



Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

F.I.G.C.
Federazione Italiana Giuoco Calcio
Via G. Allegri, 14
00198 - Roma

ESTRATTO
Polizza Assicurazione
Infortuni e Assistenza n. 100/00356457

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 27 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata, entro 60 giorni, alla Società dall'Assicurato (o dai suoi aventi causa) tramite lettera raccomandata, fax o servendosi dell'apposito Numero Verde gestito dalla Società.

Nel caso di morte, la denuncia dovrà essere inviata alla Società entro 15 (quindici) giorni dal fatto.

La denuncia deve fornire indicazioni precise sul luogo, giorno ed ora del sinistro, sulle cause e circostanze che lo determinarono.

La denuncia, firmata dall'Assicurato o 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 alla Società e 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 della Società ed a qualsiasi indagine che questo ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire alla Società un dettagliato certificato medico sull'infortunio; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare alla Società, 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 alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

Qualora l'infortunio interessi solo ed esclusivamente le Cure Dentarie, l'Infortunato non è tenuto a presentare alla Società il certificato di guarigione.

La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata alla Società con certificato definitivo. In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa sino alla data di prescrizione del sinistro. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, la Società 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 della Società nel caso di inosservanza delle prescrizioni per l'infortunio riportate nella presente polizza, e del pari decadono da ogni diritto ove fossero incorsi in false o reticenti dichiarazioni.

Art. 28 - Gestione dei sinistri

La Società si impegna a predisporre una struttura dedicata per la gestione dei sinistri della presente polizza.

Gli obblighi e le procedure dovranno essere quelli riportati nell'allegato E - "Modulo di denuncia sinistro" e Allegato F "Norme da seguire in caso di infortunio".

La struttura dedicata si impegna a fornire le informazioni di cui al precedente art. 12.

Art. 29 - Liquidazione e pagamento

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

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia in Euro.

Art. 30 - Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi per le prestazioni di Morte, Lesioni o Invalidità Permanente non sono cumulabili tra loro. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennità per invalidità permanente, entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di



Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

questo, l'assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra indennità pagata e quella prevista per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 31 - Esonero denuncia Infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui l'Assicurato fosse affetto al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato quanto disposto dall'Art. 34 - Criteri di indennizzabilità - delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 32 - Responsabilità della Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dalla Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'art. 35 - Morte - delle Condizioni Generali di Assicurazione (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso la Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che la Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in esse soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore della Contraente, delle spese di causa da lui sostenute. La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 33 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di disaccordo sul nesso casuale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 34 - Criteri di indennizzabilità - 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 rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 34 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 38 - Invalidità Permanente, delle presenti Norme, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 35 - Morte

L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato 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, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i





Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 36 - Lesioni

Operante per i Settori A ed E

La Società corrisponde l'indennizzo nella misura prevista dalla Tabella Lesioni — Allegato A, alla polizza, per le lesioni che siano causate da un evento assicurato.

In caso di evento che produca più lesioni comprese nella Tabella, la Società non corrisponderà complessivamente indennizzi superiori al capitale massimo assicurato per Lesioni.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, derivi un'Invalidità Permanente superiore al 50% della totale, la Società liquida all'Assicurato una somma per Invalidità Permanente, in luogo della somma assicurata per Lesioni come prevista nella Tabella Lesioni, qualora questa sia meno favorevole.

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma massima assicurata per Lesioni in proporzione al 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.

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

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 37 - Precisazioni concernenti la garanzia Lesioni

Operante per i Settori A ed E

- 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 anatomico-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.

Art. 38 - Invalidità Permanente

Operante per i Settori B, C, D, F e G

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell' infortunio. L'indennizzo per Invalidità





Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al 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, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali previste nella tabella di cui sopra vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 39 - Franchigia assoluta del 5% per il caso Invalidità Permanente

39.1. - Operante per i Settori B, C, F e G

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5% della totale. Per invalidità permanente superiore a detta percentuale, l'indennizzo viene liquidato solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 5%.

39.2. - Operante per il Settore D

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 5% della totale. Per invalidità permanente superiore al 5% della totale:

- per i primi Euro 155.000,00 di massimale, l'indennizzo verrà liquidato per l'intera aliquota di invalidità permanente accertata;
- per l'eccedenza a Euro 155.000,00 di massimale anzidetto, l'indennizzo viene liquidato solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 5%. Per invalidità permanente pari o superiori al 20% non sarà applicata alcuna franchigia.

Art. 40 - 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 su indicate 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, 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 con un limite massimo di Euro 51.646,00 a persona.

Art. 41 - Virus H.I.V.

Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo a seguito di contagio da virus H.I.V. avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna durante lo svolgimento delle attività inerenti il contratto, l'Assicuratore mette a disposizione dell'Assicurato un capitale equivalente a Euro 10.330,00. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni dell'Assicuratore verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'assicurazione, le



INA ASSITALIA S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale: Roma, Corso d'Italia 33 CAP 00198 - Capitale Sociale: Euro 368.628.450 i.v.c.f. e iscr. nel Registro delle Imprese di Roma n. 00409920584 - F. IVA n. 00885351007 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni e della Riassicurazione nei rami Vita, Capitalizzazioni e Danni con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 2/12/1927 (G.U. del 13/12/1927 n° 289). Tel. 06 8483.1 - Fax: 06 8483.3898 - Sito Internet: www.inaassitalia.it - e-mail: info@inaassitalia.it
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azienda Unica Assicurazioni Generali S.p.A.





Polizza 100/00356457

FIG.C.

persone affette da emofilia e tossicomania, nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro. Il diritto a questa indennità è di carattere personale e, quindi non è trasmissibile agli eredi e deve essere esercitato, a pena di nullità, esclusivamente nelle seguenti forme:

- a) qualora l'Assicurato ritenga o supponga di essere stato contagiato dal virus H.I.V., deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, denunciare all'Assicuratore, l'evento dannoso ritenuto causa del presunto contagio da virus H.I.V.. E' fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare all'Assicuratore, una relazione dettagliata dell'evento dannoso. L'Assicurato deve altresì, entro il termine di 6 giorni dall'evento, recarsi presso un ospedale o istituto di cura pubblico o privato e sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V.;
- b) nel caso in cui dagli accertamenti clinici risultasse lo status di sieropositività, riconducendo pertanto l'avvenuto contagio ad un momento precedente l'evento denunciato, nulla sarà dovuto all'Assicuratore, i cui impegni verso tale Assicurato cessano automaticamente senza che niente sia avuto a pretendere;
- c) qualora invece i risultati di detti accertamenti clinici fossero negativi, l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso ospedale od istituto di cura pubblico o privato, ad un successivo test immunologico entro 180 giorni dalla data della denuncia. Se dal secondo test immunologico risultasse lo status di sieropositività, l'Assicuratore provvederà a mettere a disposizione il capitale pattuito, esauendo con tale atto i propri impegni verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa automaticamente all'atto del pagamento dell'indennizzo.

Il rispetto degli obblighi precedentemente indicati è determinante ai fini della validità della garanzia, pena la decadenza della stessa in caso di inadempimento, con conseguente perdita del diritto all'indennizzo. Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima; l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'ospedale od all'istituto di cura pubblico o privato dove vengono effettuate le analisi, prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.

Art. 42 – Morte presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali dal rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione ed accoglimento dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque, non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta da parte dell'assicurato dell'intera somma liquidata, l'assicurato stesso potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 43 – Coma irreversibile

Ai fini della presente assicurazione lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, viene equiparato alla morte. Pertanto, la Società liquiderà la prestazione pattuita qualora l'assicurato permanga in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni. La comunicazione dello stato di caduta in "coma irreversibile" dell'assicurato e l'avvenuto superamento del periodo dei 180 continuativi dovrà essere comunicato per iscritto entro 30 giorni dalle rispettive date.

Sono espressamente esclusi i casi di coma derivanti da abuso di alcolici, dall'uso di psicofarmaci e di stupefacenti.





Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

SEZIONE 6 - CONDIZIONI DI POLIZZA RELATIVE AI SINGOLI SETTORI ASSICURATI

SETTORE A - SETTORE GIOVANILE E SCOLASTICO

Art. 48 - Soggetti Assicurati

I tesserati del "Settore Giovanile e Scolastico" della Federazione Italiana Giuoco Calcio.

Art. 49 - Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli eventi fortuiti, violenti ed esterni che producano:

- una o più lesioni previste nella Tabella Lesioni - Allegato A;
- la morte.

A termini della presente garanzia è considerata lesione ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella Lesioni - Allegato A.

La garanzia è operante per i rischi occorsi durante lo svolgimento delle attività sportive rientranti negli scopi del Settore Giovanile e Scolastico della Federazione Italiana Giuoco Calcio, per la preparazione e gli allenamenti, anche individuali, per corsi e tornei rientranti nei parametri regolamentari, del Settore Giovanile e Scolastico nonché nello svolgimento dei preliminari.

Art. 50 - Rischio in itinere

L'assicurazione si intende estesa agli eventi che colpiscano gli Assicurati durante i viaggi, dal luogo del ritrovo al luogo della manifestazione ufficialmente indetta, effettuato in comitiva regolarmente organizzata ed assistita dagli appositi accompagnatori con mezzi di trasporto pubblici o privati.

Art. 51 - Somme Assicurate

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

1. MORTE	€ 125.000,00
2. LESIONI - come da Tabella Lesione - Allegato A, con il massimo di	€ 77.469,00
3. CONTAGIO VIRUS HIV	€ 10.330,00
4. PERDITA ANNO SCOLASTICO	€ 1.550,00
5. DANNO ESTETICO	€ 1.500,00
6. MORSI DI ANIMALI COMPRESI ARACNOIDI ED INSETTI	€ 362,00
7. AVVELENAMENTI	€ 620,00
8. ASSIDERAMENTO CONGELAMENTO - COLPI DI SOLE O DI CALORE	€ 517,00

Art. 52 - 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 l'importo indicato in polizza.

Art. 53 - Danno estetico

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza, la Società rimborserà all'assicurato, fino ad un massimo di Euro 1.500,00, le spese ospedaliere sostenute per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, allo scopo di ridurre o eliminare i danni estetici conseguenti a lesioni al viso con sfregi o con deformazioni permanenti.

E' stabilito che restano escluse dall'assicurazione le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici al viso persistenti all'evento, nonché le spese relative a protesi, interventi e cure in genere odontoiatriche. Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.



INA ASSITALIA S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale: Roma, Corso d'Italia 33 CAP 00198 - Capitale Sociale: Euro 368.638.450 i.v.C.F. e iscr. nel Registro delle Imprese di Roma n. 09409920564 - P. IVA n. 00885351007 - Imprese autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni e della Riassicurazione nei rami Vita, Capitalizzazione e Danni con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 2/12/1927 (G.U. del 13/12/1927 n° 289). Tel. 06 8483.1 - Fax: 06 8483.3898 - Sito Internet: www.inaassitalia.it - e-mail: info@inaassitalia.it
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azienda unica Assicurazioni Generali S.p.A.





Assitalia

Polizza 100/00356457

Art. 54 - Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Per morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, verrà corrisposto l'importo indicato in polizza.

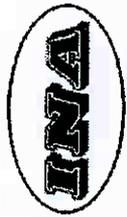
F.I.G.C.

Art. 55 - Avvelenamenti

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, verrà corrisposto all'assicurato l'importo indicato in polizza.

Art. 56 – Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore

A seguito di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione, verrà corrisposto allo stesso l'importo indicato in polizza.



Assitalia

Polizza 100/00356457

SETTORE F - CATEGORIA DEI "PICCOLI AMICI"

FIG.C.

Art. 80 - Soggetti Assicurati

I Tesserati della categoria "Piccoli Amici".

Art. 81 - Oggetto del rischio

La garanzia è operante per gli infortuni che dovesse subire l'Assicurato esclusivamente durante lo svolgimento delle attività sportive rientranti negli scopi della F.I.G.C., in occasione di riunioni, incarichi, missioni semprechè documentate attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio della F.I.G.C. e degli organi competenti.

Oltre a quanto precedentemente previsto, la garanzia è operante in occasioni di gare, allenamenti (anche individuali).

Art. 82 - Somme Assicurate

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

1. MORTE	€ 51.646,00
2. INVALIDITA' PERMANENTE	€ 51.646,00



Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

SEZIONE INTEGRATIVA - FACOLTATIVA "CARTELLINO GIALLO/VERDE/ROSA"

E' consentito alle singole Società del "Settore Giovanile e Scolastico" e della "Categoria Piccoli Amici", affiliate alla F.I.G.C.- Federazione Italiana Giuoco Calcio, di stipulare ad adesione la presente copertura assicurativa integrativa, a favore dei propri tesserati "Cartellino Giallo/Verde/Rosa", previo pagamento del premio convenuto.

Le condizioni assicurative previste nella presente sezione non vincolano in alcun modo la Spett.le F.I.G.C., ma le singole Società Sportive del "Settore Giovanile e Scolastico" e della "Categoria Piccoli Amici", affiliate alla F.I.G.C., che liberamente possano decidere di sottoscriverle.

La presente copertura Assicurativa Integrativa/Facoltativa "Cartellino Giallo/Verde/Rosa", in caso di sottoscrizione secondo i criteri operativi di seguito riportati, varrà esclusivamente a favore dei tesserati - Cartellino Rosa - del "Settore Giovanile e Scolastico" e della "Categoria Piccoli Amici", coperti dalla Polizza della Federazione Italiana Giuoco Calcio n. 100/356457 e limitatamente alle garanzie che seguono.

A. CONDIZIONE PRESTATE CON COPERTURA ASSICURATIVA INTEGRATIVA/FACOLTATIVA "CARTELLINO GIALLO/VERDE/ROSA" PER TESSERATI DEL "SETTORE GIOVANILE E SCOLASTICO" E DELLA "CATEGORIA PICCOLI AMICI".

1. Rimborso Spese di Cura Ospedaliere

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che comporti un ricovero, la Società rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza di € 5.165,00 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 degenza.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata con uno Scoperto del 20% con un minimo di € 155,00 per sinistro.

In caso di Day-Hospital, tale minimo è elevato a € 259,00.

Rimborso delle spese ospedaliere in caso di "grandi interventi" a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza fino a concorrenza di € 15.494,00 per persona e per anno assicurativo.

Per "grandi interventi" si intendono quelli previsti nell'allegato B "Grandi Interventi".

2. Spese di Cura Pre-Post Intervento Chirurgico, Spese Fisioterapiche

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 € 1.550,00, per spese sostenute entro i 90 giorni prima e/o dopo l'intervento chirurgico, con l'applicazione di una franchigia fissa di € 104,00 per evento.

Nell'ambito di tale somma vengono riconosciute le spese relative a cicli di trattamenti fisioterapici con un massimo di € 259,00 per sinistro e con franchigia fissa di €104,00.

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

3. Indennità Giornaliera in caso di ricovero

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio indennizzabile a termine di polizza, verrà corrisposta una diaria giornaliera di € 104,00, dal 3° giorno al 14° giorno e una diaria di € 155,00 dal 15° giorno e sino al 90° giorno. Il 90° giorno è stabilito come massimo indennizzabile per anno assicurativo.

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

Nel caso in cui si abbiano più ricoveri a seguito di un unico sinistro, si procederà come segue:

- la franchigia verrà applicata sul primo ricovero;
- per i ricoveri successivi di durata pari o inferiore a 2 giorni, non verrà corrisposta alcuna indennità giornaliera;





Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

- per i ricoveri successivi di durata superiore ai 2 giorni, verrà corrisposta l'indennità giornaliera senza nuova applicazione della franchigia di 2 giorni.

In caso di Day-Hospital non verrà corrisposta alcuna Indennità Giornaliera. La presente garanzia non è cumulabile con il rimborso spese da ricovero.

4. Rimborso Spese per Cure Dentarie e/o Protesi Dentarie

Nell'ambito della somma assicurata riferita alla garanzia di cui al punto 1. "Rimborso Spese di Cura Ospedaliera", della presente Appendice, 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 € 2.583,00 per anno assicurativo e con una franchigia fissa di € 104,00 per sinistro e fino ad un massimo di € 450,00 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.

Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradentarie e dei denti molli), per l'accertamento del caso e richiesta la documentazione radiologica.

5. Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura

In caso di applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, la Società riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario per sinistro, di € 155,00 elevabile a € 259,00 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.

B. NOTA OPERATIVA

Al fine della corretta sottoscrizione della copertura assicurativa integrativa facoltativa "Cartellino Giallo/Verde/Rosa", le Società Sportive del "Settore Giovanile e Scolastico" e della "Categoria Piccoli Amici", che vorranno sottoscrivere a favore dei propri tesserati la copertura assicurativa di cui alla presente Sezione, dovranno osservare le seguenti indicazioni:

Modalità di Adesione

- Compilazione della Scheda di Adesione (Allegato C), che dovrà essere redatta in tutte le sue parti;
- Compilazione dell'Elenco Nominativo (nome, cognome e data di nascita) delle persone da assicurare, suddiviso tra tesserati del "Settore Giovanile e Scolastico" e tesserati della "Categoria Piccoli Amici";
- La compilazione della Scheda di Adesione dovrà essere fatta in duplice copia, in modo da inviame una alla Compagnia di assicurazione al fax n. 06 84835991 (Spettabile INA-Assitalia S.p.A.) ed al Broker (Spettabile Broking Italia S.r.l.) al fax n. 06 8416565 ed una deve essere trattenuta presso la Società Sportiva a corredo della pratica.

Premio

Il premio lordo annuale pro-capite, per tesserato F.I.G.C. Cartellino Giallo/Verde/Rosa, è pari a € 7,00.





Polizza 100/00356457
Pagamento del Premio

F.I.G.C.

- Il pagamento del premio della Scheda di Adesione, calcolato sulla base di premi lordi pro capite dovrà essere effettuato dalla Società Sportiva, tramite versamento sul conto corrente bancario n. 01004670000 intestato a Broking Italia S.r.l. presso la Banca Finnat Euramerica S.p.A. Sede di Piazza del Gesù, 49 -00186 Roma, CIN Z ABI 03087 CAB 03200;
- Copia della ricevuta di bonifico bancario con allegata la Scheda di Adesione dovrà essere inviata alla Compagnia di assicurazione al fax n. 06 84835991 (Spettabile Assitalia S.p.A.) ed al Broker (Spettabile Broking Italia S.r.l.) al fax n. 06 8416565;

Il premio annuale è indivisibile e dovuto interamente a prescindere dalla data della richiesta di adesione e di pagamento del premio.

Decorrenza e Scadenza dell'Assicurazione

La presente Copertura Assicurativa Integrativa/Facoltativa "Cartellino Giallo/Verde/Rosa", avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'operazione di bonifico bancario.

Ai fini della copertura assicurativa è fatto obbligo alla Società Sportiva della F.I.G.C. di inviare alla Compagnia e per conoscenza al Broker unitamente alla copia del bonifico bancario e della Scheda di Adesione, l'elenco nominativo delle persone assicurate suddiviso tra: tesserati del "Settore Giovanile e Scolastico" e tesserati della "Categoria Piccoli Amici".

La scadenza della Copertura Assicurativa Integrativa/Facoltativa "Cartellino/Giallo/Verde/Rosa" è fissata alle ore 24:00 del 30 Giugno di ogni anno, senza tacito rinnovo.

Alla scadenza di ogni annualità assicurativa, la Società Sportiva della F.I.G.C. avrà la possibilità di rinnovare la copertura assicurativa integrativa/facoltativa tramite la compilazione di una nuova Scheda di Adesione ed il pagamento del premio corrispondente, da inoltrare con le modalità sopra specificate.

Informazioni telefoniche

Chiamando il numero telefonico 800 338 168, le Società Sportive del "Settore Giovanile e Scolastico" e della "Categoria Piccoli Amici", ed i singoli tesserati, possono richiedere in condizioni prestate con la copertura assicurativa integrativa/facoltativa "Cartellino Rosa" tesserati - Cartellino Giallo/Verde/Rosa - del "Settore Giovanile e Scolastico" e della "Categoria Piccoli Amici".



TABELLA LESIONI	Indennizzo
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	€ 1.084,56
FRATTURA SFENOIDE	€ 774,69
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	€ 464,81
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	€ 619,75
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	€ 1.084,56
FRATTURA ETMOIDE	€ 464,81
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	€ 309,87
FRATTURA OSSA NASALI	€ 387,34
FRATTURA MANDIBOLARE (per lato)	€ 619,75
LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA	€ 800,00
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	€ 1.280,00
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 4.648,11
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 774,69
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA	€ 6.197,48
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I- VERTEBRA	€ 7.746,85
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 624,91
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	€ 3.873,43
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 315,04
TRATTO LOMBARE	
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	€ 3.873,43
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 315,04
OSSO SACRO	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	€ 624,91
COCCIGE	
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	€ 619,75
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	€ 464,81
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	€ 2.324,06
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	€ 635,24
FRATTURA STERNO	€ 309,87
FRATTURA DI UNA COSTA (COMPOSTA)	€ 77,47
FRATTURA DI UNA COSTA (SCOMPOSTA)	€ 232,41
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	€ 464,81
PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA	€ 960,00
PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA	€ 1.600,00
ARTO SUPERIORE (DESTRO O SINISTRO)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	€ 469,98
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	€ 929,62
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	€ 929,62
AVAMBRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	€ 304,71
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	€ 619,75
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	€ 619,75
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	€ 304,71
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	€ 619,75

TABELLA LESIONI	Indennizzo
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	€ 619,75
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	€ 640,00
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	€ 800,00
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	€ 774,69
FRATTURA SEMILUNARE	€ 464,81
FRATTURA PIRAMIDALE	€ 309,87
FRATTURA PISIFORME	€ 154,94
FRATTURA TRAPEZIO	€ 309,87
FRATTURA TRAPEZOIDE	€ 309,87
FRATTURA CAPITATO	€ 309,87
FRATTURA UNCINATO	€ 309,87
FRATTURA I° METACARPALE	€ 929,62
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	€ 464,81
SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	€ 640,00
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
POLLICE	€ 619,75
INDICE	€ 464,81
MEDIO	€ 464,81
ANULARE	€ 309,87
MIGNOLO	€ 464,81
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
POLLICE	€ 464,81
INDICE	€ 387,34
MEDIO	€ 309,87
ANULARE	€ 154,94
MIGNOLO	€ 309,87
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	€ 309,87
MEDIO	€ 154,94
ANULARE	€ 154,94
MIGNOLO	€ 309,87
ARTO INFERIORE (DESTRO O SINISTRO)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	€ 929,62
EPIFISI PROSSIMALE (delimitata dal collo chirurgico)	€ 3.098,74
EPIFISI DISTALE (delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	€ 1.549,37
FRATTURA ROTULA	€ 619,75
FRATTURA TIBIA	
DIAFISARIA	€ 464,81
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o feccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	€ 779,85
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o feccetta articolare inferiore)	€ 785,01
FRATTURA PERONE	
DIAFISARIA	€ 309,87
ESTREMITA' SUPERIORE (capitello o feccetta articolare tibiale)	€ 464,81
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	€ 619,75
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	€ 800,00
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	€ 960,00
PIEDE	
TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	€ 2.065,83
FRATTURA CALCAGNO	€ 3.873,43
FRATTURA SCAFOIDE	€ 464,81
FRATTURA CUFOIDE	€ 619,75
FRATTURA CUNEIFORME	€ 154,94
METATARSI	
FRATTURA I° METATARSALE	€ 619,75
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	€ 309,87
FALANGI	
FRATTURA ALLUCE (I° O II° falange)	€ 387,34
FRATTURA I° O II° O III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	€ 154,94

TABELLA LESIONI	Indennizzo
LESIONI DENTARIE	
ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	€ 112,00
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	€ 32,00
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	€ 80,00
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	€ 160,00
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	€ 80,00
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	€ 120,00
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	€ 240,00
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)	€ 160,00
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	€ 40,00
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	€ 80,00
LESIONI PARTICOLARI	
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia con estensione breccia oltre i 10 cm)	€ 12.911,42
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (con estensione breccia fino i 10 cm)	€ 1.239,50
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	€ 2.582,28
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	€ 11.625,44
ESITI EPATECTOMIA (oltre un mezzo terzo del parenchima)	€ 10.329,14
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) O GASTRECTOMIA TOTALE	€ 30.987,41
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) –non cumulabile-	€ 15.493,71
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) – non cumulabile-	€ 30.987,41
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' DEL RETTO –non cumulabile-	€ 11.620,28
COLECTOMIA TOTALE –non cumulabile-	€ 30.987,41
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE –non cumulabile-	€ 77.468,53
COLECISTECTOMIA –non cumulabile	€ 790,18
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	€ 630,08
SAFENECTOMIA BILATERALE –non cumulabile-	€ 950,28
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	€ 1.549,37
PORTATORE ASINTOMATICO ANTICORPO POSITIVO (HIV +)	€ 619,75
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE –non cumulabile-	€ 38.760,09
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	€ 475,14
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	€ 785,01
LOBECTOMIA POLMONARE	€ 11.625,44
PNEUMONECTOMIA	€ 23.240,56
PROTESI SU AORTA TORACICA	€ 15.498,87
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	€ 11.625,44
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	€ 27.113,99
CECITA' MONOLATERALE (perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	€ 21.691,19
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	€ 77.468,53
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	€ 9.296,22
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	€ 38.734,27
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	€ 23.240,56
CORDECTOMIA	€ 11.589,29
EMILARINGECTOMIA	€ 19.336,15
LARINGECTOMIA	€ 38.703,28
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	€ 77.468,53
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	€ 1.239,50
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	€ 11.620,28
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima – trattata/e chirurgicamente)	€ 1.234,33
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	€ 640,41
PROTESI D'ANCA – non cumulabile-	€ 15.519,53
PROTESI DI GINOCCHIO –non cumulabile-	€ 19.392,96
PATELLECTOMIA TOTALE	€ 4.648,11
PATELLECTOMIA PARZIALE	€ 2.065,83
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	€ 774,69
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	€ 21.691,19
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	€ 23.240,56
ISTERECTOMIA – non cumulabile-	€ 15.519,53
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	€ 23.266,38
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	€ 800,51

TABELLA LESIONI	Indennizzo
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (Documentate fotograficamente)	€ 24.000,00
PTOSI PALPEBRALE	€ 800,00
EVIRAZIONE COMPLETA	€ 36.000,00
PERDITA DEL PENE	€ 28.000,00
IMPOSSIBILITA' ALL'EREZIONE	€ 20.000,00
CASTRAZIONE	€ 20.000,00
LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	€ 1.389,27
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	€ 774,69
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	€ 1.084,56
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) valore massimo per ogni dito-	€ 459,65
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) non cumulabile-	€ 924,46
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (documentata radiologicamente)	€ 619,75
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	€ 1.084,56
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	€ 1.549,37
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	€ 469,98
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	€ 635,24
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	€ 929,62
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente) non cumulabile-	€ 779,85
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente) - valore massimo per ogni dito	€ 387,34
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	€ 619,75
LUSSAZIONE D'ANCA (documentato radiologicamente)	€ 2.324,06
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (documentato radiologicamente)	€ 309,87
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (documentata radiologicamente)	€ 154,94
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	€ 774,69
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattata chirurgicamente) non cumulabile tra loro-	€ 1.249,83
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI - (trattata chirurgicamente) non cumulabili tra loro	€ 397,67
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	€ 387,34
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattata chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	€ 929,62
LUSSAZIONE ULNO CARPICA	€ 480,00
LUSSAZIONE ROTULEA	€ 480,00
LUSSAZIONE TIBIO TARSICA	€ 960,00
LUSSAZIONE VERTEBRALE	€ 800,00
AMPUTAZIONI	
ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	€ 77.468,53
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	€ 77.468,53
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	€ 77.468,53
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	€ 40.283,64
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 44.931,75
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	€ 43.382,38
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 38.734,27
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 34.086,16
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	€ 34.860,84
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	€ 32.536,78
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	€ 36.410,21
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	€ 29.438,04
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 33.311,47
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	€ 30.987,41
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	€ 24.789,93
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 28.663,36
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 23.240,56
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	€ 27.113,99

TABELLA LESIONI	Indennizzo
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	€ 27.113,99
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	€ 21.691,19
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	€ 25.564,62
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	€ 18.592,45
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	€ 17.043,08
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	€ 20.916,50
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	€ 13.944,34
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	€ 17.817,76
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	€ 15.493,71
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	€ 15.493,71
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	€ 10.845,59
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	€ 1.549,37
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	€ 1.084,56
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	€ 9.296,22
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	€ 10.070,91
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	€ 774,69
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	€ 542,28
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	€ 387,34
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	€ 697,22
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	€ 1.549,37
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	€ 1.239,50
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	€ 929,62
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	€ 1.394,43
ARTO INFERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	€ 77.468,53
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	€ 77.468,53
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	€ 77.468,53
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	€ 38.734,27
PERDITA DI UN PIEDE	€ 34.860,84
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	€ 20.916,50
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	€ 77.468,53
PERDITA DELL'ALLUCE	€ 929,62
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	€ 464,81
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	€ 154,94
PERDITA DI TUTTE LE DITA DEL PIEDE	€ 1.549,37
LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (permanentemente - stabilizzati)	
ARTO SUPERIORE	
LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	€ 48.000,00
SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO CUCHENNE ERB C5-D1	€ 36.000,00
SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO CUDEJERINE KLUMPKE	€ 36.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE	€ 14.400,00
PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE	€ 28.000,00
PARALISI BASSA NERVO RADIALE	€ 20.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO	€ 32.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO ULNA	€ 20.000,00
PARALISI BASSA NERVO ULNARE	€ 16.000,00
PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARO D12-L4	€ 28.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE	€ 24.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	€ 36.000,00
PARALISI BASSA NERVO SCIATICO	€ 30.400,00
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	€ 16.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	€ 17.600,00
LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE	
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SPORADICHE	€ 12.000,00
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SETTIMANALI	€ 24.000,00
PARESI CON DEFICIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITA' DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	€ 32.000,00
MONOPARESI DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITA' AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	€ 32.000,00

TABELLA LESIONI	Indennizzo
MONOPARESI DI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	€ 28.000,00
USTIONI	
CAPO	
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 480,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 1.600,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 16-25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 11.200,00
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 14.400,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	€ 800,00
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 30% DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	€ 1.600,00
ARTI SUPERIORI ED INFERIORI	
USTIONI 2° O 3° GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 800,00
USTIONI 2° O 3° GRADO DI 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 1.600,00
USTIONI 2° O 3° GRADO DI 31-50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 12.000,00
USTIONI 2° O 3° GRADO DI SUPERIORE AL 50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 16.000,00
SINDROMI CORTICALI TRAUMATICHE	
SINDROME PREFRONTALE (demenza incompleta)	€ 20.658,28
SINDROME PREFRONTALE (demenza completa)	€ 77.468,53
SINDROME PREMOTORIA	€ 12.911,42
SINDROME AREA MOTORIA (emiplegia completa)	€ 77.468,53
SINDROME AREA MOTORIA MONOPARESI ARTO SUPERIORE	€ 10.329,14
SINDROME AREA MOTORIA MONOPLAGIA ARTO SUPERIORE	€ 10.329,14
SINDROME AREA MOTORIA MONOPLAGIA ARTO SUPERIORE ED INFERIORE	€ 25.822,84
SINDROME AREA MOTORIA MONOPARESI ARTO INFERIORE	€ 10.329,14
SINDROME TEMPORALE	€ 15.493,71
SINDROMI SOTTOCORTICALI TRAUMATICHE	
SINDROME TALAMICA	€ 77.468,53
EPILESSIA TRAUMATICA	
SALTUARIE CRISI CONVULSIVE	€ 2.582,28
SALTUARIE CRISI CONVULSIVE GENERALIZZATE	€ 30.987,41
SINDROME DEMENZIALE TRAUMATICA ASSOCIATA A CRISI EPILETTICHE	€ 77.468,53
LESIONI NERVI CRANICI	
LESIONE CEREBRALE MONOLATERALE	€ 30.987,41
LESIONE CEREBRALE BILATERALE	€ 77.468,53
LESIONE MIDOLLO SPINALE	
PARALISI GRANDE SCIATICO	€ 23.240,56
PARALISI SCIATICO-POPLITEA-ESTERNO	€ 10.329,14
PARALISI SCIATICO-POPLITEO-INTERNO	€ 2.582,28
PARALISI CRURALE	€ 10.329,14



Polizza 100/00356457

F.I.G.C.
Allegato B - Elenco Grandi Interventi

Collo

Resezioni e plastiche tracheali

Esofago

Interventi per lesioni traumatiche

Torace

Lobectomie, bilobectomie, pneumonectomie

Stomaco-duodeno intestino tenue

Resezione intestinale per via laparoscopica

Colon-retto

Colectomia totale con ileorecteanastomosi senza o con ileostomia

Fegato e vie biliari

Resezioni epatiche maggiori o minori

Anastomosi bilio-digestive

Pancreas-milza-surrene

Pancreatotomia totale (compresa eventuale 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

Neurochirurgia

Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali

Cranioplastica ricostruttiva

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)

Tattamento delle lesioni traumatiche della aorta

Tattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo

Chirurgia Ortopedica

Artrodesi grandi segmenti

Artrodesi vertebrale per via anteriore

Arteoprotesi totale del ginocchio

Artroprotesi di spalla

Artroprotesi di anca parziale e totale

Disarticolazione interscapolo — toracica

Emipelvectomia

Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilofistesi

Osteosintesi vertebrale

Chirurgia Urologica

Nefrectomia polare





Polizza 100/00356457

F.I.G.C.

Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovesicica con segmento intestinale ortotopica o etrotopica

Resezione uretrale e uretrorafia

Chirurgia ginecologica

Laparotomia per ferite o rotture uterine

Chirurgia Oculistica

Vitrectomia anteriore e posteriore

Trapianto corneale a tutto spessore

Orchiaggio per distacco di retina

Chirurgia Otorinolaringoiatria

Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico

Laringectomia sopraglottica o subtotale

Laringectomie parziali verticali

Laringectomia e Faringoiangectomia totale





MODULO DI DENUNCIA SINISTRO – TESSERATI F.I.G.C.
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)



N. DOSSIER _____ Contattare il numero verde **800 338168** per farsi comunicare il numero di dossier.

DATI DELL'INFORTUNATO/A

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ il _____
 Paternità e maternità (obbligatoria per infortunio a minore) _____
 Indirizzo _____ n. _____
 Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
 Cod.fisc. _____ tel _____ / _____
 Fax (solo di Ab. o Uff.) _____ / _____ cell _____ / _____
 N° TESSERA FIGC dell'Infortunato/a _____ e-mail _____

TIPO TESSERA FIGC dell'Infortunato/a (barrare la categoria di appartenenza) :

- Settore Giovanile e Scolastico; Dirigenti società sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico;
 Centro tecnico di Coverciano; Arbitri, assistenti arbitrali e osservatori speciali serie "A" "B" "C"
 Arbitri, assistenti arbitrali e osservatori speciali serie "D" e dilettanti, dirigenti A.I.A. e F.I.G.C.
 Categoria dei "Piccoli Amici" Dirigenti e collaboratori della F.I.G.C.

Coordinate bancarie per la liquidazione del sinistro:

Banca _____ Agenzia _____ c/c intestato a _____

CODICE IBAN	PAESE	C.D.	CIN	ABI	CAB	N. CONTO													

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA

Società _____ Matricola numero _____
 Indirizzo _____ n. _____
 Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
 Tel/Fax _____ e-mail _____
 Il tesserato/a, fino a 16 anni (tesserino giallo, verde o azzurro), ha aderito alla polizza integrativa: Si No
 Data _____ Timbro _____ Firma _____

ESTREMI INFORTUNIO

Data _____ Ora _____ Gara/Allenamento/Trasferimento _____
 Luogo _____ Prov. _____
 Descrizione chiara e circostanziata delle cause che lo hanno provocato _____

Testimoni (nome, cognome, indirizzo e telefono) _____

Infurtuni precedenti: si no In data _____

Quali lesioni aveva riportato ? _____

Data _____ Firma dell'Infortunato/a o di chi ne fa le veci o dell'avente causa _____

La polizza infortuni non prevede il rimborso delle eventuali spese di patrocinio e/o legali

Inviare il presente modulo per Raccomandata A/R a : GGL – Gruppo Generali Liquidazione Danni, Infortuni F.I.G.C., Casella postale 10043 – Milano, oppure via fax (0266814348)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che la nostra Società tratterà i dati personali contenuti nella presente denuncia con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo – Ina Assitalia S.p.A. – Corso Italia, 33, 00198 Roma – tel. 06/4722.4865 fax 0412593.999). Il sito www.inaassitalia.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Firma _____



PROCEDURA DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO PER GLI ASSICURATI INA ASSITALIA DELLA F.I.G.C.

In caso di infortunio, la denuncia dovrà essere inviata entro 60 giorni dall'Assicurato (o da parte di chi ne fa le veci o degli eventuali aventi causa in caso d'infortunio mortal), tramite lettera raccomandata, via fax.

Qualora si tratti d'infortunio mortale la denuncia dovrà essere preceduta da telegramma da spedire entro 15 gg. dalla data del fatto.

Per ottenere il numero di sinistro – che dovrà essere riportato sul Modulo di Denuncia Sinistro - l'assicurato dovrà contattare il Numero Verde **800 338168** dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 14,00 alle ore 18,00.

L'assicurato dovrà quindi spedire, tramite raccomandata, il Modulo di Denuncia Sinistro, debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto, riportante anche la sottoscrizione del Presidente della Società Sportiva, con allegata tutta la documentazione relativa all'infortunio, al seguente indirizzo:

**GGL – Gruppo Generali Liquidazione Danni
Infortuni F.I.G.C.
Casella postale 10043 - Milano.**

oppure inviare il tutto al seguente n° di fax: **0266814348**.

La polizza infortuni non prevede il rimborso delle eventuali spese di patrocinio e/o legali.

La documentazione dell'infortunio potrà essere inviata, in un'unica soluzione, a guarigione avvenuta – attestata da idoneo certificato medico da presentarsi entro 30 giorni dalla cessazione delle cure mediche – e comunque entro un anno dalla data di pervenimento del certificato stesso.

Qualora la documentazione non dovesse pervenire entro i termini precedenti, resta a carico dell'assicurato/beneficiario l'onere di inviare, apposita comunicazione interruttiva del termine annuale di prescrizione, nei modi previsti dal codice civile (art. 2952 II° comma).

La liquidazione del sinistro potrà avvenire soltanto dopo la guarigione ed il ricevimento da parte di GGL dei documenti sotto indicati in originale (se previsti dalla copertura assicurativa per il settore d'appartenenza):

- a) modulo di denuncia sinistro debitamente compilato e firmato;
- b) certificato del Pronto Soccorso e/o di prima cura redatto il giorno stesso o comunque non oltre le 24 ore;
- c) fatture, notule o ricevute di spese mediche (**per i soli appartenenti alle categorie D ed E* e/o in presenza di una polizza integrativa**)
- d) copia integrale della cartella clinica in caso di ricovero ospedaliero
- e) certificato medico di guarigione redatto dal medico curante;
- f) referti di tutti gli accertamenti diagnostici effettuati (ad es.: radiografie, ecografie, tac, rmn, analisi di laboratorio, ecc.)
- g) fotocopia della tessera F.I.G.C. in corso di validità alla data dell'evento
- h) Copia del rapporto di gara, qualora l'infortunio sia avvenuto nel corso di una competizione.

Per quanto concerne i rimborsi inerenti le cure e protesi dentarie (se previste per la categoria di appartenenza) è necessario allegare il referto arbitrale attestante l'infortunio o, in mancanza di questo, apposita dichiarazione rilasciata dal Comitato Regionale F.I.G.C. d'appartenenza in cui venga fatta esplicita menzione dell'infortunio.

Qualora l'infortunio si verifichi nel corso di un trasferimento (cd. infortunio in itinere), è necessario specificare l'ora ed il luogo di accadimento del fatto, l'ora ed il luogo di partenza, l'ora ed il luogo in cui si doveva svolgere l'attività sportiva.

* **categorie D ed E:** "Arbitri, Assistenti Arbitrali e Osservatori Arbitrali Serie A, B, C, D, Dilettanti e Dirigenti A.I.A"



Documentazione necessaria in caso di **infortunio mortale**.

- a) Modulo di denuncia sinistro debitamente compilato e firmato (sempre in originale).
- b) Fotocopia della tessera F.I.G.C. in corso di validità alla data dell'evento.
- c) Certificato di morte (in originale)
- d) Stato di famiglia (in originale)
- e) Atto notorio o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà riportante i nominativi di tutti gli eredi del defunto.
- f) Certificato medico di idoneità alla pratica sportiva qualora il decesso sia dovuto ai gravi eventi previsti dalla polizza infortuni.
- g) Verbale dell'autorità intervenuta.
- h) Cartella clinica e copia del referto autoptico o (in caso di assenza di quest'ultimo) certificato medico attestante le cause cliniche del decesso.
- i) Eventuali dichiarazioni rilasciate da persone presenti al momento del fatto.
- j) Copia del rapporto di gara, qualora l'infortunio sia avvenuto nel corso di una competizione.

Per tutte le garanzie si precisa quanto segue:

- 1) il diritto all'eventuale indennizzo spetta esclusivamente all'infortunato/assicurato F.I.G.C. od ai suoi aventi causa.
- 2) Per tutte le liquidazioni è necessario che vengano fornite le coordinate bancarie complete del conto corrente intestato all'assicurato o se minore agli esercenti la potestà.
- 3) **Qualora l'assicurato o chi per lui decidesse di ricorrere al patrocinio di un legale le relative spese resteranno a proprio carico.**

Ogni successiva comunicazione o richiesta integrativa di documentazione da parte del centro liquidazione danni verrà inviata via posta all'indirizzo dell'assicurato, al n.º di fax oppure tramite e-mail, qualora questi ultimi risultino dal modulo di denuncia.

Le informazioni sullo stato del sinistro verranno fornite, unicamente dopo il ricevimento del certificato di guarigione, dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 al seguente numero verde

800 338168

Oltre ai riferimenti sopra indicati, è comunque disponibile, il seguente indirizzo di mail:

ggl.infortunifgc@progettolavoro.com

Si rammenta che in caso di infortunio riguardante i soli appartenenti ai settori A (Settore giovanile e scolastico) ed E (Arbitri, Assistenti arbitrali, Osservatori arbitrali serie D e Dilettanti, Dirigenti A.I.A.), la liquidazione avverrà esclusivamente in base alla tabella lesioni allegata alla polizza.