



**CONVENZIONE MULTIRISCHI PER L'ASSICURAZIONE
INFORTUNI E RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A
FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA GOLF, DEI SUOI
ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETÀ E
ASSOCIAZIONI AFFILIATE E AGGREGATE E DEI SUOI
TESSERATI**

BROKERITALY
*Insurance
& Reinsurance*

Direzione Generale
00187 Roma - Via Aureliana, 53
Tel +39 0658333396 - Fax +39 0658157933
E-Mail: info@brokeritaly.com

Sommario

<i>Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione</i>	5
<i>Art. 2 Obblighi della Federazione</i>	5
<i>Art. 3 Foro competente -clausola arbitrale</i>	5
<i>Art. 4 Clausola Broker</i>	6
NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	7
<i>Art. 5 Manifestazioni unitarie</i>	7
<i>Art. 6 Assicurazioni per conto altrui</i>	7
<i>Art. 7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio</i>	7
<i>Art. 8 Aggravamento del rischio</i>	7
<i>Art. 9 Diminuzione del rischio</i>	7
<i>Art. 10 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio</i>	7
<i>Art. 11 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia</i>	8
<i>Art. 12 Titoli che danno diritto all'assicurazione</i>	8
<i>Art. 13 Denuncia dei sinistri</i>	9
<i>Art. 14 Gestione delle Vertenze e spese legali</i>	10
<i>Art. 15 Oneri Fiscali</i>	10
<i>Art. 16 Modifiche dell' Assicurazione</i>	10
<i>Art. 17 Rinvio alle norme di legge</i>	10
<i>Art. 18 Interpretazione del Contratto</i>	10
<i>Art. 19 Rescissione del contratto</i>	10
<i>Art. 20 Foro competente</i>	11
<i>Art. 21 Dichiarazioni della Società</i>	11
<i>Art. 22 Validità esclusiva delle norme dattilo scritte</i>	11
<i>Art. 23 Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali</i>	11
<i>Art. 24 Clausola di recesso</i>	11
<i>Art. 25 Buona Fede</i>	11
<i>Art. 26 Tracciabilità dei flussi finanziari</i>	11
SEZIONI INFORTUNI	13
<i>Art. 27 Soggetti Assicurati</i>	13
<i>Art. 28 Oggetto del rischio</i>	13
<i>Art. 29 Estensioni di garanzia</i>	13
<i>Art. 30 Esclusioni</i>	14
<i>Art. 31 Esonero denuncia di infermità</i>	14
<i>Art. 32 Esonero denuncia altre assicurazioni</i>	14
<i>Art. 33 Persone non assicurabili</i>	15
<i>Art. 34 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari</i>	15
<i>Art. 35 Infortuni determinati da calamità naturali</i>	16
<i>Art. 36 Evento con pluralità di infortuni</i>	15
<i>Art. 37 Validità territoriale</i>	16
<i>Art. 38 Limite di età</i>	16
<i>Art. 39 Criteri di indennizzabilità</i>	16
<i>Art. 40 Rischio volo</i>	17
<i>Art. 41 Prestazioni</i>	17
<i>Art. 42 Invalidità permanente – anticipo indennizzo</i>	19
<i>Art. 43 Invalidità permanente – franchigia assoluta</i>	19
<i>Art. 44 Indennità privilegiata per invalidità permanente</i>	19

Art. 45 Controversie sulla natura degli infortuni	19
Art. 46 Pagamento dell'indennità	20
Art. 47 Estensioni speciali	20
Art. 48 Rimborso Spese Mediche	21
Art. 49 Diaria da ricovero	22
Art. 50 Franchigia assoluta in caso di diaria da ricovero	23
Art. 51 Denuncia degli infortuni	23
Art. 52 Rinuncia al diritto di surrogazione	23
SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI	24
Art. 53 Descrizione del rischio	24
Art. 54 Oggetto dell'assicurazione	24
Art. 55 Limiti Territoriali	26
Art. 56 Responsabilità civile personale	26
Art. 57 Novero dei terzi	27
Art. 58 Altre assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e di limiti	27
Art. 59 Gestione delle vertenze e spese di resistenza	27
Art. 60 Esclusioni	28
Art. 61 Franchigia	28
SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)	30
Art. 62 Soggetti assicurati	30
Art. 63 Oggetto dell'assicurazione - Responsabilità Civile verso figure soggette	30
all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. (R.C.O.)	30
Art. 64 Estensione malattie professionali	30
Art. 65 Esclusioni	31
Art. 66 Denuncia dei sinistri e obblighi dell' Assicurato	31
SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI GESTIONE IMPIANTI	32
Art. 67 Soggetti assicurati	32
Art. 68 Collaboratori	32
Art. 69 Danni da sospensione od interruzione di esercizio	32
Art. 70 Danni da incendio	32
Art. 71 Danni a cose in consegna e custodia	32
Art. 72 Servizi complementari di impianti sportivi	33
Art. 73 Parchi	33
SEZIONE SOMME ASSICURATE	34

DEFINIZIONI	
Assicurato:	la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa
Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Atleta:	il tesserato che svolge l'attività sportiva rientrando negli scopi della Contraente a titolo agonistico, non agonistico, amatoriale o ludico.
Ambulatorio:	la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;
Beneficiario:	In caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari; in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker:	Brokeritaly Consulting Srl
Comunicazioni:	tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Invalidità permanente	la diminuzione o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di cura:	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privata, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Massimale per sinistro:	la massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura (pubblici, accreditati o privati, in Italia e all'estero) che comporti almeno un pernottamento.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Scoperto	la parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico dell'assicurato.
Soggetti A	Componenti organi federali centrali e periferici, Componenti organi di giustizia federali, Componenti commissioni federali, compresi gli Arbitri federali e zonali come da appositi elenchi federali, Iscritti agli albi dei professionisti e dei tecnici, Atleti inclusi negli elenchi dei probabili nazionali, speranze azzurre, brevetti nazionali, brevetti giovanili e brevetti.
Trattamento chirurgico	provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura

CONVENZIONE MULTIRISCHI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA GOLF, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETÀ ED ASSOCIAZIONI AFFILIATE E/O AGGREGATE E DEI SUOI TESSERATI.

Tra la FEDERAZIONE ITALIANA GOLF (**FIG**) e la Compagnia di Assicurazioni, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Società**, viene stipulata la seguente convenzione per le garanzie contro gli infortuni, la Responsabilità Civile Generale a favore della FIG, dei suoi Organi Centrali e Periferici, delle Società ed Associazioni Affiliate e/o aggregate e dei suoi Tesserati.

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni tre, con inizio dalle ore 24,00 del 31 Dicembre 2021 e termina alle ore 24,00 del 31 Dicembre 2025, salvo la possibilità per le Parti di rescindibilità alla scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di almeno 90 giorni.

Resta convenuto che, in vigore della presente convenzione, ove da parte di qualsiasi organo legislativo venga sancito obbligo di adesione a diverse condizioni assicurative ovvero a diverso Ente Assicuratore, la presente convenzione si intenderà risolta di diritto dalla data stabilita nell'obbligo stesso ovvero entro la prima scadenza successiva alla data del decreto stesso.

Art. 2 Obblighi della Federazione

La Federazione si impegna a comunicare alla Società tutte le modifiche delle norme federali ed ogni altra circostanza che comporti una variazione od un aggravamento del rischio, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, riservandosi in ogni caso la Società la facoltà di recedere dall'accordo.

Art. 3 Foro competente - clausola arbitrale

La decisione di ogni controversia che dovesse insorgere in relazione a validità, interpretazione, esecuzione e/o scioglimento della presente Convenzione sarà rimessa ad un Collegio arbitrale composto da tre arbitri, dei quali uno nominato da ciascuna delle parti e il terzo di comune accordo dai primi due.

La Parte che intenda promuovere l'arbitrato notificherà all'altra, a mezzo Ufficiale Giudiziario, atto di nomina del proprio arbitro. L'altra parte, entro 20 giorni dal ricevimento della predetta notifica, a sua volta notificherà, a mezzo Ufficiale Giudiziario, atto di nomina dell'arbitro da lei designato. I due arbitri così nominati dalle parti designeranno, entro 20 giorni dalla notifica del atto di nomina del secondo arbitro, il terzo che presiederà il Collegio.

Ove, nei predetti termini, le parti non provvedano alla nomina del proprio arbitro ovvero i due arbitri nominati dalle parti non si accordino per la designazione del terzo, provvederà, su istanza della parte più diligente, il presidente del Tribunale di Roma.

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

Il Collegio, che avrà Sede in Roma, deciderà in via rituale e secondo diritto e dovrà pronunciare il lodo entro il termine di giorni 90 (novanta) dalla accettazione salvo proroga del termine.

Salvo quanto sopra convenuto, per le controversie non deferibili ad arbitri è competente in via esclusiva il foro di Roma.

Art. 4 Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono alla Brokeritaly Consulting srl - Sede legale Via Aureliana 53 – 00187 Roma - C.F./P. IVA 11572181003 Registro Unico Intermediari: B000398343 il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni. In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
 - di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
 - che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
 - che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
 - che le variazioni alla presente assicurazione richieste dalla contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. "Pagamento del premio";
 - che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione; la stessa verrà trattenuta dal Broker sulle rimesse premi di assicurazione all'atto della loro rendicontazione;
 - che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
 - che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.
 - Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006.
 - La Società assicurativa riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 3% (3 per cento) sul premio imponibile

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 5 Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione, a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali FIG abbia ufficialmente aderito.

Art. 6 Assicurazioni per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 8 Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile

Art. 9 Diminuzione del rischio

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

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

Premesso che:

- i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva Sezione Premi;
- l'importo complessivo previsto alla Sezione Premi (numero adesioni – premio unitario – premio totale), deve considerarsi quale premio anticipato alla Società per ciascun anno assicurativo;

si conviene che:

- il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio verrà effettuato sulla base degli effettivi assicurati previsti alla Sezione Premi.

Entro la data del 31.03 di ciascun anno la Contraente fornirà alla Società elenco riportante il numero degli Assicurati (iscritti) riferito all'anno assicurativo decorso, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

L'eventuale differenza attiva o passiva della stessa dovrà essere così regolata:

- in caso di differenza attiva, la Contraente è tenuta al pagamento del relativo premio entro i 60 (sessanta) giorni successivi al ricevimento dei documenti di cui sopra;
- in caso di differenza passiva, la Società provvederà alla restituzione del relativo premio, al netto delle imposte, entro 60 (sessanta) giorni dalla comunicazione delle variazioni avvenute da parte della Contraente.

Art. 11 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento delle rate di premio così come indicato in polizza.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dal momento in cui consegna il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art.

12 *"Titoli che danno diritto all'assicurazione"* della presente Sezione, e scadrà al quindicesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzi detto.

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

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del 31/12/2021, anche se la prima rata di premio non è stata pagata.

Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 60 giorni.

Trascorso tale termine, senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24,00 del giorno in cui il pagamento del premio comprensivo verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

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

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

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

Art. 12 Titoli che danno diritto all'assicurazione

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

- la Tessera federale nominativa e numerata della FIG;
- nei casi previsti la presenza nominativa in apposito elenco inviato alla Società a cura della Contraente;
- Affiliazione o aggregazione alla FIG per le Società.

Le tessere vengono rilasciate a cura della FIG dalle Società e Associazioni Affiliate e Aggregate da questa specificatamente autorizzate, attraverso le forme organizzative che ritiene opportuno adottare.

Art. 13 Denuncia dei sinistri

In caso di sinistro, a parziale deroga dell'art. 1913 C.C., il Contraente deve darne avviso scritto al Broker, entro 30 giorni lavorativi da quando ha avuto conoscenza il competente ufficio, della richiesta risarcitoria del terzo. Tuttavia è concessa facoltà al Contraente di denunciare tutte quelle circostanze che presumibilmente potranno dar luogo a richiesta di risarcimento e la Società accetta fin d'ora tale notifica come denuncia di sinistro ancorchè non vi sia ancora stata richiesta scritta da parte del terzo.

Premesso inoltre che, le richieste di risarcimento da parte dei terzi pervengono a volte incomplete per alcuni elementi fondamentali intesi per:

- a) generalità e recapito del richiedente e/o del bene danneggiato;
- b) data e luogo del sinistro;
- c) descrizione del fatto e, possibilmente, sue conseguenze.

Resta inteso che, al fine di evitare la trasmissione alla Società di denunce incomplete, i termini di cui sopra relativamente alle richieste di risarcimento da parte di un terzo, decorrono dal momento in cui l'Ufficio competente ha ricevuto la richiesta di risarcimento completa degli elementi fondamentali.

A parziale deroga di quanto sopra indicato, è data facoltà al Contraente o all'Assicurato anche in considerazione della franchigia fissa prevista dal contratto assicurativo — di verificare sia la fondatezza che la congruità della richiesta di risarcimento avanzata nei suoi confronti.

Ciò verificato, il Contraente o l'Assicurato daranno avviso alla Società nei modi e nei termini previsti dall'art. 2952 del C.C.

Il Contraente è tenuto a denunciare alla Società eventuali sinistri rientranti nella garanzia "responsabilità civile verso prestatori di lavoro" solo ed esclusivamente:

- in caso di sinistro per il quale ha luogo l'inchiesta giudiziaria/amministrativa a norma di legge;
- in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto nonché da parte dell'INAIL qualora questa esercitasse diritto di surroga ai sensi del DPR 30.06.1965, n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni.

La denuncia conterrà una descrizione dettagliata del fatto cui la richiesta scritta si riferisce, la data, il luogo, l'indicazione delle cause e delle conseguenze se conosciute, le generalità e recapito delle persone interessate e di eventuali testimoni, e sarà corredata di copia di tutta la documentazione relativa eventualmente in suo possesso; saranno altresì trasmessi quanto prima alla Società anche gli atti, documenti e notizie relative al sinistro, di cui la Federazione sia venuta in possesso successivamente alla denuncia.

La Società fornirà semestralmente alla Federazione per il tramite del broker, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita
- la data di accadimento
- le iniziati della controparte
- lo stato del sinistro (riservato / liquidato / respinto)

- l'importo stimato per la sua definizione
- l'importo liquidato alla controparte
- copia degli atti relativi alla liquidazione del danno

E' facoltà della Federazione richiedere ed obbligo della società fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora la Federazione lo richieda.

La Federazione dà facoltà alla Società di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta.

Art. 14 Gestione delle vertenze e spese legali - rinuncia alla rivalsa

Si conviene che:

- per i sinistri ad essa denunciati la Società assume, fino a quando ne ha interesse, a nome dell'assicurato la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, designando ove occorra legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'assicurato stesso;
- le spese per resistere alla azione promossa contro l'assicurato e di difesa restano a carico della Società fino alla concorrenza di un importo pari al quarto del massimale di garanzia; qualora la somma dovuta al danneggiato superi questo massimale, le spese sono ripartite tra la Società e l'assicurato in proporzione al rispettivo interesse;
- fermo quanto sopra, la Società non riconosce le spese sostenute dall'assicurato per legali e/o tecnici che non siano da essa designati, e non risponde di multe o ammende;
- l'Assicurato deve far pervenire alla Società nel termine di trenta giorni lavorativi dal ricevimento, copia degli atti giudiziari (citazioni, avvisi di reato, ecc.) mediante i quali si dà inizio al procedimento nei suoi confronti;
- l'Assicurato, o il suo difensore, sono comunque tenuti a trasmettere alla Società copia degli atti processuali esplicitamente da essa richiesti;
- la Società dichiara di rinunciare, a favore dell' Assicurato e/o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui art. 1916 del Codice civile verso i terzi responsabili dell' infortunio.
- La Società, per le somme pagate a titolo di risarcimento del danno per sinistri liquidati ai sensi di polizza, rinuncia ad esercitare il diritto di rivalsa nei confronti di dipendenti e/o Amministratori e/o collaboratori dell' Assicurato, salvo che per il caso di dolo.
Resta in ogni caso impregiudicato il diritto di rivalsa spettante all'Ente per legge.

Art. 15 Oneri fiscali

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

Art. 16 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 17 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 Interpretazione del Contratto

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

Art. 19 Rescissione del contratto

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

Art. 20 Foro competente

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

Art. 21 Dichiarazioni della Società

La Società dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato.

Art. 22 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Art.23 Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare alla Federazione, l'Assicuratore può segnalare al contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, scoperti ai massimali assicurati
2. Il contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.
3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Art. 24 Clausola di recesso

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 23 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta della Federazione.
3. Qualora alla data di effetto del recesso la Federazione contraente non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. La Federazione contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Art. 25 Buona Fede

Si conviene che, ove la Federazione abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita

Art 26 Tracciabilità dei flussi finanziari

- L'assicuratore ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola broker", sia alla stazione appaltante, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 Legge della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel

caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. L'assicuratore si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi;

Il broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla stazione appaltante ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi. Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.a. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. L'appaltatore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne dà immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante o la Federazione concedente.

SEZIONI INFORTUNI

Art. 27 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i tesserati ed i Soggetti A della FEDERAZIONE ITALIANA GOLF.

Art. 28 Oggetto del rischio

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva organizzata sotto l'egida della FEDERAZIONE ITALIANA GOLF, ivi compresi gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale e comprese le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara o allenamento.

La copertura è inoltre estesa alle altre attività fisiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, pesistica, atletica, purché rientranti nel programma di allenamento, potenziamento e/o recupero necessari all'attività sportiva.

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi missioni e relativi trasferimenti, compreso il rischio in itinere, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio della Contraente e/o delle Società affiliate.

Per i Soggetti A, la copertura è operante per i rischi connessi all'espletamento del loro mandato sportivo, anche in occasione di gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della FIG.

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

L'assicurazione opera a condizione che l'infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato all'attività di cui ai precedenti commi, ed in data e orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione al termine dell'attività stessa.

Le garanzie si intendono inoltre operanti anche durante l'utilizzo in qualità di conducenti o di trasportati delle golf cars.

Art. 29 Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;

3. gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
4. l'annegamento;
5. l'assideramento e/o il congelamento;
6. colpi di sole e/o di calore;
7. gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
8. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze anche gravi;
9. le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
10. le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari.

Art. 30 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 35 – Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- f) da guerra e insurrezioni;
- g) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- h) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- i) dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertate in base alle normative vigenti.

Art. 31 Esonero denuncia di infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire.

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

Art. 32 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Compagnie per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, lesione, ed

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

Art. 33 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sintomi e disturbi mentali organici.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Si intendono comunque assicurati i Soggetti affetti dalle seguenti patologie:

Patologie psichiatriche:

Disturbi mentali come da assi 1, 2, 3 del DSM-IV;
Attention Deficit Hyperactive Disorder;

Patologie Neurologiche:

Patologie neuromotorie:
Paralisi cerebrale infantile;
Malattie degenerative del sistema nervoso adulto;
Patologie dismetaboliche e disgenetiche;
Miopatie e polineuropatie;
Mielopatie
Epilessia non in fase attiva;

Patologie osteoarticolari Disturbi sensoriali

Si precisa che la Federazione Italiana Golf ha aderito alla convenzione assicurativa sottoscritta dal Comitato Italiano Paralimpico e, pertanto, i propri Tesserati rientranti nelle categorie previste da tale Comitato godono delle coperture assicurative sottoscritte dal C.I.P..

Conseguentemente, per tali categorie, la presente assicurazione opera in eccesso ai massimali ed alle condizioni di cui al sopraindicato contratto C.I.P. fino alla concorrenza del massimale previsto dal presente contratto.

Per tali tesserati saranno operanti i massimali previsti per i Soggetti A.

Art. 34 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 35 Infortuni determinati da calamità naturali

Con riferimento all'art. 1912 del Codice Civile, si pattuisce l'estensione dell'assicurazione agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche ma con il seguente limite:

- In caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del Ramo Infortuni raccolti nell'anno precedente l'evento, rilevabile nel relativo bilancio di esercizio.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 36 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 6.000.000,00.

Art. 37 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, con l'intesa che la valutazione e la liquidazione dei danni avvengono in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro.

Art. 38 Limite di età

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

Art. 39 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche preesistenti all'infortunio stesso; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

In caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo Art. 41lett. c) – lesioni, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (indetta dalla FSN o a cui partecipi la Società Sportiva previa approvazione della Federazione di appartenenza per la quale il soggetto assicurato risulti tesserato) iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa,

Art. 40 Rischio volo

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

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

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi per aeromobile:

Euro 5.200.000,00 per il caso morte
Euro 5.200.000,00 per il caso invalidità permanente
Euro 5.200,00 per il caso inabilità temporanea;

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti.

La garanzia inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Art. 41 Prestazioni

a) Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

b) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalità permanente eventualmente subita.

c) Lesioni

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

- per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste applicando il massimale di riferimento.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti fermo quanto previsto dall'art criteri indenizzabilità.

Precisazioni:

- Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà venti volte superiore rispetto ai parametri di riferimento.
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte rispetto ai parametri di riferimento relativi alle lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro talossa".

In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate.

L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.

- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrariscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.

Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nei parametri di riferimento, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Art. 42 Invalidità permanente – anticipo indennizzo

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

Art. 43 Invalidità permanente – franchigia assoluta

Sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art.41 lett. c) non supera il 4,5% (oggetto di miglìoria)

Qualora la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore al 4,5% ed inferiore al 10%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.

Qualora il grado di invalidità permanente accertato risulti superiore al 10%, non si darà luogo ad applicazione di nessuna franchigia.

Art. 44 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

Nel caso in cui la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili sia di grado superiore al 60%, l'indennità per l'invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

Art. 45 Controversie sulla natura degli infortuni

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

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 46 Pagamento dell'indennità

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

Art. 47 Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

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

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

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

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

Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. Esclusioni lettera g), l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Rimpatrio salma

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

Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 41 lett c), per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 41 lett. c), a seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 41 lett. c), a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate

Danno estetico

Al soggetto assicurato che non abbia compiuto il 14° anno di età alla data dell'infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito.

Art. 48 Rimborso Spese Mediche

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

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

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

- a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- b) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
- c) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
- d) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- e) Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

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

La garanzia prevista nel presente articolo si intendono estese ai casi di forzata completa immobilità, limitatamente alle fratture vertebrali anche se non dovesse comportare ricovero.

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 150,00 per evento.

Relativamente alle spese odontoiatriche derivanti da infortunio indennizzabile a termini della presente polizza, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 1.500,00 per anno e per persona.

Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di € 2.000,00 per anno e per persona ed un massimo di € 50,00 per singola prestazione.

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

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

Art. 49 Diaria da ricovero

La presente garanzia si intende operante solo se indicata nella successiva sezione "Somme assicurate".

In caso di ricovero in Istituto di cura reso necessario da infortunio la Società liquiderà la somma assicurata per ogni giorno di degenza.

L'indennità per la diaria da ricovero viene corrisposta per un periodo massimo di 60 giorni.

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

In caso di Day Hospital, la diaria da ricovero si intenderà pari al 50% del valore assicurato.

Art. 50 Franchigia assoluta in caso di diaria da ricovero

L'indennizzo per diaria da ricovero di cui al precedente viene corrisposto a decorrere dal sesto giorno di ricovero e per una durata massima di 60 (sessanta) giorni.

Art. 51 Denuncia degli infortuni

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

- a) Darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Compagnia legittimo impedimento alla trattazione del sinistro;
- b) In caso di sinistro occorso in allenamento anche individuale previsto disposto ed autorizzato o controllato dall'organizzazione sportiva, anche per i tramite dei suoi organismi periferici e delle società affiliate o aggregate della Federazione, ai fini dell'ammissione del sinistro all'indennizzo, la denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo per il quale l'assicurato è tesserato che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione stessa.
- c) Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- d) Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento - medico e non;
- e) Consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

Art. 52 Rinuncia al diritto di surrogazione

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

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Art. 53 Descrizione del rischio

L'assicurazione è prestata a favore di tutti i Tesserati, delle Società e Associazioni Affiliate e Aggregate e della Contraente, comprese le strutture periferiche per tutte le attività inerenti l'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative rientranti negli scopi della Contraente.

Sono comprese tutte le attività di allenamento, di corsi, manifestazioni sportive, ricreative e culturali, di gare, organizzate dalla FIG per proprio conto, dai Comitati o Delegazioni Territoriali e dalle Società e Associazioni Sportive affiliate ed aggregate.

Le garanzie si intendono inoltre operanti anche durante l'utilizzo in qualità di conducenti o di trasportati dei veicoli tipo delle golf cars e/o di qualsiasi altro veicolo circolante nei campi da Golf e relative pertinenze (esclusi i rischi sottoposti al Codice della strada).

Art. 54 Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenne:

- la Contraente, le sue strutture;
- i tesserati alla FIG;
- i Soggetti A;
- le Società e Associazioni Sportive affiliate ed aggregate alla FIG

per quanto siano tenute a pagare ai sensi di legge a titolo di risarcimento capitale, interessi e spese per danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'Assicurazione.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare ai sopracitati soggetti da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

L'assicurazione vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 Giugno 1984 n° 222.

Precisazioni :

Fermo che la copertura assicurativa non ha limiti territoriali

RCT - ed è operante anche per fatto colposo o doloso delle persone delle quali l'Assicurato debba rispondere, a solo titolo esemplificativo e non limitativo si precisa che essa comprende la responsabilità derivante:

- dalla proprietà, come anche per il possesso, detenzione e/o la conduzione a qualunque titolo, di beni mobili, immobili e loro pertinenze, di strutture, e di quant'altro destinato allo svolgimento delle attività dell' Federazione e/o manifestazioni ed eventi organizzati e in qualsiasi modo riconducibile alla stessa; anche durante le eventuali attività di montaggio, smontaggio e preparazione delle attrezzature necessarie .
- per danni a cose di terzi in consegna e/o custodia e/o detenute in generale, nonché ai sensi degli Artt. 1783, 1784 e 1785 bis del Codice Civile, ferme le esclusioni per danni da furto, beni in Leasing e danni da incendio;
- alle cose altrui derivanti da incendio, esplosione o scoppio di cose di proprietà o comunque in possesso alla Federazione, a integrazione e/o in eccesso ad altre coperture assicurative eventualmente operanti per il medesimo evento;

da furto sofferto da terzi laddove l'autore del reato si sia avvalso di impalcature, ponteggi e/o altro assimilabile eretti, dalla Federazione direttamente o da terzi appaltatori, per eseguire lavori a beni immobili, strutture o impianti di sua proprietà o a essa in uso;

- per danni a condutture ed impianti sotterranei di terzi;
- per danni alle cose e/o opere dovuti a cedimento o franamento del terreno;
- per danni materiali causati da scavo, posa e reinterro di opere e installazioni in genere, sia se eseguiti dall'Assicurato che commissionati a terzi ma in tal caso limitatamente alla sua responsabilità in qualità di committente;
- quale committente dei lavori e/o servizi ceduti in appalto e subappalto si conviene che :
 - è assicurata la responsabilità che, a qualunque titolo, ricada sull'assicurato per danni cagionati a terzi dalle ditte appaltatrici e/o subappaltatrici mentre eseguono lavori e/o servizi;
 - sono considerati terzi, per gli infortuni subiti in occasione di lavoro e/o servizi, gli appaltatori e/o subappaltatori ed i loro dipendenti sempreché dall'evento, derivi responsabilità a carico dell'assicurato.
- nonché delle attività e servizi, riconducibili alle finalità istituzionali, effettuate da terzi;
- degli obblighi che competono ai sensi del D. Lgs. 81/2008 e successive modifiche e integrazioni, nei testi vigenti;
- ai sensi dell'art. 2049 C.C. per i danni, anche alle persone trasportate, provocati da veicoli, anche non a motore, utilizzati dai dipendenti o da altri soggetti autorizzati durante lo svolgimento di missioni od incarichi, ad eccezione di quelli di proprietà od in uso alla Federazione e dopo esaurimento di ogni altra copertura assicurativa già in essere per i medesimi rischi;
- dalla circolazione, anche su aree non soggette alla disciplina della normativa vigente in tema di veicoli e natanti (Codice delle Assicurazioni Private e s.m.i.), di veicoli e natanti di proprietà o in uso alla Federazione non soggetti a tale normativa;
- dalla interruzione, sospensione o mancato avvio, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigiane, agricole o di servizi, che siano conseguenza di danni materiali o lesioni personali, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza;
- per danni derivanti dalla proprietà, conduzione e/o gestione di acquedotti e reti fognarie, compresi i danni da occlusione e rigurgito conseguenti a rottura accidentale. Sono compresi altresì i danni causati da erogazione di acqua alterata;
- da contaminazione o da inquinamento dell' acqua, dell' aria o del suolo provocato da sostanze di qualunque natura emesse o comunque fuoriuscite a seguito di rottura accidentale di beni, impianti, serbatoi, condutture, o loro parti;
- dalla gestione, o quale committente in caso di gestione affidata a terzi, di servizi di ristoro (bar, Ristoranti Etc.) , mense e distributori automatici compresi i casi di avvelenamento da cibi o bevande;
- dalla eventuale gestione di strutture farmaceutiche, rimanendo però esclusa la responsabilità connessa al prodotto galenico;
- dalla responsabilità civile per danni arrecati ai mezzi di trasporto sotto carico e scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione di dette operazioni;
- per la partecipazione nonché per la promozione e/o organizzazione di corsi, iniziative e manifestazioni sociali, ricreative, sportive, turistiche, formative, culturali, espositive, congressuali, religiose e/o di aggregazione in genere, anche effettuata congiuntamente con altre Società, (rimane esclusa la responsabilità dei soggetti esterni alla Federazione di cui essa si avvalga e dei quali la Federazione stessa non debba rispondere)compresi l'allestimento e lo smontaggio;
- dalla proprietà per danni, compresi a parziale deroga di quanto sopra normato, eventuali danni patrimoniali, cagionati a terzi e/o a prestatori di lavoro e derivanti da una involontaria inosservanza o violazione del D. Lgs. 196/2003 in relazione al trattamento dei loro dati personali; comuni e/o sensibili. Questa garanzia opera a condizione che il trattamento di tali dati personali sia strettamente strumentale allo svolgimento della Federazione; non è invece operante per il trattamento di dati aventi finalità commerciali nonché per le multe o ammende inflitte direttamente alla Federazione o alle persone di cui essa debba rispondere;
- e uso, di velocipedi in genere, veicoli a mano ed a trazione animale.
- per danni di qualsiasi natura subiti dagli spettatori e/o atleti, presenti all'interno della struttura

sportiva e riconducibili allo svolgimento di attività sportiva in generale anche in occasione di competizioni sportive e qualunque altra attività a bordo Green durante le competizioni sportive cagionati dai tesserati della Federazione e/o atleti di altre Federazioni .

- servizio pubblicitario tramite insegne, cartelli e striscioni;
- operazioni di progettazione, montaggio, collaudo, manutenzione, riparazione e installazione degli impianti dell'Assicurato;
- servizio di vigilanza effettuato anche con guardiani armati e con cani, anche fuori dal recinto dello stabilimento;
- servizio antincendio aziendale, anche in occasione di eventuale intervento al di fuori dell'area dell'azienda e/o circolo;
- proprietà ed uso, anche all'esterno dell'azienda e/o circolo, di velocipedi e ciclo furgoncini senza motore;
- operazione di prelievo e/o consegna merci e materiali, comprese le operazioni di carico e scarico.
- servizi sanitari prestati in ambulatori, infermerie e posti di pronto soccorso, siti all'interno dei complessi sportivi, compresa la responsabilità personale dei sanitari e del personale ausiliare addetto purché tesserato.
- esercizio di uffici, depositi, magazzini e dalle attrezzature ivi esistenti, ovunque ubicati sul territorio italiano purché inerenti all'attività dichiarata in polizza, esclusa la responsabilità civile professionale derivante dall'attività svolta negli stessi.
- proprietà o esercizio delle attrezzature, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva compresi tribune, stadi.

Art. 55 Limiti Territoriali

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

Art. 56 Responsabilità civile personale

La garanzia assicurativa è estesa alla responsabilità personale per danni corporali e o danni materiali cagionati nell'ambito delle attività e iniziative riconducibili alla Federazione stessa:

- a) in capo ai dipendenti, direttori e dirigenti della Federazione di ogni livello e ai componenti (anche non dipendenti) dei suoi Organi e/o Organismi Istituzionali, e comunque ai soggetti del cui operato la Federazione si avvale per il proprio funzionamento, svolgimento delle proprie attività, erogazione di pubblici servizi e quant'altro ad essa riconducibile;
- b) del personale della Federazione cui siano attribuiti gli incarichi e le mansioni di cui al D. Lgs. 81/2008 e successive modifiche e integrazioni, nei testi vigenti;
- c) dei soggetti:
 - impiegati in lavori socialmente utili,
 - utenti di attività di carattere sociale promosse o gestite dalla Federazione
 - partecipanti ai corsi di formazione, perfezionamento, specializzazione, stages e quant'altro assimilabile
 - delle famiglie affidatarie a cui la Federazione, direttamente o nell'ambito di iniziative coordinate con altre strutture pubbliche o di assistenza e/o a esse assimilabili, ha affidato minori o soggetti portatori di handicap;
- d) del personale dell'Ente cui siano attribuiti gli incarichi e le mansioni di cui al D. Lgs. n. 196/2003, per danni, compresi — a parziale deroga di quanto precedentemente normato - eventuali danni patrimoniali, cagionati a terzi e/o a prestatori di lavoro e derivanti da una involontaria inosservanza o violazione del D. Lgs. 196/2003 in relazione al trattamento dei loro dati personali, comuni e/o sensibili;

Tutti i soggetti qui assicurati sono anche considerati terzi tra loro.

Art. 57 Novero dei terzi

Si conviene fra le parti che tutti i soggetti, sia persone fisiche, che giuridiche, agli effetti della presente polizza vengono considerati "Terzi" rispetto all'assicurato, con esclusione del legale rappresentante (tranne che per le lesioni corporali).

Non sono considerati terzi i dipendenti dell'Assicurato quando subiscano il danno in occasione di servizio, operando nei loro confronti l'assicurazione RCO.

Sono considerati Terzi fra di loro:

- Gli Atleti, i Tesserati, i Dipendenti, il coniuge, i genitori, i figli degli Assicurati, nonché qualsiasi parente o affine con essi convivente, esclusivamente nel caso in cui, pur sussistendo i precedenti rapporti, il danno si sia verificato durante l'effettivo svolgimento delle attività per cui è operante la garanzia ed alle quali partecipano contemporaneamente danneggiante e danneggiato.

Art. 58 Altre assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e di limiti

Qualora a favore dell'Assicurato fossero in corso al momento del sinistro altre assicurazioni sui medesimi rischi coperti dalla presente polizza, quest'ultima si considera operante nei casi e con le modalità seguenti:

- a) se il rischio non fosse garantito nelle predette altre assicurazioni ma lo fosse in base alle garanzie prestate con la presente Polizza a favore dell'Assicurato stesso, saranno operanti per quel rischio i capitali e/o massimali e le condizioni previsti in quest'ultima, come se le predette altre assicurazioni non esistessero;
- b) se il rischio fosse garantito e liquidato in base alle predette altre assicurazioni ma i massimali e/o capitali o le somme in esse previsti fossero insufficienti a coprire l'intero danno, la presente Polizza risarcirà l'Assicurato per la sola parte di danno eccedente quella risarcita a norma delle predette altre assicurazioni, nei limiti ed alle condizioni tutte della presente Polizza.

Art. 59 Gestione delle vertenze e spese di resistenza

La Società assume, fino a quando né ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile sia penale, a nome dell'Assicurato, designando, previa intesa con lo stesso, ove occorra, legali e/o insegnanti tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti od azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa dal danneggiato contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali e/o insegnanti tecnici che non siano designati nelle modalità di cui sopra e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.

La Società si impegna a fornire tempestivamente copia degli atti processuali ed ogni informazione relativa all'andamento delle liti giudiziali.

Si precisa che la difesa dell'Assicurato viene assunta dalla Società in sede sia civile sia penale fino alla definitiva tacitazione dei terzi e ad esaurimento del giudizio nel grado in corso al momento della liquidazione del sinistro.

Art. 60 Esclusioni

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

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

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i danni:

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

Art. 61 Franchigia

L'assicurazione si intende prestata previa detrazione di Euro 300,00 per ogni sinistro che comporti danni a cose.

la franchigia di cui al presente articolo sarà a totale carico dell'Assicurato responsabile civile del danno e non potrà essere richiesta alla Contraente.

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

Art. 62 Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per la Contraente, per le sue strutture Regionali e Provinciali e per le Società affiliate alla FIG quando svolgono attività organizzate dalla FIG.

Art. 63 Oggetto dell'assicurazione -Responsabilità Civile verso figure soggette all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. (R.C.O.)

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

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

Relativamente alla componente "Danno Biologico" l'assicurazione si intende prestata con l'applicazione della franchigia di € 2.582,28 per ogni persona infortunata.

La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. Non costituisce però causa di decadenza della copertura la mancata assicurazione di personale presso l'INAIL, se ciò deriva o da inesatta ed erronea interpretazione delle norme di legge vigenti, o da una involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL.

L'assicurazione R.C.O. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

Art. 64 Estensione malattie professionali

A parziale deroga delle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione la garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) è estesa al rischio delle malattie professionali (escluse asbestosi e silicosi) tassativamente indicate nelle tabelle allegate al D.P.R. n.1124 del 30 giugno 1965, o contemplate dal D.P.R. del 9 giugno 1975 n.482 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni, in vigore al momento del sinistro, nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali dalla Magistratura. L'estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino in data posteriore a quella della stipulazione del presente documento e siano conseguenza di fatti colposi commessi dall'Assicurato o da persone delle quali deve rispondere, verificatisi durante il tempo dell'assicurazione.

L'estensione non ha effetto per le malattie che si manifestino dopo 12 mesi dalla data di cessazione della polizza o della data di cessazione del rapporto di lavoro.

Ferme, in quanto compatibili, le Condizioni Generali di assicurazione in punto di denuncia dei sinistri, l'Assicurato ha l'obbligo di denunciare senza ritardo alla Società l'insorgenza di una malattia professionale rientrante nella garanzia e di fare seguito, con la massima tempestività, con le notizie, documenti e gli atti relativi al caso denunciato.

Art. 65 Esclusioni

La presente garanzia non comprende unicamente i danni:

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

Art. 66 Denuncia dei sinistri e obblighi dell'assicurato

La Contraente e le sue strutture devono fare denuncia alla Società soltanto degli infortuni per i quali ha luogo l'inchiesta pretorile a norma della legge infortuni.

Inoltre, se per l'infortunio viene iniziato procedimento penale, deve darne avviso alla Società appena ne abbia notizia.

La Società ha diritto di avere in visione i documenti concernenti sia l'assicurazione obbligatoria sia l'infortunio denunciato in relazione all'assicurazione stessa che abbia dato luogo al reclamo per responsabilità civile.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI GESTIONE IMPIANTI

(Estensione della Sezione Responsabilità Civile verso Terzi)

Art. 67 Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per la Contraente, per le sue strutture Regionali e Provinciali e per le Società e Associazioni affiliate e aggregate alla FIG quando svolgono attività inerenti l'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative rientranti negli scopi della Contraente.

Art. 68 Collaboratori

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

Art. 69 Danni da sospensione od interruzione di esercizio

La garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni arrecati a terzi in conseguenza di interruzione o sospensione totale o parziale di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.

La presente estensione di garanzia viene prestata nell'ambito del massimale pattuito in polizza, con un limite pari al 20% del massimale stesso.

Art. 70 Danni da incendio

A parziale deroga di quanto stabilito nelle esclusioni, la garanzia comprende la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per i danni di cose da terzi causati da incendio di cose di sua proprietà o da lui detenute ferma l'esclusione dei danni alle cose che l'assicurato abbia in consegna o detenga a qualsiasi titolo.

Qualora l'Assicurato abbia in corso coperture assicurative prestate con rischio accessorio a polizza del ramo incendio la presente estensione di garanzia opera in eccedenza a tale copertura.

La garanzia viene prestata nell'ambito del massimale di polizza con il limite del 20% del massimale stesso.

Art. 71 Danni a cose in consegna e custodia

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

Sono comunque esclusi:

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

A parziale deroga di quanto previsto, la presente garanzia è prestata con uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo di € 150,00, fermo restando che la Società

non risponde oltre il 20% del massimale assicurato per uno o più sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo.

Art. 72 Servizi complementari di impianti sportivi

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

Art. 73 Parchi

La garanzia comprende il rischio della proprietà e/o conduzione di parchi alberati e/o aree verdi adibite a maneggi, compresa la manutenzione degli stessi, anche se effettuata attraverso Ditte e/o persone non alle dipendenze e con l'uso di macchine e attrezzi sia di proprietà dell'Assicurato che di terzi.

SEZIONE SOMME ASSICURATE**GARANZIA INFORTUNI****Tesserati**

Caso morte	€	120.000,00
Caso lesioni	€	120.000,00
Rimborso spese mediche	€	7.500,00
Diaria da ricovero	€	100,00/die

Soggetti A

Caso morte	€	250.000,00
Caso lesioni	€	250.000,00
Rimborso spese mediche	€	15.000,00
Diaria da ricovero	€	150,00/die

SEZIONE SOMME ASSICURATE

GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Tesserati

per ogni sinistro	€550.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 550.000,00
E per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 550.000,00

Soggetti A

per ogni sinistro	€ 1.000.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 1.000.000,00

Società e Associazioni Affiliate ed aggregate

per ogni sinistro	€ 1.600.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.600.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 1.600.000,00

FIG

per ogni sinistro	€ 2.500.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 2.500.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€ 2.500.000,00

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

Contraente, Società Affiliate

per ogni sinistro	€ 1.000.000,00
Ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€ 1.000.000,00

SCHEDA DI COPERTURA	
Contraente/assicurato	FEDERAZIONE ITALIANA GOLF
Durata contrattuale	Anni 4
Data effetto	Ore 24:00 del 31/12/2021
Rischi assicurati	Responsabilità Civile verso Terzi e Verso Prestatori d'opera
LIMITE DI INDENNIZZO SEZIONE RCT/O	<p>RCT</p> <p>TESSERATI</p> <ul style="list-style-type: none"> • € 550.000,00 Unico <p>SOGGETTI A</p> <ul style="list-style-type: none"> • € 1.000.000,00 Unico <p>SOCIETA'/ASSOCIAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • € 1.600.000,00 Unico <p>FIG</p> <ul style="list-style-type: none"> • € 2.500.000,00 Unico <p>RCO</p> <ul style="list-style-type: none"> • € 1.000.000,00 Unico
LIMITE DI INDENNIZZO SEZIONE INFORTUNI	<p>TESSERATI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morte € 120.000,00 • Lesioni € 120.000,00 • Rimborso spese mediche € 7.500,00 • Diari Ricovero € 100,00 <p>SOGGETTI A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morte € 250.000,00 • Lesioni € 250.000,00 • Rimborso spese mediche € 15.000,00 • Diari Ricovero € 150,00

Il Contraente

La Società
