %
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	18,00 %
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	23,00 %
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	20,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	20,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	14,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	10,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	7,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	12,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	13,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	5,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	3,50 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	2,50 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	4,50 %
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	10,00 %
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	8,00 %
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	6,00 %
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	9,00 %

ARTO INFERIORE

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

TIPOLOGIA DI LESIONE: LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (Permanenti-Stabilizzati)

ARTO SUPERIORE

LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	60,00 %
SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE ERB C5 – D1	45,00 %
SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE KLUMPKE	45,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE	18,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE	35,00 %
PARALISI BASSA NERVO RADIALE	25,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO	40,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO ULNA	25,00 %
PARALISI BASSA NERVO ULNARE	20,00 %

ARTO INFERIORE

PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARE D12-L4	35,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE	30,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	45,00 %
PARALISI BASSA NERVO SCIATICO	38,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	20,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	22,00 %

TIPOLOGIA DI LESIONE: LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE

EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SPORADICHE	15,00 %
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SETTIMANALI	30,00 %
PARAPARESI CON DEFICIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITÀ DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	40,00 %
MONOPARESI DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITÀ AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	40,00 %
MONOPARESI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	35,00 %

USTIONI

CAPO

USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	3,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	10,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 16-25% DELLE SUPERFICIE DEL VISO	14,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	18,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUIOIO CAPELLUTO	5,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 30% DELLA SUPERFICIE DEL CUIOIO CAPELLUTO	10,00 %

ARTI SUPERIORI E INFERIORI

USTIONE 2° O 3° GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	5,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	10,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 31-50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	15,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO DI OLTRE IL 50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	20,00 %

PER EVENTUALI RECLAMI O CONTROVERSIE

All'impresa assicuratrice: I reclami devono essere inoltrati per iscritto (posta ed e-mail) a **Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Indirizzo e-mail: reclami@allianz.it o tramite il link presente sul sito internet della Compagnia www.allianz.it/reclami.**

L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni.

Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

All'IVASS:

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi **all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori – RECLAMI – Guida".

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione

(obbligatoria) Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it**. (Legge 9/8/2013, n. 98)

Negoziazione assistita Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle

controversie In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NE' UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO