

**COMUNICATO UFFICIALE N. 4**  
**Stagione Sportiva 2002/2003**

**TUTELA ASSICURATIVA TESSERATI L.N.D.**

**Il Consiglio Direttivo della L.N.D., nella riunione del 18 Giugno 2002, ha approvato le nuove coperture assicurative per le attività di competenza – garantite dalla Levante Norditalia Assicurazioni - le quali saranno in vigore nel periodo dal 1° Luglio 2002 al 30 Giugno 2004. Si precisa che il premio pro-capite per ciascuna Stagione Sportiva riferita al sopra indicato periodo di validità è pari a Euro 20,40 (39.500 Lire).**

**Le polizze obbligatorie a favore dei tesserati della L.N.D. (convenzione infortuni con relativa tabella lesioni, tutela sanitaria, responsabilità civile terzi e dipendenti, tutela giudiziaria) prevedono le garanzie indicate negli allegati al presente Comunicato, che ne costituiscono parte integrante.**

**Si allega, altresì, lo schema relativo alle procedure per la denuncia dei sinistri.**

**PUBBLICATO IN ROMA IL 1° LUGLIO 2002**

**IL SEGRETARIO GENERALE**  
**(Massimo Ciaccolini)**

**IL PRESIDENTE**  
**(Carlo Tavecchio)**

## **TUTELA GIUDIZIARIA**

### **DEFINIZIONI E PRECISAZIONI**

Nel testo che segue, si intendono:

per	ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione;
per	POLIZZA:	i documenti che provano l'assicurazione;
per	PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore, per l'operatività della polizza;
per	RISCHIO:	la possibilità che si verifichi il sinistro;
per	SINISTRO:	l'insorgere della controversia per la quale è prestata l'assicurazione;
per	INDENNIZZO:	la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
per	FRANCHIGIA:	parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;
per	ASSICURATO:	il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione, e più precisamente tutti i calciatori, allenatori, tecnici e massaggiatori tesserati per le Società affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, nonché i Presidenti ed i legali rappresentanti della Società;
per	ASSICURATORE:	il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto;
per	CONTRAENTE:	la Lega Nazionale Dilettanti.

### **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'Assicuratore si obbliga ad assumere in proprio, alle Condizioni della presente Polizza e nei limiti di indennizzo assicurati, le spese legali e peritali che l'Assicurato debba sostenere nella tutela dei propri diritti ed interessi per assistere, in procedimenti civili o penali, sia in sede giudiziale che stragiudiziale in controversie relative a fatti ed atti connessi allo svolgimento dell'attività assicurata sul campo da gioco od entro il limite dell'impianto sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa, anche se conseguenti a comportamenti caratterizzati da colpa grave.

## **SOGGETTI DELL'ASSICURAZIONE**

Sono soggetti dell'assicurazione tutti i calciatori, allenatori, tecnici, massaggiatori e Presidenti o legali rappresentanti delle Società affiliate alla L.N.D..

## **VALIDITA' TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione è prestata per i sinistri che si verificano, per la prima volta, durante il periodo di validità della presente polizza, indipendentemente dall'origine dei fatti o degli atti che li abbiano determinati e per i quali l'azione di tutela si inizia nel medesimo periodo.

## **LIMITE DI INDENNIZZO**

La garanzia è prestata sino alla concorrenza di € 15.493,71 per Assicurato e per sinistro, senza limite per anno assicurativo.

## **ESCLUSIONI**

L'assicurazione non è operante per le controversie aventi ad oggetto:

- Violazioni civili o penali relativi a rapporti con imprese di assicurazione ed Istituti od Enti di assistenza e previdenza;
- Fatti originati dalla circolazione di veicoli a motore;
- Violazioni civili o penali derivanti da fatto doloso dell'Assicurato;
- Vertenza in materia amministrativa;
- Pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- Per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale.

## **GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – LIBERA SCELTA DEL LEGALE E DEL PERITO**

L'Assicurato è tenuto a denunciare all'Assicuratore eventuali sinistri non appena abbia avuto la possibilità e, comunque entro 15 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza. In ogni caso deve, pena la decadenza del diritto alla garanzia assicurativa, fare pervenire all'Assicuratore la notizia di ogni atto a Lui notificato entro 30 (trenta) giorni dalla data della notifica stessa.

Contemporaneamente con la denuncia, l'Assicurato ha diritto di indicare un unico Legale, residente nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, segnalandone il nominativo all'Assicuratore, che assumerà a proprio carico le spese relative.

In caso di omissione di tale indicazione, l'Assicuratore si intende delegato a provvedere direttamente alla nomina di un Legale al quale l'Assicurato deve conferire il proprio mandato. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio Legale nel caso di conflitto di interessi con l'Assicuratore.

Pena la decadenza dal diritto al rimborso, l'Assicurato non può dare corso ad azioni, né raggiungere accordi, né addivenire, direttamente con la Controparte, ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, senza preventiva autorizzazione dell'Assicuratore, pena il rimborso delle spese, competenze ed onorari sostenuti dall'Assicurato stesso.

L'Assicuratore non è responsabile dell'operato di Legali e di Periti.

## **ARBITRATO IRRITUALE**

Le parti si obbligano a devolvere ad un Collegio Arbitrale qualsiasi controversia che dovesse insorgere circa l'interpretazione, la validità o l'esecuzione del presente contratto. Il Collegio sarà costituito da tre Arbitri di cui le Parti designeranno i primi due singolarmente, ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo, il terzo componente il Collegio Arbitrale sarà nominato dal Presidente del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati del luogo ove si svolgerà l'arbitrato.

Tale luogo è quello del Comune di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti risponde delle spese del proprio Arbitro e della metà di quelle del terzo Arbitro.

La decisione del Collegio è inappellabile ed obbligatoria per le Parti, anche se uno degli Arbitri si rifiuta di firmare il relativo verbale.

## **RECUPE DI SOMME**

Tutte le somme comunque liquidate in caso di soccombenza della Controparte a titolo di capitale ed interessi, spettano integralmente all'Assicurato.

Gli onorari, le competenze e le spese recuperate dall'Assicurato in sede giudiziale o concordate in via transattiva spettano invece all'Assicuratore che le ha sostenute o anticipate.

## **PENALE DOLOSO**

L'assicurazione è estesa alla difesa in procedimenti penali per i delitti dolosi conclusi con proscioglimento o assoluzione, con decisione passata in giudicato; restano esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi causa.

Esclusivamente per i procedimenti di cui alla presente estensione, l'Assicuratore provvede al rimborso delle spese sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato.

## **PRESENZA DI GARANZIA DI RESPONSABILITA' CIVILE**

Qualora l'Assicurato abbia in corso una polizza contro la Responsabilità Civile, si dà atto che la presente assicurazione viene prestata per l'eccedenza rispetto a quanto indennizzato dalla predetta polizza a titolo spese di resistenza (art. 1917 Cod. Civ.) e fino a concorrenza dei massimali pattuiti.

## **REGOLAZIONE DEL PREMIO**

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, e viene pertanto anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto all'assicuratore il numero definitivo degli Associati e/o iscritti per ogni singola categoria di attività.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro il 31 Maggio dell'annualità successiva a quella cui si riferisce la regolazione.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore dell'Assicuratore.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Assicuratore deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Assicuratore di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'Assicuratore, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligato per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora per inesattezze od incomplete dichiarazioni del Contraente, la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, fermo l'obbligo del Contraente a versare all'Assicuratore la differenza dovuta, per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, l'Assicuratore è obbligato in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello dovuto per il detto periodo nei limiti dei massimali ridotti in uguale misura.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una adeguata rivalutazione del preventivo.

Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

L'Assicuratore ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore di eseguire gli accertamenti.

## **NORME REGOLANTI L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

### **DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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, come previsto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

### **AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento del rischio. La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare, come previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

### **ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente deve, entro 30 giorni, comunicare per iscritto all'Assicuratore l'eventuale stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio.

L'Assicuratore, entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.

Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto all'indennizzo. Il Contraente è comunque esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altre assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio, con altro o con lo stesso Assicuratore.

E' parimenti confermato il punto "Limiti di età – Persone non assicurabili"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile, il relativo premio sarà restituito dall'Assicuratore a richiesta del Contraente.

### **MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE E FORMA DELLE COMUNICAZIONI**

Ogni comunicazione del Contraente all'Assicuratore deve essere fatta con lettera raccomandata. Eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

### **ONERI FISCALI**

Le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge, in conseguenza del contratto, sono a carico del Contraente.

## **VARIAZIONI NELLA FIGURA DEL CONTRAENTE**

Nel caso di fusione del Contraente, il contratto continua con l'Associazione che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione o di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Associazione stessa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento del Contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Il Contraente è tenuto a dare avviso scritto dei fatti sopraindicati entro i successivi 15 giorni dal loro verificarsi all'Assicuratore, il quale, nei giorni successivi al ricevimento dell'avviso, ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

## **FORO COMPETENTE**

Il Foro competente per i soggetti assicurati è quello competente per il Comune di residenza dell'Assicurato.

## **RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

Levante Norditalia S.p.A.

Il Contraente

<b>PROCEDURE DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO</b>	
1.	<p>In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere trasmessa all'Assicuratore dall'infortunato (o dai suoi aventi causa) servendosi dell'apposito <b>Numero Verde 800.903407</b> che fa capo all'Ufficio Gestione L.N.D. o inviata tramite lettera raccomandata o via fax, alla struttura centralizzata che gestisce i sinistri in oggetto.</p> <p><b>1<sup>a</sup> fase operativa: “ricezione della denuncia, apertura del sinistro ed invio modulo”.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chiamando il numero verde (digitando 1) l'Infortunato attiverà l'apertura del sinistro presso il centro servizi dell'Assicuratore</li> <li>- alla <b>denuncia telefonica</b>, viene contestualmente creato il modulo di denuncia al quale viene dato un suo NUMERO di riferimento SINISTRO</li> <li>- gli operatori richiederanno i dati utili all'apertura del sinistro e forniranno all'Infortunato (o ai suoi aventi causa) tutte le informazioni utili alla compilazione ed al successivo invio al centro servizi del modulo di denuncia.</li> </ul>
2.	<p>La denuncia deve essere inviata all'Assicuratore entro 30 giorni dall'infortunio e deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.</p> <p>Dati richiesti dall'operatore al momento della denuncia telefonica: nome della squadra di calcio di appartenenza – indirizzo – n° di matricola della squadra – comitato regionale di appartenenza – n° fax a cui inviare il modulo di denuncia del sinistro (il modulo sarà inviato dal centro servizi via posta ordinaria qualora non sia possibile via fax) - tutti i dati dell'Assicurato (cognome nome, residenza, data nascita) – descrizione sintetica del sinistro.</p>
3.	<p>Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato entro quindici giorni dal fatto.</p>
4.	<p>La denuncia, firmata dall'Assicurato o dai suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal maggiore esponente della Società Sportiva.</p> <p><b>2<sup>a</sup> fase operativa: “restituzione del modulo di denuncia compilato e della documentazione relativa all'infortunio al centro liquidazione sinistri dell'Assicuratore”.</b></p> <p>L'Infortunato dovrà inviare il modulo compilato e la relativa documentazione (fatture in originale, certificati anche in copia) al n° di fax 06-4817974 dalle ore 09:30 alle ore 17:30 dal lunedì al venerdì con eccezione dei giorni festivi e prefestivi oppure via posta presso Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma citando sulla busta :</p> <p>Centro Liquidazioni Sinistri – Lega Nazionale Dilettanti Centro Servizi INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.p.A.</p>
5.	<p>L'infortunato è tenuto a far pervenire all'Assicuratore un dettagliato certificato medico sulle lesioni; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.</p> <p>L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescritte dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.</p>

6.	<p>Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare all'Assicuratore il certificato di guarigione.</p> <p>Per tutte le comunicazioni l'Infortunato è tenuto a citare il NUMERO SINISTRO, riportato nel modulo di denuncia (di cui ai precedenti paragrafi).</p>
7.	<p>La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata all'Assicuratore con certificato definitivo. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, l'Assicuratore non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.</p>
8.	<p><u>3<sup>a</sup> fase operativa: “ Criteri di liquidazione”.</u></p> <p><b>Arrivo della documentazione presso il centro liquidazione sinistri.</b></p> <p><b>Se documenti incompleti.</b> L'ufficio liquidazione invia mezzo posta prioritaria al domicilio dell'Infortunato una lettera di richiesta documentazione (mancante o <b>da inoltrare in originale</b>). La pratica resterà sospesa in attesa di ricevere i documenti mancanti.</p> <p><b>Se documenti completi</b> (qualora le spese e/o l'indennizzo per Lesioni rientrano nelle garanzie di polizza e non sono assorbite dalle franchigie previste)</p> <p style="text-align: center;"><b>si liquida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il rimborso delle spese mediche presentate in originale, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. Il rimborso viene effettuato tramite emissione di assegno circolare a favore dell'Infortunato;</li> <li>- l'indennità sostitutiva del ricovero (in assenza di spese mediche), entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuato tramite emissione di assegno circolare a favore dell'Infortunato;</li> <li>- l'indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile, in presenza di certificato in originale che certifichi l'applicazione e la rimozione dello stesso, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione viene effettuato tramite emissione di assegno circolare a favore dell'Infortunato;</li> <li>- l'indennizzo delle Lesioni, entro 30 giorni dalla chiusura del sinistro, nella misura prevista dalla Tabella Lesioni. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata tramite emissione di assegno circolare a favore dell'Infortunato. Per importi superiori ad Euro 7.746,85 l'Infortunato dovrà firmare la quietanza che dovrà restituire all'Assicuratore. Resta inteso che per la valutazione e liquidazione dell'indennizzo l'Infortunato dovrà, in presenza di postumi, entro sei mesi (periodo di stabilizzazione) dalla data del certificato di guarigione richiedere di essere sottoposto a visita medico legale. In questo caso l'ufficio liquidazione provvederà a nominare il medico legale per competenza territoriale dando contestuale comunicazione al domicilio dell'Infortunato. Sarà poi cura dell'Infortunato e del medico legale concordare la data della visita.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>non si liquida</b> e si restituisce la documentazione con lettera di ricezione mezzo posta prioritaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- quando le spese mediche o l'indennità sostitutiva del ricovero o l'indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile, non rientrano tra le garanzie di polizza o sono assorbite dalla franchigia.</li> </ul> <p>Negli altri casi la <b>restituzione dei documenti</b> avviene solo su richiedi dell'Infortunato.</p>

<p>9.</p>	<p><b>4<sup>a</sup> fase operativa: “informazioni sulla liquidazione dei sinistri”.</b>          Chiamando il numero verde <b>800.903407</b> (digitando 2) l’Infortunato ha accesso diretto all’ufficio liquidazione sinistri al quale poter richiedere informazioni sullo stato del sinistro.          Per avere informazioni sullo stato del sinistro è possibile chiamare tutti i giorni 24 ore su 24.          Per avere informazioni sulla liquidazione/pagamento del sinistro è possibile chiamare dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00.          Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l’Infortunato (o i suoi aventi causa) dovranno sempre fornire il numero sinistro per avere accesso ai dati.</p>
<p>10.</p>	<p>Collegandosi all’indirizzo <a href="http://www.levantenorditalia.it/Ind">www.levantenorditalia.it/Ind</a>, sono disponibili nell’Area riservata alla Lega Nazionale Dilettanti, le pagine Web della Levante Norditalia S.p.A..          In particolare è possibile consultare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le garanzie attive per tutti i tesserati;</li> <li>• le garanzie Integrative e Facoltative e Modalità di Adesione;</li> <li>• come fare per denunciare un Sinistro;</li> <li>• la posizione Sinistro.</li> </ul> <p><b>Tutte le sezioni sono di libera consultazione tranne che per la sezione “Posizione Sinistro”.</b>  <b>In tale sezione, ottemperando alla legge 675/96, per poter accedere alla consultazione bisogna indicare i seguenti codici identificativi (in possesso solo dell’interessato):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>n° sinistro;</b></li> <li>• <b>data di accadimento del sinistro.</b></li> </ul>

## **RESPONSABILITA' CIVILE TERZI E DIPENDENTI**

### **DEFINIZIONE E PRECISAZIONI**

Nel testo che segue si intendono:

per	ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione;
per	POLIZZA:	i documenti che provano l'assicurazione;
per	PREMIO	la somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore per l'operatività della polizza;
per	RISCHIO:	la probabilità che si verifichi il sinistro;
per	SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
per	RISARCIMENTO:	la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
per	FRANCHIGIA:	l'importo previsto dalle norme contrattuali che, in caso di sinistro, viene detratto dalla somma liquidabile a termini di polizza, per restare a carico dell'Assicurato;
per	ASSICURATO:	il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione, e più precisamente la Lega Nazionale Dilettanti, ivi comprese le strutture periferiche, e tutte le Società partecipanti ai Campionato L.N.D., affiliate alla stessa;
per	ASSOCIATI:	tutti i tesserati delle suindicate Società, esclusivamente mentre esplicano la loro attività per conto delle stesse;
per	COSE:	sia gli oggetti materiali, sia gli animali;
per	AUSILIARI:	tutte le persone con incarico di sovrintendere, controllare, assistere ed organizzare l'attività per la quale è prestata l'assicurazione, quali allenatori, insegnanti, massaggiatori, medici e tutte le persone componenti lo staff tecnico, dirigenti, accompagnatori, responsabili di attività e servizi, e tutti i componenti lo staff dirigenziale ed amministrativo;
per	ASSICURATORE:	il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto;
per	CONTRAENTE	la Lega Nazionale Dilettanti.

## **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

### **A) Assicurazione Responsabilità Civile verso terzi (R.C.T.)**

L'Assicurazione si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni corporali e materiali, involontariamente cagionati a terzi 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 all'Assicurato da fatto doloso delle persone delle quali debba rispondere.

L'Assicurazione è inoltre operante per la responsabilità civile personale dei Presidenti delle Società Sportive e degli Allenatori.

### **B) Responsabilità verso prestatori di lavoro (R.C.O.)**

L'assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile:

- a) ai sensi degli Art. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124, e successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'Assicurazione;
- b) per erogazioni di somme eccedenti l'indennità liquidata dall'INAIL, che l'Assicurato sia condannato a pagare in sede di giudizio ai dipendenti infortunati, di cui al precedente punto a), o agli aventi causa;
- c) ai sensi del Codice Civile per danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124, cagionati ai dipendenti, di cui al precedente punto a), per morte e lesioni personali dalle quali sia derivata un'invaldità permanente.

L'assicurazione R.C.O. è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge.

L'assicurazione conserva tuttavia la propria validità, anche se l'Assicurato non è in regola con gli obblighi di cui sopra in quanto ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL.

### **C) Esonero denuncia posizioni INAIL**

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare le posizioni assicurative accese presso l'INAIL, fermo l'obbligo – in sede di regolazione del premio – di comunicare il numero degli assicurati tesserati.

### **D) Assicurazione Responsabilità Civile Personale del Calciatore (R.C.P.C.)**

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne il calciatore delle somme che egli sia tenuto a pagare ad altri calciatori a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per morte e lesioni derivanti da fasi di gioco. La garanzia è operante sempreché:

- 1) Il sinistro si sia verificato durante lo svolgimento di una fase di gioco e solo in occasione di gare ufficiali e/o amichevoli fra squadre appartenenti alla Lega Nazionale Dilettanti (per gare ufficiali si intendono quelle di campionato, torneo, amichevole purché preventivamente autorizzata dal competente Comitato della F.I.G.C.);

- 1) Il sinistro abbia come conseguenza morte o lesioni personali gravi o gravissime, così come definiti dall'art. 583 C.P.; risultanti in una invalidità permanente pari o superiore al 10%;
- 2) La responsabilità del calciatore sia accertata con sentenza passata in giudicato.

## **RISCHI COMPRESI**

La seguente elencazione dei rischi coperti dalla presente polizza si intende formulata a titolo puramente esemplificativo e non limitativo.

**E)** Si intende assicurata la responsabilità derivante all'Assicurato, anche in semplice qualità di committente quando l'esecuzione delle sotto riportate attività sia affidata a terzi, per:

- I rischi derivanti dalla proprietà, uso, esercizio e conduzione degli impianti, le installazioni, le attrezzature e tutto il materiale necessario per lo svolgimento delle attività assicurate, comprese apparecchiature per la produzione e/o riproduzione audio-televisiva in genere;
- Proprietà, custodia installazione e manutenzione di insegne, cartelli, striscioni;
- Tutti i rischi finalizzati a soddisfare le esigenze gestionali interne dell'Assicurato quali, a titolo puramente esemplificativo e non limitativo, servizio di pulizia e vigilanza, attività dopolavoristiche e ricreative e gestionali del CRAL aziendale, operazioni di rifornimento e consegna, esercizio di mense e spacci aziendali, compresa la proprietà e/o gestione di distributori automatici di bevande e simili, organizzazione e partecipazione a manifestazioni sportive e non (convegni, esposizioni, meeting, congressi etc.), compreso l'allestimento e lo smontaggio di stand, meeting point.
- Servizi d'ordine, di mascheraggio, di biglietteria, di vigilanza, di pronto intervento e pronto soccorso, in occasione di manifestazioni ed incontri sportivi, compresi i danni derivanti dalla omessa o tardiva richiesta della Forza Pubblica alle Autorità competenti, sempreché lo svolgimento della manifestazione fosse comunque segnalato alle Autorità competenti e dalle stesse autorizzato;
- Esecuzione di lavoro ed attività complementari e/o accessori necessari e previsti per lo svolgimento delle attività assicurate;

**F)** L'assicurazione comprende la responsabilità civile all'Assicurato dalla somministrazione di alimentari e farmaceutici, e si estende anche alla R.C. derivante all'Assicurato ai sensi di legge, per danni provocati a terzi dai prodotti dopo la somministrazione e vendita. Per questa specifica estensione di garanzia, valgono anche le seguenti norme:

- 1) L'assicurazione è operante solo per i danni provocati da prodotti non fabbricati dall'Assicurato e comunque non contrassegnati da marchio proprio dell'Assicurato stesso;

- 2) La garanzia vale sempreché la somministrazione o vendita ed il danno siano avvenuti durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- 3) Il massimale per sinistro rappresenta anche la massima esposizione dell'Assicuratore per anno assicurativo.

Per maggiore chiarezza si conferma che restano esclusi dalla garanzia:

- 1) Le spese di rimpiazzo del prodotto o di sue parti e le spese di riparazione o gli importi pari al controvalore del prodotto;
- 2) Le spese e gli oneri per il ritiro dal mercato dei prodotti risultanti difettosi o presunti tali;
- 3) I danni derivanti dalla mancata rispondenza dei prodotti all'uso ed alle necessità cui sono destinati, ma sono tuttavia compresi i danni materiali o corporali che derivino dagli effetti pregiudizievoli dei prodotti stessi.

In caso di controversia sugli scopi e finalità per i quali siano state assunte tali sostanze, si farà riferimento al verdetto degli Organismi di Giustizia Sportiva competenti (Commissioni Giudicanti di primo grado, Commissioni d'Appello Federale ed eventualmente Corti Federali in ultimo grado).

In ogni caso ed indipendentemente dalle finalità con cui sono state somministrate tali sostanze, è comunque garantita la responsabilità personale derivante a Presidente e/o altro legale rappresentante della Società Sportiva quando sia riconosciuta, in sede giudiziaria, la loro assoluta estraneità e non conoscenza del fatto illecito.

**G)** L'assicurazione comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per danni subiti da:

- Veicoli in consegna e/o custodia all'Assicurato;
- Cose trovate sui veicoli sopraindicati.

La garanzia di cui al presente punto C) viene prestata con l'applicazione di una franchigia assoluta di € 516,45 per ogni veicolo danneggiato e/o per le cose trovate sullo stesso; si conferma che restano comunque esclusi i danni da furto, nonché i danni subiti da veicoli comunque in uso all'Assicurato.

Nel caso di danni ad autoveicoli di proprietà di arbitri e giudici di linea, la garanzia è operante purché gli stessi si siano attenuti alle disposizioni in vigore, in materia di consegna del mezzo ai dirigenti della Società Sportiva.

La presente garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 774,68 e con limite per sinistro e per anno assicurativo di € 51.645,69.

**H)** Si intende compresa in garanzia, a parziale deroga di quanto successivamente previsto all'articolo "Esclusioni" dalle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione, la responsabilità civile derivante all'Assicurato per:

- 1) danni a cose altrui derivanti da incendio di cose di proprietà dell'Assicurato, o dallo stesso detenute (fino ad un limite massimo di € 516,45);
- 2) danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, sportive, agricole o di servizi (fino ad un limite massimo di € 51.645,69 – per sinistro), quando conseguenti a sinistro indennizzabile ai sensi di polizza.

**A)** L'Assicurazione comprende i rischi derivanti dalla conduzione, manutenzione, riparazione e, quando ne sia proprietario l'Assicurato, della proprietà dei fabbricati e

impianti, in cui si svolge l'attività dell'Assicurato, compresi impianti sportivi (tribune, stadi, palazzetti, etc.).

La garanzia è inoltre prestata per la Responsabilità Civile conseguente alla esecuzione e/o committenza di lavori di ordinaria manutenzione, nonché alla committenza di lavori di straordinaria manutenzione, innovazioni, ampliamenti, sopraelevazioni e demolizioni.

- B)** Quando per i rischi di circolazione di veicoli a motore su strade o aree private non equiparate a quelle di uso pubblico esista una contemporanea e valida assicurazione di R.C.A (Responsabilità Civile Autoveicoli), la garanzia di cui alla presente polizza viene prestata (fermi i massimali nella stessa indicati) in secondo rischio (e cioè in eccedenza) rispetto a tale coperture R.C.A..
- C)** L'Assicurazione comprende la responsabilità civile degli Assicurati per azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/6/1984 n° 222.
- D)** L'Assicurazione comprende la responsabilità civile degli Assicurati nel caso di morte o lesioni personali cagionate a terzi in occasione di rapine, atti di teppismo e vandalismo.
- E)** L'Assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato dall'organizzazione di Tornei, esibizioni, incontri e manifestazioni, sportive e non, in genere.  
La garanzia comprende i rischi relativi ad attività di montaggio, smontaggio e preparazione delle attrezzature necessarie per le manifestazioni assicurate.

La garanzia non è operante per manifestazioni che prevedano l'uso di veicoli a motore, di animali, di aeromobili, ed imbarcazioni a motore; per i rischi derivanti da fuochi d'artificio e gare di tiro, per la responsabilità civile personale dei gestori di attrazioni, attività e giochi che partecipino alla manifestazione a titolo commerciale.

## **DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE**

Ai fini dell'Assicurazione R.C.T., sono considerati terzi tutte le persone fisiche e/o giuridiche con la sola esclusione dei legali rappresentanti del Contraente.

## **ESCLUSIONI**

L'Assicurazione non copre i danni:

- a) da furto;
- b) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a questa equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- c) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- d) a cose che l'Assicurato abbia in consegna e custodia o detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- e) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi;

- f) di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzioni, impoverimento o deviazione di sorgenti e di corsi d'acqua; alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

## **PRECISAZIONI ED ESTENSIONI VARIE DI GARANZIA**

L'Assicurazione vale per la responsabilità civile dell'Assicurato e degli Associati per danni cagionati a terzi.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare agli Assicurati da fatto doloso di tutte le persone delle quali debbano rispondere a norma di legge.

Gli Associati sono considerati terzi con esclusione dei danni che possono cagionarsi fra loro.

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante alle Società per fatto:

- di soggetti, non in rapporto di dipendenza con la Società assicurata, né ricomprendibili nella definizione di Ausiliari, di cui l'Assicurato stesso si avvalga nella realizzazione dell'attività oggetto della garanzia;
- dei medici sociali, esclusivamente quando esercitano la loro professione per conto delle Società stesse.

La garanzia comprende anche i rischi derivanti dall'esercizio delle attrezzature e degli impianti (compreso stadio e relative tribune) e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva.

La garanzia non è operante nel caso in cui siano ammesse a prendere parte alla disciplina sportiva persone non associate. L'Assicurazione vale per le Perdite Pecuniarie cagionate alle Società Sportive assicurate a seguito di danni alle strutture sportive causate da sostenitori delle stesse Società, sempreché tali danni siano stati rilevati e riconosciuti con delibere del Giudice Sportivo competente.

Sono esclusi i danni alle persone, cagionati alle Società Sportive dai propri sostenitori, ai manti erbosi, comunque subiti da oggetti (comprese autovetture) di spettatori in genere, di dirigenti di Società Sportive o di calciatori.

## **ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'Assicurazione ha validità nel mondo intero.

La garanzia di R.C.O. si intende anch'essa operante all'estero, a condizione che analoga estensione sia concessa dall'INAIL.

## **DENUNCIA DEI SINISTRI ED OBBLIGHI DELL'ASSICURATO**

La denuncia di sinistro dev'essere fatta per iscritto alla Direzione dell'Assicuratore o all'Agenzia cui è assegnata la polizza, entro 15 giorni dal giorno in cui l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza.

La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome e domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

## **GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI**

La difesa contro le pretese ed azioni dei danneggiati spetta esclusivamente all'Assicuratore, il quale agisce in qualsiasi sede o modo in nome dell'Assicurato, che è tenuto a prestare la sua collaborazione.

Le spese sostenute per resistere all'azione dei danneggiati sono a carico dell'Assicuratore nei limiti stabiliti dall'art.1917 del Codice Civile.

Le spese di difesa nel processo penale sono anch'esse a carico dell'Assicuratore; peraltro ove l'interesse di questo cessi durante lo svolgimento di tale processo, le anzidette spese rimangono a carico dell'Assicuratore fino ad esaurimento del giudizio nel grado in cui questo si trova.

L'Assicuratore non riconosce spese da essa non autorizzate.

## **RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA**

L'Assicuratore rinuncia al diritto di rivalsa e surrogazione in favore dei dipendenti dell'Assicurato, della L.N.D. e sue Associate.

## **MASSIMALI DI GARANZIA**

La garanzia è prestata fino alla concorrenza massima complessiva per capitali, interessi e spese di:

### **RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI**

€ 5.164.568,99 per ogni sinistro, ma con limiti;

€ 5.164.568,99 per ogni persona deceduta che abbia subito lesioni personali;

€ 5.164.568,99 per danneggiamenti a cose, anche se appartenenti a più persone.

### **RESPONSABILITA' CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA**

€ 5.164.568,99 per ogni sinistro ma con il limite di

€ 516.456,90 per ogni persona deceduta che abbia subito lesioni personali.

### **RESPONSABILITA' CIVILE PERSONALE DEL CALCIATORE**

€ 25.822,84 per ogni sinistro.

## **FRANCHIGIA**

Per danni a cose, la garanzia è prestata con una franchigia fissa di €774,68 per sinistro.

## **REGOLAZIONE DEL PREMIO**

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, e viene pertanto anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto all'Assicuratore il numero definitivo degli Associati e/o iscritti per ogni singola categoria di attività.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro il 31 Maggio dell'annualità successiva a quella cui si riferisce la regolazione.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore dell'Assicuratore.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Assicuratore deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Assicuratore di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.

Qualora per inesattezze od incomplete dichiarazioni del Contraente, la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, fermo l'obbligo del Contraente a versare all'Assicuratore la differenza dovuta, per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta l'Assicuratore è obbligato in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello dovuto per il detto periodo nei limiti dei massimali ridotti in uguale misura.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un adeguata rivalutazione del preventivo.

Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

L'Assicuratore ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore di eseguire gli accertamenti.

## **NORME REGOLANTI L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

### **DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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, come previsto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

## **AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento del rischio. La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare, come previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

## **ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente deve, entro 30 giorni, comunicare per iscritto all'Assicuratore l'eventuale stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio.

L'Assicuratore, entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.

Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto all'indennizzo. Il Contraente è comunque esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altre assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio, con altro o con lo stesso Assicuratore.

E' parimenti confermato il punto "Limiti di età – Persone non assicurabili"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile, il relativo premio sarà restituito dall'Assicuratore a richiesta del Contraente.

## **MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE E FORMA DELLE COMUNICAZIONI**

Ogni comunicazione del Contraente all'Assicuratore deve essere fatta con lettera raccomandata. Eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

## **ONERI FISCALI**

Le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge, in conseguenza del contratto, sono a carico del Contraente.

## **VARIAZIONI NELLA FIGURA DEL CONTRAENTE**

Nel caso di fusione del Contraente, il contratto continua con l'Associazione che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Associazione stessa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento del Contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Il Contraente è tenuto a dare avviso scritto dei fatti sopraindicati entro i successivi 15 giorni dal loro verificarsi all'Assicuratore, il quale, nei giorni successivi al ricevimento

dell'avviso, ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

### **FORO COMPETENTE**

Il Foro competente per i soggetti assicurati è quello competente per il Comune di residenza dell'Assicurato.

### **RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

Levante Norditalia S.p.A

Il Contraente

**COPERTURA ASSICURATIVA  
OBBLIGATORIA  
LEGA NAZIONALE DILETTANTI  
PER CALCIATORI OLTRE 14 ANNI, ALLENATORI E TECNICI**

**POLIZZA INFORTUNI N. 997/44064**

	<b>PRESTAZIONE</b>	<b>LIRE</b>	<b>EURO</b>
1.	MORTE	150.000.000	77.468,54
2.	LESIONI per le lesioni che siano causate da un evento assicurato, l'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista dalla Tabella Lesioni allegata alla polizza.	150.000.000	77.468,54
3.	RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE - Scoperto 20% con un minimo di €uro 154,94 per sinistro	12.000.000	6.197,48
4.	RIMBORSO SPEDE DI CURA "GRANDI INTEVENTI" - Scoperto 20% con un minimo di €uro 154,94 per sinistro	30.000.000	15.493,71
5.	SPESE DI CURA PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO, SPESE FISIOTERAPICHE - Franchigia fissa di Lit. 200.000 - €103,30 per evento - Vengono riconosciute le spese relative a cicli di trattamenti fisioterapici con un massimo di €258,23 - Lit. 500.000 per sinistro e con franchigia fissa di Lit. 200.000 - €103,30 - Le spese relative alla garanzia vengono riconosciute anche se non effettuate durante il ricovero	3.000.000	1.549,38

6.	<b>RIMBORSO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE</b> - TAC - Risonanza Magnetica - Radiografie - Ecografie - Tutori ortopedici - Artroscopia diagnostica Indipendentemente dal rimborso delle spese di cura in caso di ricovero e a quelle <i>pre e post</i> intervento chirurgico. - franchigia fissa ed assoluta di Lit. 200.000 - €103,30 per sinistro.	1.000.000	516,46
7.	<b>INDENNITA' GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO</b> - dal 3° al 14° giorno - dal 15° al 90° giorno	100.000 200.000	51,65 103,30
8.	<b>RIMBORSO SPESE PER CURE DENTARIE E/O PROTESI DENTARIE</b> (Franchigia fissa di Lit. 200.000 - €103,30)	10.000.000 max risarcimento  800.000 max per dente	5.164,57  413,17
9.	<b>INDENNITA' FORFETTARIA APPLICAZIONE APPARECCHIO GESSATO E/O IMMOBILIZZANTE E INAMOVIBILE</b> - solo in seguito a Frattura - non è operante a favore della CTG. B): Calciatori partecipanti all'attività Ricreativa ed Amatoriale	300.000  elevabile a 500.000 per esigenze <i>post</i> intervento chirurgico	154,94  258,23
10.	<b>INFORMAZIONI TELEFONICHE</b> - ad opera del consulente Assicurativo della Lega Nazionale Dilettanti, Sig. Bruno Di Cola - Chiamando il numero telefonico <b>335 8280450</b> , le Società Sportive ed i singoli tesserati aderenti alla Lega Nazionale Dilettanti, possono richiedere informazioni sulle Condizioni di garanzia prestate. Il servizio è attivo tutti i giorni feriali, escluso il sabato, dalle ore 9.00 alle ore 12.30, e dalle ore 15.00 alle ore 19.00.		

	LIRE	EURO
PREMIO LORDO PRO CAPITE	35.400	18,28

TABELLA LESIONI	TOTALE	TOTALE
<b>LESIONI APPARATO SCHELETRICO</b>		
<b>CRANIO</b>		
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	2.100.000	1.084,56
FRATTURA SFENOIDE	1.500.000	774,69
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	900.000	464,81
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	1.200.000	619,75
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	2.100.000	1.084,56
FRATTURA ETMOIDE	900.000	464,81
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	600.000	309,87
FRATTURA OSSA NASALI	750.000	387,34
FRATTURA MANDIBOLARE(PER LATO)	1.200.000	619,75
<b>COLONNA VERTEBRALE</b>		
<b>TRATTO CERVICALE</b>		
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	9.000.000	4.648,11
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI II°-III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	1.500.000	774,69
FRATTURA CORPO II° VERTEBRA	12.000.000	6.197,48
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I- VERTEBRA	15.000.000	7.746,85
<b>TRATTO DORSALE</b>		
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	1.210.000	624,91
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	7.500.000	3.873,43
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	610.000	315,04
<b>TRATTO LOMBARE</b>		
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	7.500.000	3.873,43
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	610.000	315,04
<b>OSSO SACRO</b>		
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	1.210.000	624,91
<b>COCCIGI</b>		
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	1.200.000	619,75
<b>BACINO</b>		
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	900.000	464,81
FRATTURA ACETABOLARE(PER LATO)	4.500.000	2.324,06
<b>TORACE</b>		
FRATTURA CLAVICOLA(PER LATO)	1.230.000	635,24
FRATTURA STERNO	600.000	309,87
FRATTURA DI UNA COSTA(COMPOSTA)	150.000	77,47
FRATTURA DI UNA COSTA(SCOMPOSTA)	450.000	232,41
FRATTURA SCAPOLA(PER LATO)	900.000	464,81

**ARTO SUPERIORE (DX o Sn)****BRACCIO**

FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	910.000	469,98
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	1.800.000	929,62
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	1.800.000	929,62

**AVAMBRACCIO**

FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	590.000	304,71
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO(FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	1.200.000	619,75
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO(FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	1.200.000	619,75
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	590.000	304,71
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	1.200.000	619,75
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	1.200.000	619,75

**POLSO E MANO**

FRATTURA SCAFOIDE	1.500.000	774,69
FRATTURA SEMILUNARE	900.000	464,81
FRATTURA PIRAMIDALE	600.000	309,87
FRATTURA PISIFORME	300.000	154,94
FRA T-TURA TRAPEZIO	600.000	309,87
FRATTURA TRAPEZOIDE	600.000	309,87
FRATTURA CAPITATO	600.000	309,87
FRATTURA UNCINATO	600.000	309,87
FRATTURA I° METACARPALE	1.800.000	929,62
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	900.000	464,81
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA		
POLLICE	1.200.000	619,75
INDICE	900.000	464,81
MEDIO	900.000	464,81
ANULARE	600.000	309,87
MIGNOLO	900.000	464,81
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA		
POLLICE	900.000	464,81
INDICE	750.000	387,34
MEDIO	600.000	309,87
ANULARE	300.000	154,94
MIGNOLO	600.000	309,87
FRATTURA TERZA FALANGE DITA		
INDICE	600.000	309,87
MEDIO	300.000	154,94
ANULARE	300.000	154,94
MIGNOLO	600.000	309,87

**ARTO INFERIORE(DX o Sx)****FRATTURA FEMORE**

DIAFISARIA	1.800.000	929,62
EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico)	6.000.000	3.098,74
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	3.000.000	1.549,37
FRATTURA ROTULA	1.200.000	619,75

**FRATTURA TIBIA**

DIAFISARIA	900.000	464,81
------------	---------	--------

ESTREMITA'SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	1.510.000	779,85
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	1.520.000	785,01
<b>FRATTURA PERONE</b>		
DIAFISARIA	600.000	309,87
ESTREMITA' SUPERIORE(capitello o faccetta articolare tibiale)	900.000	464,81
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	1.200.000	619,75
<b>PIEDE</b>		
<b>TARSO</b>		
FRATTURA ASTRAGALO	4.000.000	2.065,83
FRATTURA CALCAGNO	7.500.000	3.873,43
FRATTURA SCAFOIDE	900.000	464,81
FRATTURA CUFOIDE	1.200.000	619,75
FRATTURA CUNEIFORME	300.000	154,94
<b>METATARSI</b>		
FRATTURA I° METATARSALE	1.200.000	619,75
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	600.000	309,87
<b>FALANGI</b>		
FRATTURA ALLUCE (I° o II° Falange)	750.000	387,34
FRATTURA I° o II° o III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	300.000	154,94
<b>LESIONI PARTICOLARI</b>		
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (con estensione breccia oltre 10 cm)	25.000.000	12.911,42
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (con estensione breccia fino a 10 cm)	2.400.000	1.239,50
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	5.000.000	2.582,28
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	22.510.000	11.625,44
ESITI EPATECTOMIA (oltre un mezzo del parenchima)	20.000.000	10.329,14
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	60.000.000	30.987,41
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) -non cumulabile-	30.000.000	15.493,71
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) --non cumulabile-	60.000.000	30.987,41
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA'DEL RETTO -non cumulabile-	22.500.000	11.620,28
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	60.000.000	30.987,41
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	150.000.000	77.468,53
COLECISTECTOMIA -non cumulabile-	1.530.000	790,18
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	1.220.000	630,08
SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	1.840.000	950,28
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	3.000.000	1.549,37
PORTATORE A SINTOMATICO A NTICORPO POSMVO (HIV +)	1.200.000	619,75
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE -non cumulabile-	75.050.000	38.760,09
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	920.000	475,14
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	1.520.000	785,01
LOBECTOMIA POLMONARE	22.510.000	11.625,44
PNEUMONECTOMIA	45.000.000	23.240,56
PROTESI SU AORTA TORACICA	30.010.000	15.498,87
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	22.510.000	11.625,44
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	52.500.000	27.113,99
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	42.000.000	21.691,19
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	150.000.000	77.468,53
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	18.000.000	9.296,22
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	75.000.000	38.734,27
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	45.000.000	23.240,56
CORDECTOMIA	22.440.000	11.589,29
EMILARINGECTOMIA	37.440.000	19.336,15
LARINGECTOMIA	74.940.000	38.703,28

PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	150.000.000	77.468,53
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	2.400.000	1.239,50
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	22.500.000	11.620,28
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima-trattata/e chirurgicamente-)	2.390.000	1.234,33
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	1.240.000	640,41
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	30.050.000	15.519,53
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	37.550.000	19.392,96
PATELLECTOMIA TOTALE	9.000.000	4.648,11
PATELLECTOMIA PARZIALE	4.000.000	2.065,83
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	1.500.000	774,69
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	42.000.000	21.691,19
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	45.000.000	23.240,56
ISTERECTOMIA (non cumulabile)	30.050.000	15.519,53
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	45.050.000	23.266,38
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	1.550.000	800,51

#### LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	2.690.000	1.389,27
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	1.500.000	774,69
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	2.100.000	1.084,56
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO -valore massimo per ogni dito-	890.000	459,65
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE -non cumulabile-	1.790.000	924,46
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	1.200.000	619,75
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	2.100.000	1.084,56
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	3.000.000	1.549,37
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE	910.000	469,98
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE	1.230.000	635,24
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	1.800.000	929,62
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA -non cumulabile-	1.510.000	779,85
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)-valore massimo per ogni dito-	750.000	387,34
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE	1.200.000	619,75
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	4.500.000	2.324,06
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	600.000	309,87
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	300.000	154,94
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO	1.500.000	774,69
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE -non cumulabili tra loro-	2.420.000	1.249,83
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI -non cumulabili tra loro-	770.000	397,67
LESIONE TENDINE ROTULEO	750.000	387,34
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA -non cumulabili tra loro-	1.800.000	929,62

#### AMPUTAZIONI

##### ARTO SUPERIORE

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	150.000.000	77.468,53
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	150.000.000	77.468,53
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	150.000.000	77.468,53
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	78.000.000	40.283,64
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	87.000.000	44.931,75
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	84.000.000	43.382,38
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	75.000.000	38.734,27
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	66.000.000	34.086,16
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	67.500.000	34.860,84
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	63.000.000	32.536,78
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	70.500.000	36.410,21
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	57.000.000	29.438,04
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	64.500.000	33.311,47
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	60.000.000	30.987,41
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	48.000.000	24.789,93

AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	55.500.000	28.663,36
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	45.000.000	23.240,56
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	52.500.000	27.113,99
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	52.500.000	27.113,99
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	42.000.000	21.691,19
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	49.500.000	25.564,62
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	36.000.000	18.592,45
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	33.000.000	17.043,08
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	40.500.000	20.916,50
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	27.000.000	13.944,34
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	34.500.000	17.817,76
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	30.000.000	15.493,71
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	30.000.000	15.493,71
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	21.000.000	10.845,59
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	3.000.000	1.549,37
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	2.100.000	1.084,56
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	18.000.000	9.296,22
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	19.500.000	10.070,91
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	1.500.000	774,69
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	1.050.000	542,28
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	750.000	387,34
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	1.350.000	697,22
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	3.000.000	1.549,37
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	2.400.000	1.239,50
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	1.800.000	929,62
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	2.700.000	1.394,43

**ARTO INFERIORE**

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra dellametà della coscia)	150.000.000	77.468,53
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra dei ginocchio)	150.000.000	77.468,53
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto dei ginocchio)	150.000.000	77.468,53
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	75.000.000	38.734,27
PERDITA DI UN PIEDE	67.500.000	34.860,84
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	40.500.000	20.916,50
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	150.000.000	77.468,53
PERDITA DELL'ALLUCE	1.800.000	929,62
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	900.000	464,81
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	300.000	154,94
PERDITA DI TUTTE LE DITA DEL PIEDE	3.000.000	1.549,37

**SINDROMI CORTICALI TRAUMATICHE**

SINDROME PREFRONTALE (demenza incompleta)	40.000.000	20.658,28
SINDROME PREFRONTALE (demenza completa)	150.000.000	77.468,53
SINDROME PREMOTORIA	25.000.000	12.911,42
SINDROME AREA MOTORIA (emiplegia completa)	150.000.000	77.468,53
SINDROME AREA MOTORIA MONOPARESIS ARTO SUPERIORE	20.000.000	10.329,14
SINDROME AREA MOTORIA MONOPLAGIA ARTO SUPERIORE ED INFERIORE	50.000.000	25.822,84
SINDROME AREA MOTORIA MONOPARESIS ARTO INFERIORE	20.000.000	10.329,14
SINDROME TEMPORALE	30.000.000	15.493,71

**SINDROMI SOTTOCORTICALI TRAUMATICHE**

SINDROME TALAMICA	150.000.000	77.468,53
-------------------	-------------	-----------

**EPILESSIA TRAUMATICA**

SALTUARIE CRISI CONVULSIVE	5.000.000	2.582,28
SALTUARIE CRISI CONVULSIVE GENERALIZZATE	60.000.000	30.987,41

SINDROME DEMENZIALE TRAUMATICA ASSOCIATA A CRISI EPILETTICHE	150.000.000	77.468,53
LESIONI NERVI CRANICI	15.000.000	7.746,85
LESIONE CEREBELLARE MONOLATERALE	60.000.000	30.987,41
LESIONE CEEBELLARE BILATERALE	150.000.000	77.468,53
LESIONE MIDOLLO SPINALE	15.000.000	7.746,85
PARALISI GRANDE SCIATICO	45.000.000	23.240,56
PARALISI SCIATICO-POPLITEA-ESTERNO	20.000.000	10.329,14
PARALISI SCIATICO-POPLITEO-INTERNO	5.000.000	2.582,28
PARALISI CRURALE	20.000.000	10.329,14

## **CONVENZIONE INFORTUNI**

### ***Premesso che***

Tra la Spett.le LEVANTE NORDITALIA S.p.A.  
(di seguito nominata Assicuratore)

e

la Spett.le Lega Nazionale Dilettanti  
(di seguito nominata Contraente)

si stipula con la presente un accordo biennale, non rescindibile per entrambe le parti, con decorrenza dalle ore 00,00 del 1°Luglio 2002 e scadenza alle ore 24,00 del 30 giugno 2004, con tacito rinnovo.

- Premesso che l'accordo viene stipulato dalla Lega Nazionale Dilettanti (L.N.D.);
- Premesso che la L.N.D. pagherà il premio relativo secondo le modalità in avanti specificate;

### **DEFINIZIONE E PRECISAZIONE**

Nel testo che segue, si intendono:

per ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione;
per POLIZZA:	i documenti che provano l'assicurazione;
per PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente All'assicuratore, per l'operatività della polizza;
per RISCHIO:	la possibilità che si verifichi il sinistro;
per SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
per INDENNIZZO:	la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro;
per FRANCHIGIA:	parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;
per ASSICURATO:	il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione, e più precisamente la Lega Nazionale Dilettanti, ivi comprese le strutture periferiche, e tutte le Società partecipanti ai Campionati della L.N.D., affiliate alla stessa;
per SOCIETA':	si intende la Società o l'Associazione sportiva presso cui l'Assicurato è tesserato.

- CTG. A) Tutti i Calciatori, Allenatori, Tecnici e Massaggiatori tesserati per le Società affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, con esclusione dei calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa, Amatoriale e dei tesserati del Settore Giovanile e Scolastico.
- CTG. B) Tutti i Calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore ad una Stagione Sportiva).
- CTG. C) I dirigenti delle società sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività di assistenti all'arbitro durante le gare ufficiali;

- per ASSICURATORE: il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto;
- per CONTRAENTE: la Lega Nazionale Dilettanti.

Inoltre, alle seguenti denominazioni, è attribuito convenzionalmente il significato qui di seguito riportato:

- per INFORTUNIO evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la Morte, una Lesione e/o una Invalidità Permanente.
- per LESIONI ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella allegata, purché determinata da infortunio.
- per FRATTURA una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio.

## SOMME ASSICURATE

L'assicurazione si intende prestata, per ogni singolo Assicurato, per le seguenti somme:

- |                                       |                    |
|---------------------------------------|--------------------|
| 1. MORTE                              | € 77.468,54        |
| <b>1. <u>LESIONI</u></b>              | <b>€ 77.468,54</b> |
| 3. RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE | € 6.197,48         |

<b>2. <u>SPESE DI CURA PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO</u></b>		
<b><u>SPESE FISIOTERAPICHE</u></b>	<b>€</b>	<b>1.549,38</b>
<hr/>		
<b>3. <u>RIMBORSO SPESE SPECIALISTICHE</u></b>	<b>€</b>	<b>516,45</b>
<hr/>		
<b>4. <u>INDENNITA' GIORNALIERA</u></b>		
<b><u>IN CASO DI RICOVERO</u></b>	<b>€</b>	<b>51,65</b>
	<b>dal 15° giorno</b>	<b>€ 103,30</b>
<hr/>		
<b>7. RIMBORSO PER CURE DENTARIE</b>		
<b>E/O PROTESI DENTARIE</b>	<b>€</b>	<b>5.164,57</b>
<hr/>		
<b>5. <u>INDENNITA' FORFETTARIA PER APPLICAZIONE</u></b>		
<b><u>DI APPARECCHIO GESSATO E/O IMMOBILIZZANTE</u></b>		
<b><u>E INAMOVIBILE</u></b>	<b>€</b>	<b>154,94</b>
	<b>elevabile a</b>	<b>€ 258,23</b>
<hr/>		

#### Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione prestata con la presente polizza, comprende gli infortuni che colpiscano gli Assicurati sul campo, o entro i limiti dell'impianto sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa, in occasione di:

1. partecipazione a gara di campionato, di torneo od amichevoli, purché dirette da arbitri incaricati dalla Federazione competente;
2. allenamenti, purché questi siano preventivamente autorizzati o controllati dalla organizzazione sportiva competente e siano svolti per preparazione fisico-atletica.

L'assicurazione comprende gli infortuni che colpiscano gli Assicurati durante:

- 1) i trasferimenti collegati effettuati su ordinari mezzi pubblici di trasporto, dalla residenza al luogo della manifestazione o dell'allenamento cui gli Assicurati stessi devono partecipare; o dal luogo dell'allenamento a quello della manifestazione e ritorno, sempreché il viaggio venga effettuato in comitiva regolarmente organizzata ed assistita dagli appositi accompagnatori. Ai fini delle norme del presente articolo, si considerano "mezzi pubblici di trasporto" anche gli automezzi di noleggio da rimessa, appositamente noleggiati con autista dell'impresa, per spostamenti collettivi di complessi di atleti o squadre; compreso il mezzo di proprietà della squadra.
- 2) i trasferimenti effettuati con mezzi privati limitatamente ai trasferimenti compiuti per partecipare alle gare ed allenamenti ufficiali controllati; partecipazione che dovrà risultare da documentazione ufficiale. Tale estensione di garanzia non vale per la partecipazione all'Attività ricreativa ed Amatoriale (Assicurati CTG. B).
- 3) i trasferimenti su mezzi adibiti a pronto soccorso o privati, durante il trasporto al più vicino luogo di ricovero.

Gli allenamenti ufficiali controllati devono intendersi come:

- effettuati sotto il controllo di un tecnico e/o allenatore tesserato, o di un dirigente della Società anch'esso tesserato, che eventualmente sarà chiamato, insieme al Presidente, a controfirmare la denuncia, assumendosi la responsabilità della veridicità dei dati,

- effettuati nell'impianto sportivo normalmente utilizzato dalla Società Sportiva per le partite ufficiali, o in altri impianti desumibili da documentazioni varie (calendario degli allenamenti preventivamente depositato presso gli Enti Periferici Federali, dichiarazione del proprietario o gestore dell'impianto, dichiarazione ufficiale da parte del Comitato Provinciale e/o Regionale L.N.D. controfirmata dal Presidente dello stesso, calendario dell'utilizzo degli impianti depositato presso un ente della Pubblica Amministrazione o autorizzazione all'utilizzo degli stessi, conservata dall'Ente predetto, o altra documentazione equipollente).

## **Art. 2 - RINUNCIA ALLA RIVALSA**

L'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari, al diritto di rivalsa, di cui all'articolo 1916 del Codice Civile, verso i Terzi eventualmente responsabili dell'infortunio, ad esclusione degli infortuni derivanti da circolazione su strada e dell'HIV.

## **Art. 3 - RISCHI COMPRESI**

Si intendono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non derivante da malattia, l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento involontari di sostanze nocive;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali in genere, con l'esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari;
- gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- le lesioni, escluse le ernie non traumatiche, determinate da sforzi;
- gli infortuni derivanti da atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe ed uragani. Si precisa comunque che qualora più Assicurati con l'Assicurazione, anche con altre polizze, siano colpiti da infortunio causato dalle predette calamità naturali, l'esborso massimo dell'Assicurazione non potrà superare la somma di €uro 4.131.655,19 per un anno assicurativo.

## **ESTENSIONI DI GARANZIA**

### **Art. 4 - MORTE ED INVALIDITÀ PERMANENTE PER ALTRE CAUSE**

Relativamente alle sole garanzie morte ed invalidità permanente, sono considerati infortunio anche l'infarto cardiaco, l'ictus provocato da emorragia cerebrale, la trombosi cerebrale,

**l'embolia, la rottura di aneurisma, l'arresto cardiaco-circolatorio (per crisi aritmiche improvvise, gravi bradicardie, sindrome del seno carotideo), le cardiopatie traumatiche (da lesioni non penetranti con conseguente rottura atri e ventricoli, aritmie, insufficienza cardiaca acuta da rottura valvolare, versamento pericardico emorragico), il trauma extratoracico con ipotensione polmonare (da shock) e conseguente ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrome), nonché qualsiasi evento riconducibile alle suindicate patologie, che causino la morte o un'invalidità permanente non inferiore al 60% della totale (grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio), verificatisi durante l'esercizio dell'attività sportiva, sul campo o entro il limite sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa.**

La garanzia è operante a condizione che l'infortunato sia in regola con le visite mediche annuali previste dalle vigenti disposizioni regolamentari.

La presente estensione di garanzia è prestata, nel limite della somma assicurata per Lesioni, con un limite massimo di risarcimento di €uro 774.685,34 per anno assicurativo, e €uro 51.645,69 a persona.

#### **Art. 5 - INDENNITÀ AGGIUNTIVA**

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, avvenuto durante l'esercizio dell'attività sportiva, derivi un'Invalidità Permanente non inferiore al 70%, l'Assicurazione liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore necessaria per la costituzione di una rendita immediata di importo pari a €uro 6.197,48 annui, pagabile in due semestralità anticipate per la durata di 10 anni, mediante la stipulazione di un apposito contratto di assicurazione con lo stesso Assicuratore.

#### **Art. 6 - PERDITA ANNO SCOLASTICO**

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato sia costretto ad un'assenza dalle regolari lezioni, tale da comportare la perdita dell'anno scolastico, espressamente motivata e convalidata dall'organismo scolastico preposto, l'Assicuratore liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore pari a €uro 1.032,91.

#### **Art. 7 - HIV**

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e per causa di una trasfusione ematica avvenuta nel corso delle cure necessarie per l'infortunio stesso, l'Assicurato contragga il virus H I V, l'Assicuratore liquida un'ulteriore indennità forfetaria pari a €uro 15.493,71.

#### **Art. 8 - RISCHI DI VOLO**

Relativamente ai trasferimenti collegiali di cui al precedente articolo, premesso che sono sempre esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla guida di aeromobili (ivi compresi deltaplani, ultraleggeri e simili), l'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri, da chiunque eserciti, tranne che da aziende di lavoro aereo - in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri - e da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'Aeromobile e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa mediante scale od altre attrezzature aeroportuali fanno parte del rischio volo.

L'Assicurazione concessa nei limiti di cui sopra, vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, purché non conseguenti a guerra (anche dichiarate) od insurrezioni.

L'Assicurazione vale per i casi e le somme uguali a quelli assicurati con la presente polizza e per i rischi da essa previsti, entro i limiti sottoindicati.

La somma delle garanzie previste dalla presente e da eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni (individuali e cumulative) non potrà superare i capitali di:

- Euro 1.032.913,80 per il caso Morte e Euro 1.032.913,80 per il caso di Invalidità Permanente o Lesioni per persona,  
e di
- Euro 5.164.568,99 per il caso Morte e Euro 5.164.568,99 per il caso di Invalidità Permanente o Lesioni complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni "cumulative" stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

## **LIMITAZIONI DELLA GARANZIA – ESCLUSIONI**

### **Art. 9 - LIMITI DI ETA' - PERSONE NON ASSICURABILI**

L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 75 anni (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio).

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS (o sindromi correlate) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco- depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. L'eventuale incasso di premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dall'Assicuratore a richiesta del Contraente.

### **Art. 10 - LIMITI TERRITORIALI**

L'assicurazione vale per il mondo intero. L'accertamento degli eventuali postumi di invalidità permanente e la liquidazione dei sinistri verranno effettuati soltanto in Italia.

### **Art. 11 - ESCLUSIONI**

Sono esclusi dall'assicurazione le ernie non traumatiche, nonché gli infortuni derivanti da:

- guida e uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei;
- stato di ubriachezza alla guida di veicoli;
- uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di

- particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra od insurrezioni in genere. L'assicurazione vale comunque per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non) per un 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.

## **LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO**

### **Art. 12 - M O R T E**

€uro 77.468,54

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, l'Assicuratore liquida la somma assicurata per il caso di Morte ai beneficiari designati, o in mancanza, agli eredi legittimi.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Lesioni e/o per Invalidità Permanente;

tuttavia se dopo il pagamento di un indennizzo per Lesioni e/o per Invalidità Permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi legittimi, la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore; i beneficiari non sono invece tenuti ad alcun rimborso per quanto pagato a titolo di Lesioni e/o di Invalidità Permanente.

Qualora, a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, l'Assicuratore liquida ai beneficiari il capitale garantito per il caso di Morte.

La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che l'Assicuratore ha pagato l'indennizzo risulti che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione - entro 30 giorni dalla richiesta - della somma pagata.

### **Art. 13 - LESIONI**

€uro 77.468,54

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista dalla Tabella Allegata, per le lesioni che siano causate da un evento assicurato.

In caso di evento che produca più lesioni comprese nella Tabella, l'Assicuratore non corrisponderà complessivamente indennizzi superiori al capitale assicurato.

### **Art. 14 - PRECISAZIONI LIMITATAMENTE ALLA GARANZIA LESIONI**

- 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 per le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle “amputazioni” si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell’indennizzo.
- Per lussazione s’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 di 60 giorni dall’evento, tetraplegia o paraplegia, gli verrà indennizzato un capitale pari a quello spettante per il caso morte.
- 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.
- 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.

**Art. 15 - RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE**

**€uro 6.197,48**

In caso di infortunio che comporti un ricovero, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all’Assicurato, fino alla concorrenza di €uro 6.197,48 per anno assicurativo e dietro presentazione di relativa documentazione, le spese mediche o spese chirurgiche sostenute durante il periodo di ricovero ed in particolare quelle relative a:

- ) onorari dei medici e dei chirurghi, degli aiuti degli assistenti, degli anestesisti, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- ) accertamenti diagnostici, cure;
- ) rette di degenze;

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata con uno scoperto del 20%, con un minimo di €uro 154,94 per sinistro;

In caso di Day-Hospital, tale minimo è elevato a €uro 258,23.

Rimborso delle spese ospedaliere in caso di “*grandi interventi*” a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza fino a concorrenza di €uro 15.493,71 per persona e per anno assicurativo. Per “*grandi interventi*” si intendono quelli previsti nell’allegato elenco.

**Art. 16 - SPESE DI CURA PRE-POST INTERVENTO CHIRURGICO.  
SPESE FISIOTERAPICHE**

**€uro 1.549,38**

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, viene messa a disposizione dell’Assicurato un’ulteriore somma fino alla concorrenza di €uro 1.549,38, per spese sostenute entro i 90 giorni prima e/o dopo l’intervento chirurgico, con l’applicazione di una franchigia fissa di €uro 103,30 per evento.

Nell’ambito di tale somma vengono riconosciute le spese relative a cicli di trattamenti fisioterapici con un massimo di €uro 258,23 per sinistro e con franchigia fissa di €uro 103,30.

Le spese relative alla presente garanzia vengono riconosciute anche se non effettuate durante il ricovero.

**Art. 17 - RIMBORSO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**

**€uro 516,45**

In caso di infortunio, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all’Assicurato, le seguenti prestazioni specialistiche:

- TAC

- Risonanza Magnetica
- Radiografie
- Ecografie
- Tutori ortopedici
- Artroscopia diagnostica

Indipendentemente dal rimborso delle spese di cura in caso di ricovero e a quelle *pre* e *post* intervento chirurgico già contemplate in polizza.

Il rimborso delle prestazioni di cui sopra è prestato nel limite di Euro 516,45 per persona, per sinistro e per anno assicurativo, previa deduzione di una franchigia fissa ed assoluta di Euro 103,29 per sinistro.

**Art. 18 - INDENNITA' GIORNALIERA  
IN CASO DI RICOVERO**

**€uro 51,65**  
**dal 15° giorno €uro 103,30**

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicuratore corrisponderà una diaria giornaliera di Euro 51,65 dal 3° giorno al 14° giorno e di Euro 103,30 dal 15° giorno e sino al 90° giorno, massimo indennizzabile per anno assicurativo.

I primi due giorni di ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.

La presente garanzia non è cumulabile con il rimborso spese da ricovero.

**Art. 19 - RIMBORSO SPESE PER CURE DENTARIE  
E/O PROTESI DENTARIE**

**€uro 5.164,57**

Nell'ambito della somma assicurata riferita alla garanzia "Rimborso spese da ricovero", l'assicurazione comprende il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per cure dentarie, conseguenti ad infortunio, anche se non effettuate in regime di ricovero, con il limite di Euro 5.164,57 per anno assicurativo e con una franchigia fissa di Euro 103,30 per sinistro e fino ad un massimo di Euro 413,17 per dente.

Sono riconosciuti eventuali danni a protesi dentarie.

Le spese sostenute per cure dentarie saranno ammesse a rimborso solo se l'infortunio che le ha determinate sia avvenuto nel corso di una partita ufficiale e ne sia stata fatta menzione nel referto arbitrale.

**Art. 20 - INDENNITÀ FORFETTARIA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO  
GESSATO E/O IMMOBILIZZANTE E INAMOVIBILE**

**€uro 154,94**  
**elevabile a €uro 258,23**

In caso di applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura, la Società riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario per sinistro, di Euro 154,94 elevabile a Euro 258,23 per esigenze *post* intervento chirurgico. Per infortuni che abbiano per conseguenza fratture al viso, alle costole, o lussazioni della spalla, saranno considerati come apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile le applicazioni o fasciature di ogni genere.

Il diritto al riconoscimento dell'indennizzo maturerà solo dietro presentazione di regolare documentazione medica rilasciata da Istituto di Cura all'infortunato, dove si certifica l'applicazione e rimozione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile.

La presente Indennità Forfettaria non è operante a favore della CTG. B) di persone assicurate: Calciatori partecipanti all'attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla

durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore ad una Stagione Sportiva).

## **Art. 21 - RAPPRESENTATIVA NAZIONALE**

In occasione delle convocazioni per la Rappresentativa Nazionale, per gli infortuni avvenuti sul terreno di gioco, i massimali s'intendono triplicati.

## **SINISTRI: DENUNCIA E LIQUIDAZIONE**

### **Art. 22 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI**

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata all'Assicuratore dall'infortunato (o dai suoi aventi causa) tramite lettera raccomandata, fax o servendosi dell'apposito Numero Verde, che fa capo all'Ufficio Gestione L.N.D., la struttura centralizzata che gestisce i sinistri in oggetto.

La denuncia deve essere inviata all'Assicuratore entro 30 giorni dall'infortunio, e deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono. Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma, effettuato entro quindici giorni dal fatto. Trascorsi i predetti termini per la presentazione, la denuncia non sarà presa in considerazione qualunque sia la causa del ritardo ed a chiunque fosse imputabile tale ritardo.

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

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire all'Assicuratore ed ai suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta. L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono consentire alle visite dei medici dell'Assicuratore ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire all'Assicuratore un dettagliato certificato medico sulle lesioni; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescritte dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare all'Assicuratore il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata all'Assicuratore con certificato definitivo. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, l'Assicuratore non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

L'Assicurato o i suoi aventi causa decadono da ogni diritto alle prestazioni dell'Assicuratore nel caso di inosservanza delle prescrizioni per l'infortunio riportate nel presente Regolamento, e del pari decadono da ogni diritto ove fossero incorsi in false o reticenti dichiarazioni.

#### Art. 23 - LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Ricevuta la necessaria documentazione, valutato il danno, verificata l'operatività delle garanzie prestate e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

#### Art. 24 - CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di disaccordo sul nesso casuale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità, a richiesta delle Parti si procederà mediante arbitrato di un Collegio Medico, di cui i due primi componenti saranno designati dalle Parti stesse ed il terzo scelto d'accordo dai primi due componenti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Medico.

Tale Collegio Medico risiede presso l'ispettorato Sinistri della Società geograficamente competente.

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 della Lesione o l'accertamento definitivo dell'Invalidità ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

#### Art. 25 - CUMULO DI INDENNIZZI

Gli indennizzi per le prestazioni di Morte, Lesioni e/o Invalidità Permanente non sono cumulabili tra loro.

### **NORME REGOLANTI L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

#### Art. 26 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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, come previsto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

#### Art. 27 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento del rischio. La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare, come previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

## **Art. 28 - ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente deve comunicare per iscritto all'Assicuratore l'eventuale stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio.

L'Assicuratore, entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.

Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto all'indennizzo. Il Contraente è comunque esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altre assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio, con altro o con lo stesso Assicuratore.

## **Art. 29 - ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITA' PREGRESSE**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.

E' tuttavia espressamente confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo il disposto dell'articolo inerente i Criteri di indennizzabilità.

E' parimenti confermato il punto "Limiti di età - Persone non assicurabili"; pertanto qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile, il relativo premio sarà restituito dall'Assicuratore a richiesta del Contraente.

## **Art. 30 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE E FORMA DELLE COMUNICAZIONI**

Ogni comunicazione del Contraente all'Assicuratore deve essere fatta con lettera raccomandata. Eventuali modifiche all'assicurazione devono essere provate per iscritto.

## **Art. 31 - ONERI FISCALI**

Le imposte e gli altri oneri, presenti e futuri, stabiliti per legge, in conseguenza del contratto, sono a carico del Contraente.

## **Art. 32 - IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la materiale identificazione degli Assicurati si farà riferimento agli elenchi ed alla documentazione ufficiale riportanti i nominativi dei tesserati e/o iscritti redatti dal Contraente o dalle Società, Associazioni e Unioni Sportive ad esso affiliate.

## **Art. 33 - VARIAZIONI NELLA FIGURA DEL CONTRAENTE**

Nel caso di fusione del Contraente, il contratto continua con l'Associazione che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Associazione stessa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento del Contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Il Contraente è tenuto a dare avviso scritto dei fatti sopraindicati entro i successivi 15 giorni dal loro verificarsi all'Assicuratore, il quale, nei giorni successivi al ricevimento dell'avviso, ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

### **Art. 34 - FORO COMPETENTE**

Il Foro competente per i soggetti assicurati è quello competente per il Comune di residenza dell'Assicurato.

### **Art. 35 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

**Il Contraente**

**Levante Norditalia S.p.A.**

.....

.....

## **ELENCO ITNERVENTI DI ALTA CHIRURGIA**

### **DA INFORTUNI**

#### **CHIRURGIA GENERALE**

COLLO	- Resezione e plastiche tracheali.
ESOFAGO	- Interventi per lesioni traumatiche.
TORACE	- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie.
STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE	- Resezione intestinale per via lapaoscopica.
COLON - RETTO	- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia.
FEGATO E VIE BILIARI	- Resezioni epatiche maggiori e minori. - Anastomosi bilio-digestive.
PANCREAS - MILZA - SURRENE	- Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia.

### **CHIRURGIA MAXILLO – FACCIALE**

- *Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore.*
- *Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale.*
- *Ricostruzione della mandibola con innesti ossei.*
- *Ricostruzione della mandibola con materiale alioplastico.*

### **CARDIOCHIRURGIA**

- *Interventi per corpi estranei.*
- *Sutura del cuore per ferite.*

### **NEROCHIRURGIA**

- *Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali.*
- *Cranioplastiche ricostruttive.*

### **CHIRURGIA VASCOLARE**

- *Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali).*
- *Interventi sulle arterie viscerali o renali.*
- *Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali).*
- *Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta.*
- *Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo.*

### **CHIRURGIA ORTOPEDICA**

- *Artrodesi grandi segmenti.*
- *Artrodesi vertebrale per via anteriore.*
- *Artroprotesi totale di ginocchio.*
- *Artroprotesi di spalla.*
- *Artroprotesi di anca parziale e totale.*
- *Disarticolazione interscapolo – toracica.*
- *Emipelvectomy.*
- *Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi.*
- *Osteosintesi vertebrale.*

### **CHIRURGIA UROLOGICA**

- *Nefrectomia polare.*
- *Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica.*
- *Resezione uretrale e uretrorrafia.*

### **CHIRURGIA GINECOLOGICA**

- *Laparotomia per ferite o rotture uterine.*

### **CHIRURGIA OCULISTICA**

- *Vitrectomia anteriore e posteriore.*
- *Trapianto corneale a tutto spessore.*
- *Cerchiaggio per distacco di retina.*

**CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA**

- *Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico.*
- *Laringectomia sopraglottica o subtotale.*
- *Laringetomie parziali verticali.*
- *Laringectomia e faringoiaringetcomia totale.*

**Il Contraente**

**Levante Norditalia S.p.A.**

.....

.....

1 luglio 2002

1 - CT/MC/fm

**Ai Presidenti dei Comitati e delle  
Divisioni L.N.D.  
Loro Sedi**

**CIRCOLARE N°1**

**Oggetto: Durata Attività agonistica stagione sportiva 2002-2003**

In ottemperanza a quanto previsto dalla vigente regolamentazione in materia, si comunica che tutta l'attività agonistica ufficiale organizzata nell'ambito della Lega Nazionale Dilettanti per la stagione sportiva 2002-2003, dovrà essere conclusa entro il termine del 30 giugno 2003.

Si informa che eventuali differimenti, necessari per intervenute impreviste esigenze di carattere organizzativo, dovranno essere preventivamente autorizzati con appositi provvedimenti derogativi assunti dal Consiglio Direttivo della L.N.D.

Cordiali saluti

IL SEGRETARIO GENERALE  
Massimo Ciaccolini

IL PRESIDENTE  
Carlo Tavecchio