



**FEDERAZIONE
ITALIANA BASEBALL
SOFTBALL**

**POLIZZA
INFORTUNI CUMULATIVA TESSERATI**

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE CUMULATIVA
CONTRO GLI INFORTUNI**

POLIZZA N° 6001.101094688	SUBAGENZIA	GERENZA MILANO 6001
-------------------------------------	-------------------	-------------------------------

ASSICURATO / CONTRAENTE			
F.I.B.S.			P.I. 01383101001
N. Civico 74	Via - Piazza - Frazione Via Tiziano	C.A.P. 00196	Località ROMA

Art.1 – Durata dell'Assicurazione

Il presente Contratto è stipulato per anni cinque dalle **ore 24 del 31.12.2003** alle **ore 24 del 31.12.2008**

Art. 2 – Attività Dichiarate dal Contraente/Assicurato

Come da art.16

Art. 3 – Somme Assicurate per ogni Persona

Come da art.17

(l'assicurazione è prestata solo per le garanzie per le quali è indicata la somma assicurata)

Art. 4 – Coassicurazione e Delega – Riparto di Coassicurazione

L'assicurazione è ripartita per quote fra le società in appresso indicate. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della **MILANO ASSICURAZIONI S.p.A.** all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria.

Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria a nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.

Ogni modifica al contratto, che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

L'impegno di tutte le Società Coassicuratrici risulta dai rispettivi "estratti" di Polizza da esse firmati ed allegati alla presente, oppure dall'estratto unico firmato dalla Società Delegataria a nome e per conto delle Coassicuratrici stesse.

DEFINIZIONI

NEL TESTO CHE SEGUE SI INTENDE PER :

Assicurato	Il soggetto cui spettano i diritti derivanti dal Contratto (tesserati F.I.B.S.)
Assicurazione	Il contratto di assicurazione
Beneficiario	gli eredi legittimi in caso di decesso o gli aventi diritto
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti (F.I.B.S.)
Indennizzo Indennità	o La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni constatabili
Invalidità Permanente	La perdita totale o parziale definitiva della capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione esercitata
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura privata (convenzionata o no con il Servizio Sanitario Nazionale) regolarmente autorizzata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, esclusi, comunque, stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, Istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici, case di riposo.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Società	L'impresa assicuratrice

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 C.C.

Art. 6 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati: altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se alle scadenze convenute l'Assicurato non paga le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art.1901 C.C.

Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 8 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non comunicati o non accettati dalla Società possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Art. 9 - Diminuzione del rischio

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

Art. 10 - Obblighi in caso di sinistro

La denuncia dell'infortunio deve essere presentata dal danneggiato (Assicurato o, in caso di morte, aventi diritto) o dal Contraente e contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Art. 11 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società e il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni.

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

Art. 12 - Oneri fiscali

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

Art. 13 - Rinvio delle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Art. 14 - Oggetto dell'assicurazione

La Società, alle condizioni che seguono, assicura il pagamento delle somme stabilite, nei limiti indicati dalla presente Polizza, al verificarsi di un Infortunio, anche se dovuto a colpa grave oppure a stato di malore o di incoscienza, che gli assicurati abbiano a subire nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata dal Contraente, compreso l'Infortunio "in itinere".

Sono considerati Infortuni anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) l'avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'infezione ed avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- d) i colpi di sole o di calore;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento od il congelamento;
- g) la folgorazione;
- h) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- i) le ernie addominali traumatiche, con esclusione di ogni altro tipo di ernia come previsto dal successivo Art.23;

E' compreso altresì l'Infortunio verificatosi in occasione di tumulti popolari o atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 15 - Forma di Assicurazione e persone assicurate

La Società presta le garanzie, per tutti i tesserati F.I.B.S. in regola con il cartellinamento.

La Società ha diritto di effettuare verifiche e controlli atti ad identificare con esattezza le persone assicurate, verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni richieste.

Art. 16 - Per attività professionale dichiarata si intende quanto di seguito indicato:

1. allenamenti, gare e/o competizioni, del campionato federale nazionale e internazionale
2. tornei autorizzati dalla F.I.B.S.

Art. 17 – Somme assicurate

Le somme massime garantite, per ogni singolo tesserato, non potranno superare i capitali di:

Euro	26.000,00	per il caso di morte
Euro	26.000,00	Per il caso di I. P.
Euro	1.300,00	Per il rimborso spese mediche

Art. 18 - Morte

La somma assicurata per il caso di morte è dovuta se la morte stessa si verifichi - anche successivamente alla scadenza di Polizza - entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

Tale somma viene corrisposta ai beneficiari designati o, in difetto di tale designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La somma assicurata per il caso morte non è cumulabile con l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di detto Indennizzo, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi hanno diritto alla differenza tra la somma loro spettante per la morte dell'Assicurato - se superiore - e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per Invalidità Permanente.

Art. 19 - 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 pagherà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali, il capitale previsto in caso di morte; il pagamento del predetto capitale avverrà decorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (Artt.60 n. 3 e 62 C.C.) mentre, in caso di affondamento o naufragio, oppure di caduta di aeromobile, il pagamento avverrà decorsi sei mesi dal Sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente Autorità la presenza a bordo dell'Assicurato e quest'ultimo sia dato per disperso a seguito del Sinistro stesso (Artt.211 e 838 C.N.).

Resta inteso che se dopo il pagamento dell'Indennizzo risulterà che l'Assicurato non era morto o comunque non lo era a seguito di Infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

Art. 20 - Valutazione dell'Invalidità Permanente

L'Assicurato avrà diritto all'Indennizzo per Invalidità Permanente a condizione che l'invalidità stessa si manifesti entro due anni dall'Infortunio.

La valutazione dell'Invalidità Permanente sarà effettuata in base alla tabella che segue:

Perdita totale, anatomica o funzionale	Percentuale di I.P.
un arto superiore	70
una mano o un avambraccio	60
un pollice	18
un indice	14
un medio	8
un anulare	8
un mignolo	12
una falange del pollice	9
una falange di altre dita della mano	(1/3 del dito)
un piede	40
ambidue i piedi	100
un alluce	5
un altro dito del piede	1
una falange dell'alluce	2,5
un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60
un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50
un occhio	25
ambidue gli occhi	100
un rene	15
sordità completa di un orecchio	10
sordità completa di ambedue gli orecchi	40

perdita totale della voce	30
esiti di frattura scomposta di una costa	1
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12
- una vertebra dorsale	5
- 12 ^a dorsale	10
- una vertebra lombare	10

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale anatomica o funzionale di organi o arti, le percentuali della tabella vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

La perdita anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali riconosciute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Per i casi non previsti dalla tabella, il grado di Invalidità Permanente sarà stabilito in analogia ai casi elencati nella tabella stessa, tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

Art. 21 - Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente

La somma assicurata viene corrisposta al grado di invalidità accertato, secondo i seguenti parametri:

- a) sulla parte di somma assicurata fino a Euro 26.000,00 con deduzione di una Franchigia pari a 3 punti percentuali del grado di Invalidità Permanente accertato;

Qualora l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o superiore al 25% l'Indennizzo relativo viene liquidato senza applicazione di alcuna Franchigia.

Art. 22 – Rimborso Spese Mediche

La Società assicura il rimborso delle spese di cura rese necessarie da Infortunio che dia luogo a indennizzo da invalidità permanente accertata secondo quanto previsto all'Art.20 e liquidato secondo i criteri previsti al precedente Art.21 e sostenute:

- a) per onorari medici e chirurgici, rette di degenza in Istituto di cura, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, accertamenti diagnostici, ticket, trasporto in ambulanza all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- b) per terapie fisiche, medicinali, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), entro il limite del 30% della somma assicurata per "Rimborso spese di cura";
- c) entro il limite del 30% della somma assicurata per Rimborso spese di cura per:
- interventi di chirurgia plastica ricostruttiva effettuati allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'Infortunio stesso;
 - acquisto e noleggio di apparecchi protesici e terapeutici (comprese le protesi dentarie), qualora l'Infortunio abbia comportato Invalidità Permanente ai sensi di Polizza.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a cure terminate su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi in originale.

Se l'Assicurato ha usufruito di assistenza sanitaria sociale o integrativa privata, la garanzia è operante per la parte di spesa a carico dell'Assicurato stesso.

La garanzia viene prestata con l'applicazione di una Franchigia assoluta di Euro 100,00 per ogni Infortunio.

Sono ammesse a rimborso le spese sostenute non oltre due anni dalla data dell'Infortunio.

Art. 23 - Ernie addominali traumatiche

Fermo quanto previsto dall'articolo successivo, la garanzia comprende, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:

- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto un Indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista dal successivo articolo 35.

Art. 24 - Rischio volo

L'Assicurazione è estesa agli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, 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.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di Polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 25 - Massimale catastrofale

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 750.000,00

Art. 26 - Servizio Militare

La garanzia ha effetto, limitatamente ai casi di morte e di Invalidità Permanente, anche per gli Infortuni subiti dall'Assicurato in tempo di pace durante il servizio militare di leva o servizio sostitutivo dello stesso, nonché a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni. E' facoltà del Contraente chiedere la sospensione dell'Assicurazione fino al termine del servizio militare o di quello sostitutivo, sospensione che avrà effetto dalla data di inizio del servizio medesimo o comunque dalla data di ricevimento della richiesta da farsi mediante raccomandata alla Società.

Art. 27 - Occasione di guerra o di insurrezione all'estero

La garanzia ha effetto anche per gli Infortuni all'estero derivanti da atti di guerra (dichiarata o non) o di insurrezione popolare, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio dell'ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi mentre si trova al di fuori del territorio nazionale, della Repubblica di S. Marino, dello Stato della Città del Vaticano, a condizione che non vi abbia preso parte attiva.

La presente estensione di garanzia non opera per coloro che svolgono servizio militare.

Qualora gli Indennizzi liquidabili ai sensi di Polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. - 28 Esclusioni

Restano esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni determinati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante a motore, a competizioni ed alle relative prove;
- c) pilotaggio ed uso di aeromobili, deltaplani, ultra leggeri, parapendio, salvo quanto previsto dall'Art.24, nonché guida ed uso di mezzi subacquei;
- d) pratica di pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere, free climbing (arrampicata libera), canoa fluviale oltre il 3° grado, rafting, sci estremo;
- e) pratica di atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, hockey su ghiaccio;
- f) partecipazione a corse o gare - e relative prove ed allenamenti - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo e di arti marziali organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi similari o patrocinati dagli stessi; sono comunque comprese le gare aziendali o interaziendali;

- g) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
 - h) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
 - i) guerra o insurrezione, salvo quanto previsto dall'Art.27;
 - l) movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, maremoti e inondazioni;
 - m) trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.
- Sono inoltre escluse le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza di Infortunio.

Art. 29 – Costituzione e regolazione del premio OMISSIS

Art. 30 - Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati OMISSIS

Art. 31 – Limite di età e criteri di indennizzabilità

Premesso che sono assicurati tutti i tesserati F.I.B.S. con età non superiore a 75 anni, indipendentemente dalle loro normali condizioni di salute o da pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni dalle quali risultassero affette; si conviene che il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici o mutilazioni, da cui gli assicurati stessi fossero affetti al momento della stipula o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art.20 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 32 - Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'Infortunio.

Art. 33 - Denuncia del Sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto alla F.I.B.S. che provvederà ad inoltrarla alla Gerenza di Milano alla quale è assegnata la Polizza, entro cinque giorni dall'Infortunio.

Gli aventi diritto, in caso di morte dell'Assicurato, debbono darne avviso scritto entro tre giorni da quando ne siano venuti a conoscenza.

Art. 34 - Deroga alla proroga del contratto

Il presente contratto non verrà tacitamente prorogato alla sua naturale scadenza del 31.12. 2008.

Art. 35 - Controversie - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio, sono demandate per iscritto 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 giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di 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 e violazioni 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 si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

CLAUSOLE DA APPROVARE SPECIFICAMENTE PER ISCRITTO

Agli effetti degli Artt.1341, 1342 C.C. il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli:

Art. 1 - Durata dell'Assicurazione.

Art. 11 - Recesso in caso di sinistro.

Art. 35 - Controversie – arbitrato irrituale.

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

Formano parte integrante della polizza n. 12 fogli dattiloscritti compresa la copertina di Polizza.

IL CONTRAENTE

MILANO ASSICURAZIONI S.p.A.
Gerenza di Milano