

POLIZZA CONVENZIONE

TRA

FITETREC – ANTE

Federazione Italiana Turismo Equestre e Tecniche di Ricognizione Equestre Competitiva – ANTE
con sede in
Roma – Largo Lauro De Bosis n. 15

E

MAG ■ JLT

Con sede in
Roma – Via delle Tre Madonne n. 12

La presente convenzione ha per oggetto le seguenti coperture assicurative:

Infortuni - Polizza nr. 1915109



DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

CONTRAENTE

FITETREC-ANTE – Federazione Italiana Turismo Equestre e Tecniche di Ricognizione Equestre Competitiva – ANTE.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione

SOCIETA'

L'impresa assicuratrice.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

INFORTUNIO

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità Permanente.

INVALIDITA' PERMANENTE

Perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di essi

BENEFICIARI

L'assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

SINISTRO

Il fatto e/o l'evento per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato il danno

INDENNIZZO/RISARCIMENTO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

FRANCHIGIA

La parte di danno non espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato

SCOPERTO

La parte di danno espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato

ELEMENTO VARIABILE

Parametro utilizzato per il calcolo del premio ove la polizza preveda la regolazione

EQUIDI

Cavalli, pony, muli ed asini di qualunque razza

TESSERATO

Ogni singolo soggetto o Ente iscritto o aderente alla Contraente

TESSERA FEDERALE

E' il documento riservato a tutte le persone fisiche che hanno effettuato il versamento di iscrizione annuale alla Fitetrec-Ante.

TESSERA GIORNALIERA

E' il documento rilasciato alle persone fisiche, non titolari di Tessera Federale, che hanno effettuato il versamento di iscrizione agli organi della Fitetrec-Ante specificatamente autorizzati, in occasione di attività giornaliera nelle attività sportive di competenza della Federazione.

TESSERA TEMPORANEA

E' il documento rilasciato alle persone fisiche, non titolari di Tessera Federale, che hanno effettuato il versamento di iscrizione agli organi della Fitetrec-Ante specificatamente autorizzati, in occasione di attività temporanea, di durata non superiore a 60 giorni consecutivi nelle attività sportive di competenza della Federazione. .

CERTIFICATO DI ASSOCIAZIONE

E' il documento riservato ai Soci Collettivi: Affiliati, Aggregati, Maneggi e Punti Sosta, che hanno effettuato il versamento di associazione annuale alla Fitetrec-Ante.

CERTIFICATO DI ASSOCIAZIONE/TESSERE

Sono i titoli che danno diritto all'assicurazione. Tali documenti, che devono essere in regolare corso di validità, sono rilasciati da Fitetrec-Ante e dai suoi organi periferici specificatamente autorizzati allo scopo.

RISCHIO ELETTIVO

Rischio intrinseco dello Sport al quale si sottopone volontariamente colui che lo pratica.

MANEGGIO/CIRCOLO

E' l'insieme delle attrezzature, delle aree e delle superfici (inclusi i relativi muri di cinta, recinzioni, porte, cancelli automatici e no) e dei manufatti direttamente destinati alla pratica dell'attività equestre.

PUNTI SOSTA

Struttura organizzata con locali e/o spazi recintati utilizzata per punto di appoggio/passaggio per manifestazioni turistiche, idonee esclusivamente ad ospitare cavalli e cavalieri disponendo di uno spazio per il ricovero delle selle.

ADESIONE

E' il singolo modulo di adesione, sottoscritto da ogni Tesserato, che riepiloga tutti gli elementi distintivi di ciascuno, compresa, per la sezione RCT/O l'ubicazione del MANEGGIO/CIRCOLO o PUNTO SOSTA per il quale è operante l'assicurazione sita entro i limiti territoriali d'Italia, Stato Città del Vaticano e Repubblica di San Marino

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Manifestazioni unitarie

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

Assicurazione 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 predisposto dall'art. 1891 del Codice Civile, fatto salvo le richieste recupero delle franchigie previste in polizza che saranno avanzate direttamente dalla Compagnia nei confronti dell'Assicurato.

OPERATIVITA' DELLA COPERTURA

Art. 1) Tessera Federale

La copertura assicurativa sarà operante dalle ore 24 della data di vidimazione trascritta sulla tessera (data di rilascio) per un massimo di 365 giorni e comunque non oltre il 31/12 dell'annualità sportiva riportata sulla tessera. Sono comunque in copertura dalle ore 24 del 31/12 dell'annualità sportiva riportata sulla tessera, i tesserati che rinnoveranno la "Tessera Federale" entro le ore 24 del 15/01 immediatamente successivo.

Art. 2) Tessera giornaliera

La copertura assicurativa è di 24 ore dalla data di emissione della tessera o dalla data e ora del fax o email PEC di comunicazione alla Segreteria Nazionale della Fitetrec-Ante

Art. 3) Certificato di Associazione

La copertura assicurativa sarà operante dalle ore 24 della data di vidimazione trascritta sul certificato per un massimo di 365 giorni e comunque non oltre il 31/12 dell'annualità sportiva riportata sul certificato. Sono comunque in copertura dalle ore 24 del 31/12 dell'annualità sportiva riportata sul certificato, gli associati che rinnoveranno la Associazione alla Federazione entro le ore 24 del 15/01 immediatamente successivo.

Art. 4) Tessera temporanea

La copertura assicurativa è di un massimo di 60gg. e decorre dalla data di emissione o data e ora del fax di comunicazione alla segreteria nazionale della Fitetrec-Ante e scade alle ore 24 del giorno di scadenza ivi indicato, fermi restando il limite massimo di 60gg. consecutivi.

Art. 5) Garanzie Integrativa

La garanzia connessa alla "Tessera Federale" della Fitetrec-Ante, può essere ampliata all'atto dell'acquisto della tessera o nel corso della stagione sportiva, con l'acquisto della "Garanzia Integrativa".

La Garanzia Integrativa sarà operante dalle ore 24 del giorno in cui la Segreteria Nazionale della Fitetrec-Ante avrà ricevuto apposita comunicazione di emissione della "Garanzia Integrativa" da parte degli organi della Fitetrec-Ante specificatamente autorizzati all'emissione. L'assicurazione prevista dalla "Garanzia Integrativa" ha la medesima scadenza dell'assicurazione della "Tessera Federale". Nel caso in cui il titolare della "Tessera Federale" opti in corso di anno per la "Garanzia Integrativa" dovrà corrispondere l'intero premio annuale, a prescindere dalla sottoscrizione della "Garanzia Integrativa".

La "Garanzia Integrativa" non può essere acquistata dal titolare della "Tessera Giornaliera" e "Tessera Temporanea".

Art.6) Durata e decorrenza dell'assicurazione

La presente convenzione viene stipulata per la durata di anni uno, con inizio dalle ore 24 del 31/12/2016 e termina alle ore 24 del 31/12/2017 senza il tacito rinnovo.

Art. 7) Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del novantesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del C.C.

In caso di premio frazionato in più rate (semestrali etc...) il suddetto termine di rispetto si applica anche alle rate così frazionate.

Art. 8) Aggravamento di rischio

L'Assicurato o il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di 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 (art. 1898 C.C.)

Art. 9) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

L'omissione della dichiarazione da parte della Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza aggravante del rischio durante il corso della polizza medesima, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere all'Assicuratore il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 10) Diminuzione del rischio

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

La riduzione del premio avrà decorrenza dalla data di ricevimento, da parte della Società, della lettera di richiesta di diminuzione. La Società provvederà altresì a rimborsare la parte di premio (imposte escluse) relative al periodo di rischio non corso.

Art. 11) Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato dovrà inviare denuncia alla Società entro 30gg. dall'evento ovvero dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli art. 191 e 1915 del Codice Civile.

Devono inoltre fare seguito, nel più breve tempo possibile, le ulteriori indicazioni sulle modalità di accadimento del sinistro di cui l'Assicurato o il Contraente sia venuto a conoscenza, nonché i documenti e gli atti giudiziari o amministrativi relativi al sinistro e successivamente a lui pervenuti.

Unitamente alla denuncia del sinistro dovrà essere trasmessa, a seconda dei casi:

- a) una copia fronte retro della "Tessera Federale" della Fitetrec – Ante;
- b) una copia del "Certificato di Associazione"

In caso di sinistro, la data di vidimazione (data di rilascio) indicata sulla tessera/certificato della Fitetrec – Ante all'Assicurato dovrà essere anteriore alla data del sinistro.

La Società si riserva di richiedere in copia o in visione alla Contraente le registrazioni sociali e tutti gli altri documenti ritenuti probanti ai fini della liquidazione dei sinistri. In caso di sinistro, è obbligatorio firma del Presidente dell'Affiliato, Aggregato, Maneggio e Punto Sosta cui appartiene l'Assicurato o del responsabile tecnico della Fitetrec – Ante, attestante sotto la proprio

responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa ai sensi dell'art. 7 Decreto 3/11/2010 Assicurazione Obbligatoria per gli sportivi dilettanti- GU 296 del 20.12.2010.

Il Contraente si impegna a produrre, se richiesto, i documenti di cui sopra agli incaricati della Società, nonché a permettere verifiche e controlli, attinenti al sinistro, da parte della Società stessa. Se l'Assicurato o il Contraente omette o ritarda la presentazione della denuncia del sinistro, l'invio di documentazione o di atti di natura giudiziaria o amministrativa, la Società ha diritto di rifiutare o ridurre il pagamento del danno in ragione del pregiudizio sofferto (art. 1915 C.C.)

Art. 12) 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. 13) Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede il broker cui è assegnata la polizza ovvero dove ha sede legale il Contraente o l'Assicurato.

Art. 14) Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modificazioni all'assicurazione devono essere provate per iscritto

Art. 15) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato

Art. 16) Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata anche a mano, PEC o altro mezzo certo (telefax o simili) indirizzata all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto o alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 17) Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18) Gestione della polizza

Alla Società di brokeraggio MAG JLT S.p.A. in qualità di mandataria della Contraente, è affidata l'assistenza nella gestione ed esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker assicurativo, ai sensi del D. Lgs. N. 209/2005.

La Società riconosce pertanto che tutte le comunicazioni ed i rapporti inerenti alla presente assicurazione potranno avvenire per il tramite della MAG JLT S.p.A, così come il pagamento dei premi, ed in tal caso detto pagamento sarà considerato liberatorio per il Contraente e/o Assicurato stesso.

Art. 19) Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La compagnia alle scadenze annuali si impegna a fornire al Contraente i dettaglio dei sinistri così suddivisi:

- Sinistri denunciati;
- Sinistri riservati (con indicazione del numero e dell'importo a riserva)
- Sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell'importo liquidato)
- Sinistri respinti (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte)

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 20) Regolazione del premio

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

Alla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto il Contraente deve fornire per iscritto alla Società, entro 60 giorni, i dati necessari affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo e cioè a seconda del caso:

- l'ammontare delle retribuzioni lorde imponibili ai fini contributivi corrisposte ai prestatori di lavoro ;
- il volume di affari (fatturato con esclusione IVA);
- gli altri elementi variabili previsti in polizza.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione dovranno essere pagate entro i 30 giorni successivi al ricevimento della relativa appendice di regolazione.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RCT /O**Art. 1) Soggetti assicurati**

Si considerano assicurati i tesserati della Contraente

Art. 2) Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata, entro i limiti e alle condizioni indicate in polizza, per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente, dei suoi Organi Centrali e Periferici, degli Affiliati, Aggregati e Maneggi e Punti di Sosta.

A titolo esemplificativo e non limitativo:

- in occasione di: riunioni, incarichi, missioni, assemblee, riunioni organizzative, stages;
- in occasione di attività sportive, gare, manifestazioni, concorsi, allenamenti (anche individuali), durante le indispensabili azioni preliminari di ogni gara/allenamento, partecipazione a concorsi e competizioni ippiche, Turismo equestre;
- in occasione di attività ricreative, ludiche;
- per i Dirigenti, Giudici Ispettori, Delegati Tecnici e Quadri Tecnici l'assicurazione vale per gli infortuni che dovessero subire durante lo svolgimento delle attività della Fitetrec – Ante e/o dell'attività professionale svolta per conto della Fitetrec – Ante in relazione alla specifica qualifica dell'Assicurato;
- in relazione alla tessera Pony l'assicurazione è valida solo ed esclusivamente durante la monta di pony e non di cavalli.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni:

- sofferti a seguito di imperizia, imprudenza, negligenze anche gravi;
- conseguenti ad annegamento;
- cagionati da colpa grave dell'Assicurato nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte;
- sofferti a seguito di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- sofferti a seguito di malessere, malore o stato di incoscienza purché non determinati da abuso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico ed uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
- conseguenti ad infezioni (comprese quelle tetaniche) dovute ad infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- conseguenti ad avvelenamento, intossicazioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- quelli derivanti da qualsiasi evento naturale quali ad esempio: movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, tempeste, franamento del terreno e simili.
- conseguenti ad asfissia dovuta ad involontaria aspirazione di gas e vapori;
- sofferti a seguito di colpi di sole, di calore, assideramento, congelamento, folgorazione influenze termiche ed atmosferiche;
- le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali, punture di insetti, e aracnoidi escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l'avvelenamento del sangue e infezioni, escluso il virus H.I.V., sempre che il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa.

Art. 3) Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) 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;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto disposto dall'articolo "Rischio volo";
- d) dalla pratica professionale di qualsiasi sport;
- e) da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene
- f) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- g) verificatisi in occasione di guerra ed insurrezione salvo quanto disposto all'articolo "Rischio Guerra 14 gg";
- h) movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- i) verificatisi in occasione di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- j) derivanti dalle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- k) derivanti dalle conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche a seguito di atti terroristici o di guerra.
- l) le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:
 - a. qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo, ove previsto, per il caso di invalidità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
 - b. qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
 - c. qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'articolo Controversie-Arbitrato irritale.

Art. 4) Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da Società di traffico regolare, non regolare o di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte o privati per attività di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza per i rischi da essa previsti.

Restano in ogni caso esclusi i velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale o altre attrezzature speciali aereoportuali fanno parte del rischio volo.

Comunque, la somma delle garanzie di cui alla presente polizza o di altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore non potrà superare le seguenti somme per aeromobile:

€ 5.200.000,00 per il caso Morte

€ 5.200.000,00 per il caso Invalidità Permanente

€ 5.200,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed amputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 5) Invalidità permanente – Determinazione dell'indennizzo

Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% o al 9%.

L'applicazione dell'una o dell'altra franchigia avverrà in dipendenza dell'età e di quanto disciplinato nell'articolo "Somme assicurate".

Art. 6) Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. Fatta esclusione per i seguenti paesi: Afghanistan, Cecenia, Colombia, Iran, Iraq, Sudan, Yemen, Zimbabwe, Egitto, Tunisia, Somalia, Nord Corea, Siria, Lebanon.

Art. 7) Persone non assicurabili

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezioni HIV, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-celebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Art. 8) Limite di età

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

Art. 9) 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 l'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, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 10) 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 di morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei 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 il diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 11) Invalidità permanente

per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base alla Tabella A di cui al Decreto del 3-11-2010, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale 20 dicembre 2010, n° 296. S, al netto della franchigia prevista dalla presente convenzione.

Art.12) 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 1' 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. "Invalidità Permanente" che segue sono diminuite tenendo conto del degrado di invalidità preesistente.

Art. 13) Controversie – Arbitrato irrituale

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, qualora previste, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenza per 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 di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art.14) Diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i Terzi responsabili dell'infortunio ad esclusione degli infortuni derivanti da circolazione stradale.

Art. 15) Limite di indennizzo per evento

In caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza ad un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di € 6.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con l'infrascritta società.

Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 16) Esonero dall'obbligo di denuncia di altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

Art. 17) Infortuni in itinere

La garanzia è estesa agli infortuni che gli assicurati possono subire durante il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro sino al luogo di svolgimento delle attività assicurate e/o viceversa mediante l'utilizzo di mezzi di locomozione pubblici e/o privati.

Art. 18) Esonero dalla denuncia di infermità, mutilazioni e difetti fisici

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità, le mutilazioni o i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 19) Responsabilità Civile del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonamento per essere computato nel risarcimento che il 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 essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del 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 D.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ESTENSIONI SPECIALI

Art. 1) Raddoppio della somma assicurata i caso di Morte a favore dei figli minori

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un iscritto genitore, unico produttore di reddito, 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% della totale.

Art. 2) Indennità per 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.

Art. 3) 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. La garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 2.000,00

Art. 4) Rischio Guerra

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.

Art. 5) Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Art. 6) 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. 7) Esposizioni agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle condizioni di polizza, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio, ma in conseguenza dei quali – per effetto della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (come ad esempio, la perdita di orientamento) – l'Assicurato possa subire la morte o lesioni fisiche permanenti.

Art. 8) Attività di riabilitazione equestre

A parziale deroga dell'articolo "Persone non assicurabili, con esclusivo riferimento all'esercizio dell'attività di riabilitazione equestre svolta secondo la normativa attualmente vigente in materia, la copertura assicurativa infortuni è da intendersi estesa agli allievi titolari di Tessera Federale, partecipanti ai corsi di riabilitazione equestre, affetti dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive.

Art. 9) Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio

La Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma assicurata a tale titolo all'art. "Somme assicurate pro-capite", con applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di Euro 100,00, e **nel caso sia previsto un ricovero minimo di due notti**, le spese sostenute per prestazioni sanitarie relative al ricovero, ad 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:

- onorari dei chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza in ospedale o clinica;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami diagnostici, sino al massimo del 20% della somma assicurata;

Inoltre la Società rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero per:

- gli onorari per prestazioni mediche e/o specialistiche, infermieristiche;
- esami, medicinali prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso e sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante, sino al massimo del 20% della somma assicurata;
- acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Il trasporto dell'Assicurato con ambulanza o qualsiasi altro mezzo adibito al trasporto di feriti dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura o posto di pronto soccorso. La garanzia viene prestata fino alla concorrenza di € 500,00.

Art. 10) Diaria di ricovero

Qualora in caso di infortunio l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di cura, la Società liquida una indennità per ogni giorno di ricovero nella misura indicata all'art. "Somme assicurate pro-capite". Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

Art. 11) Diaria da Gesso

In caso di infortunio che renda necessaria l'applicazione di gessatura la Compagnia corrisponde una indennità per ogni giorno di gessatura nella misura indicata all'art. "Somme assicurate pro-capite". La garanzia opera parimenti anche per il periodo di ininterrotta applicazione di ogni tipo di apparecchio immobilizzante effettuata da personale medico o paramedico in relazione a frattura e/o lussazione radiologicamente accertata attraverso qualsiasi mezzo messo a disposizione dalla moderna diagnostica radiologica.

SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE**A) Tessera Federale****1) Assicurati fino ad 80 anni**

- Caso Morte € 80.000,00
- Caso Invalidità Permanente € 80.000,00 – franchigia assoluta 5%
- Rimborso spese mediche € 3.000,00 – per periodi superiori a 2 notti
Franchigia € 100,00
- Diaria da ricovero € 50,00 al giorno max 40gg. – franchigia 2gg.

2) Assicurati oltre 81 anni

- Caso Morte € 80.000,00
- Caso Invalidità Permanente € 80.000,00 – franchigia assoluta 9%

B) Tessera Giornaliera

- Caso Morte € 80.000,00
- Caso Invalidità Permanente € 80.000,00 – franchigia assoluta 5%

C) Tessera Temporanea

- Caso Morte € 80.000,00
- Caso Invalidità Permanente € 80.000,00 – franchigia assoluta 5%

D) Garanzia Integrativa – esclusivamente per la tessera federale

- Caso Morte elevazione a € 160.000,00
- Caso Invalidità Permanente elevazione a € 160.000,00
Riduzione franchigia assoluta 3%
- Rimborso spese mediche € 3.000,00 –
per periodi superiori a 2 giorni – franchigia € 100,00
- Diaria da ricovero € 50,00 al giorno max 40gg. – franchigia 2gg
- Diaria da Gesso € 50,00 – franchigia 7gg. – max 40gg.

ROMA, 20/01/2017

IL CONTRAENTE**IL LLOYD'S CORRESPONDENT**