

Contratto di assicurazione contro gli Infortuni

Polizza di assicurazione cumulativa contro gli Infortuni
per gli Atleti non professionisti

Allianz 

Fascicolo informativo

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

1) Nota Informativa Al Contraente comprensiva del Glossario;

2) Condizioni di Assicurazione;

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

**3.
Coperture assicurative offerte –
Limitazioni ed Esclusioni**

Coperture assicurative

Il contratto permette di assicurarsi contro i Rischi derivanti da **Infortunio occorsi nell'esercizio delle attività sportiva dichiarata in polizza, durante la partecipazione a gare e competizioni effettuate sotto l'egida della competente federazione**

Si rinvia per la disciplina specifica agli Articoli delle **Norme relative all'assicurazione Infortuni** di seguito indicati:

Articolo 3.1 "Oggetto dell'assicurazione"

Limitazioni ed Esclusioni

AVVERTENZA: Il contratto prevede una serie di limitazioni ed esclusioni della copertura assicurativa, nonché ipotesi di sospensione della stessa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, come disciplinato negli Articoli delle condizioni di Assicurazione, cui si rinvia per maggior dettaglio.

NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Articolo 3.4 "Esclusioni"

Articolo 3.6 "Persone non assicurabili"

AVVERTENZA: Nel contratto le garanzie vengono prestate entro il limite dei massimali e/o delle somme assicurate prescelte; si rammenta inoltre che può essere prevista l'applicazione di scoperti e/o franchigie in sede di corresponsione dell'indennizzo.

Per maggior dettaglio si rinvia agli Articoli delle condizioni di Assicurazione che di seguito si riportano

Le differenti forme di franchigia per la garanzia Invalidità permanente da Infortunio vengono indicate ai seguenti articoli

NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Articolo 3.12 "Franchigia assoluta per il caso di invalidità permanente"

Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia:

Capitale assicurato per il caso di Invalidità Permanente € 50.000

Franchigia per il caso di invalidità permanente fino a € 50.000 il 3%

Grado di Invalidità permanente accertato 6% (6%- 3% franchigia) 3%

Calcolo: € 50.000 x 3% = € 1.500 importo da indennizzare

Franchigia per il caso di invalidità permanente fino a € 50.000 il 5%

Grado di Invalidità permanente accertato 6% (6%- 5% franchigia) 1%

Calcolo: € 50.000 x 1% = € 500 importo da indennizzare

**4.
Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze di rischio**

Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

AVVERTENZA: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 c.c., come disciplinato nell'**Articolo 2.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio"** delle Condizioni Generali di Assicurazione cui si rinvia per maggior dettaglio.

**5.
Aggravamento e Diminuzione del rischio**

Aggravamento e Diminuzione del rischio

Tutte le circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscono sulla valutazione del rischio e danno luogo ad un aggravamento o ad una diminuzione dello stesso, devono essere tempestivamente comunicate per iscritto dal Contraente e/o dall'Assicurato. Per la disciplina delle conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione si rinvia agli **Articoli 2.4 "Modifiche dell'assicurazione"; 2.5 "Aggravamento del rischio"; 2.6 "Diminuzione del rischio"** delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Esemplificazione:

Aggravamento: Si assicura un assicurato che nel tempo libero viene a svolgere un'attività particolarmente a rischio (esempio pilota d'auto/moto)

Diminuzione: l'assicurato viene a svolgere un'attività professionale che comporta diminuzione del rischio (da calciatore ad allenatore)

10. Regime Fiscale **Trattamento Fiscale applicabile al contratto**
Al contratto sono applicate le seguenti aliquote di imposta:

L'aliquota fiscale applicata è pari a 2,50%, calcolata sull'ammontare del premio imponibile.

Informativa ai fini della detraibilità fiscale per gli assicurati

Per l'eventuale utilizzo della detrazione dall'IRPEF ai sensi della normativa fiscale vigente, segnaliamo che, a fronte del presente contratto, tale detrazione va calcolata sul premio riferibile a ciascun assicurato determinato con le seguenti modalità.

Se la copertura è prestata per il solo caso morte: la detrazione dall'IRPEF è calcolata sul 100% del corrispondente premio.

Se la copertura è prestata anche o solo per il caso di Invalidità permanente, la detrazione dall'IRPEF per tale garanzia è calcolata:

- sul 100% del corrispondente premio, se la garanzia è prestata con una franchigia di grado non inferiore al 5%;
- sulla parte pari al 90% del corrispondente premio, se la garanzia è prestata con una franchigia inferiore al 5%;
- sulla parte pari al 50% del corrispondente premio, se la garanzia è prestata con un capitale libero, anche per una sola parte, da franchigia

Ovviamente i premi corrisposti per le eventuali altre garanzie non rientrano nel calcolo della detraibilità.

L'aliquota fiscale applicata è pari a 2,50%, calcolata sull'ammontare del premio imponibile.

Nel caso in cui sia inserita nel contratto la condizione particolare "Indennità integrativa per infortuni dei quali sia responsabile il Contraente", tale imposta è elevata a 4,38%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – liquidazione dell'indennizzo

Modalità e termini della denuncia

AVVERTENZA: Il contratto prevede obblighi relativi a modalità e termini per la denuncia dei sinistri ed eventuali spese per la ricerca e stima del danno. Si rinvia per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative alla disciplina specifica degli Articoli di cui alle **Norme relative all'assicurazione Infortuni**

Articolo 3.7 "Obblighi in caso di sinistro"

Articolo 3.8 "Criteri di indennizzabilità"

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e.mail) a **Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti - Corso Italia n. 23, 20122 Milano – Numero Verde 800686868 - Fax 02 72169145 – Indirizzo e.mail: info@allianz.it**.

Qualora il contraente/assicurato non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'**IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.745 – 06.42133.353**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

Resta salva comunque per il contraente/assicurato che ha presentato reclamo all'Impresa la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente/assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo e ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il contraente/assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), oppure, se il contraente/assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al contraente/assicurato stesso.

GLOSSARIO

- **Contraente**: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;
- **Assicurato**: gli atleti iscritti nei registri tenuti dal Contraente;
- **Assicurazione**: il contratto di Assicurazione;
- **Beneficiari**: eredi legittimi o testamentari o i soggetti designati ai quali spettano le prestazioni previste dal contratto;
- **Impresa**: Allianz S.p.A.;
- **Sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- **Indennizzo o Indennità**: la somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro;
- **Struttura sanitaria**: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA);
- **Ricovero**: la degenza comportante pernottamento nell'Istituto di cura;
- **Day Hospital**: il ricovero in Istituto di cura che si esaurisce in giornata;
- **Franchigia o Scoperto**: parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico;
- **Ingessatura**: mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente;
- **Infortunio**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
- **Malattia**: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- **Invalidità permanente**: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
- **Lesione capsulo-legamentosa**: lacerazione parziale o completa delle strutture (capsula articolare e legamenti) che tengono unite le articolazioni;
- **Ingessatura**: mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente;
- **Remunerazione diretta**: compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo;
- **Remunerazione indiretta**: compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito - sotto forma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute - dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti. Non costituiscono Remunerazione indiretta eventuali premi monetari conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione;
- **Polizza**: documento cartaceo attestante l'esistenza del contratto di Assicurazione;
- **Premio**: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione

1 Definizioni

Le definizioni di polizza non vengono riportate in questo documento Informativo, ma saranno presenti nella Polizza che Lei deciderà di sottoscrivere, poiché le stesse sono integralmente contenute nel Glossario di cui alla Nota Informativa al Contraente.

2 Condizioni generali di assicurazione

Art. 2.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente 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.

Art. 2.2 - Decorrenza dell'Assicurazione e 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 quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art.1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.

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

Art. 2.3 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata in Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle Parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 2.4 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

Art. 2.5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

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

Art. 2.6 - Diminuzione del rischio

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

3 Norme Relative all'assicurazione Infortuni

Art. 3.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio dell'attività sportiva dichiarata in Polizza, durante la partecipazione a gare e competizioni effettuate sotto l'egida della competente federazione e relative prove ed allenamenti, nonché durante i trasferimenti collettivi effettuati dal luogo comune di ritrovo sino a quello della gara / competizione e viceversa.

L'assicurazione non è invece operante per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il trasferimento effettuato individualmente da casa al luogo comune di ritrovo e/o della gara / competizione e viceversa.

Art. 3.2 - Rischi compresi e precisazioni

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni:

1. sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
2. subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
3. derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, purché non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
4. derivanti da stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non, o da insurrezioni purché non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica che l'Assicurato subisca mentre si trova al di fuori del proprio Stato di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in un Paese che sino ad allora era in pace e a condizione che non vi abbia partecipato in modo volontario. La presente estensione non comprende comunque gli infortuni derivanti dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

1. asfissia non di origine morbosa;
2. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
3. avvelenamento del sangue e infezione – escluso il virus H.I.V. - sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
4. annegamento;
5. lesioni determinate da sforzo (intendendosi per sforzo il dispiego improvviso e anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato), limitatamente a quelle muscolari, con esclusione comunque delle rotture sottocutanee dei tendini (intendendosi per tali le lacerazioni totali o parziali di un tendine senza che vi sia stata soluzione di continuo del tessuto cutaneo e sottocutaneo);
6. ernie, limitatamente a quelle addominali da sforzo ed esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità permanente;
7. lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia;
8. folgorazione;
9. colpi di sole o di calore;
10. assideramento o congelamento;
11. lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

Art. 3.6 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V.;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Di conseguenza l'Assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni o, nel caso di sieropositività al test H.I.V., nel momento in cui questa viene diagnosticata.

Le persone con difetti fisici o con mutilazioni rilevanti sono assicurabili solo con patto speciale.

Non è ammessa la stipulazione della Polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto l'80° anno di età.

Art. 3.7 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve:

- presentare denuncia scritta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa, entro 15 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza. La denuncia dell'Infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico;
- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa o all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa,
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

Qualora la morte dell'Assicurato sopravvenga durante il periodo di cura, il Contraente - se diverso dall'Assicurato - o i Beneficiari designati in Polizza devono dare immediato avviso all'Impresa.

Art. 3.8 - Criteri di indennizzabilità

L'Impresa 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 alla "Tabella INAIL" contrattualmente operante, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 3.9 - Prestazione per il caso di morte

Qualora l'Infortunio non abbia effetto invalidante indennizzabile ma abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della Polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà ai Beneficiari designati (ovvero, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o

Art. 3.12 - Franchigia assoluta per il caso di invalidità permanente

La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta alle seguenti franchigie:

- per la pratica di biliardo, bocce, danza, freccette, ginnastica (diversa da quella artistica), golf, nuoto, pesca sportiva, ping pong, tiro a segno, con l'arco e al volo, sci di fondo e vela: non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale;
- per la pratica di arti marziali, atletica leggera, baseball, softball, calcio e calcetto, canoa, kayak, canottaggio, ginnastica artistica, hockey su ghiaccio, su pista e su prato, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, pattinaggio, scherma, sci di discesa e tennis: non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale;
- per la pratica di ciclismo, rugby e football americano: non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 7% della totale.

Se invece l'invalidità permanente risulta maggiore delle percentuali soprariportate, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 3.13 - Prestazione per l'indennità giornaliera da ricovero da infortunio e convalescenza (valida se espressamente indicata nell'Art. "Somme Assicurate - Calcolo del premio")

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato ha diritto all'Indennità giornaliera indicata in Polizza per ciascun giorno di degenza, con il limite massimo di 180 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

In caso di Ricovero, in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio, superiore a 3 giorni completi, l'Impresa corrisponderà, per la successiva convalescenza, una Indennità giornaliera d'importo pari al 50% di quello dell'Indennità per Ricovero indicata in Polizza, con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

La convalescenza dovrà essere prescritta dal medico curante e documentata con idonea certificazione.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Art. 3.14 - Prestazione per l'indennità giornaliera da gessatura (valida se espressamente indicata nell'Art. "Somme Assicurate - Calcolo del premio")

L'Impresa riconosce l'Indennità giornaliera indicata in Polizza qualora l'Assicurato - in conseguenza di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza - sia portatore a domicilio di Ingessatura, come da definizione di Polizza.

La presente Indennità viene corrisposta per ciascun giorno di totale incapacità fisica dello stesso ad attendere all'attività dichiarata in Polizza e fino alla rimozione dell'Ingessatura, col massimo di 30 giorni per Sinistro.

Art. 3.15 - Prestazione per il rimborso delle spese di cura rese necessarie da infortunio (valida se espressamente indicata nell'Art. "Prestazioni" e corrisposto il relativo premio)

L'Impresa rimborserà fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato in Polizza e con uno Scoperto per Sinistro del 20% con il minimo di Euro 100,00, le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni effettuate entro un anno dalla data di avvenimento

Art. 3.19 – Danni estetici

In caso di Infortunio, rientrando nelle garanzie prestate a termini di Polizza, che provochi sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, verranno rimborsate esclusivamente le spese sanitarie documentate e non altrimenti contrattualmente rimborsabili, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva. Tali spese, solo se sostenute entro due anni dall'Infortunio, verranno riconosciute fino ad un massimo di Euro 5.000,00.

Art. 3.20 – Infermità, mutilazioni, difetti fisici

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato quanto risposto dall'Art. "Criteri di indennizzabilità" delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 3.21 - Rischio calamità naturali

A parziale deroga dell'Art. "Esclusioni", la garanzia, limitatamente ai casi di morte e di invalidità permanente, è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.

Resta convenuto però che in caso di evento:

- che colpisca più assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente la somma di euro 15.000.000,00;
- qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 3.22 – Limite catastofale

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di euro 2.000.000,00, ad eccezione degli eventi di calamità naturali per i quali, vale il limite indicato all'Art. "Rischio calamità naturali".

Qualora le indennità liquidabili a termine di polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 3.23 – Esonero denuncia delle generalità

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento all'apposito registro tenuto dal Contraente stesso.

L'assicurazione è valida per tutti i soggetti che risultino iscritti nel registro alla data di stipulazione della polizza, nonché per coloro che aderiscano successivamente all'Ente sportivo contraente.

Per questi ultimi l'assicurazione decorrerà dalle ore 24 del giorno di iscrizione nel registro. Per coloro invece cessino di far parte dell'Ente predetto, la copertura non sarà più operante dalle ore 24 del giorno della cancellazione dal registro.

E' essenziale – ai fini della validità della polizza – che il Contraente tenga costantemente aggiornato il sopracitato registro.

Art. 3.27 - Pagamento dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Il diritto all'Indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o liquidato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in euro.

Art. 3.28 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 de Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 3.29 - Sanctions Limitations Exclusion Clause

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell' Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Descrizione	Percentuale	
	des.	sin.
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita, ogni altro dito perduto è valutato il		
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	5%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- 3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

Comunicazione informativa

Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti¹

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del Regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto consegnano al contraente copia del documento (Allegato n. 7B del Regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al Contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;
- c) sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del Contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d) informano il Contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal Contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e) consegnano al Contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f) possono ricevere dal Contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto, fermi restando i limiti previsti dalla normativa antiriciclaggio.

¹ Il documento deve essere consegnato anche dagli addetti all'attività di intermediazione che operano all'interno dei locali dell'intermediario iscritto nel registro.

Comunicazione informativa

Parte II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

Cognome e Nome: FERRARESE PAOLA
addetto dell'intermediario e

Cognome nome/Denominazione/Ragione Sociale:
PADOVA EST ASSICURAZIONI S.A.S. DI BRUNO FERRARESE

non sono detentori di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto in alcuna delle compagnie del gruppo Allianz SE.

Nessuna impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto della società di intermediazione per la quale l'intermediario opera.

Con riguardo al contratto proposto

Cognome e Nome: FERRARESE PAOLA
e l'intermediario

Cognome nome/Denominazione/Ragione Sociale:
PADOVA EST ASSICURAZIONI S.A.S. DI BRUNO FERRARESE

propongono contratti in assenza di obblighi contrattuali che impongano di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. Il contraente ha diritto di richiedere la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali l'intermediario ha o potrebbe avere rapporto d'affari.

Parte III - Informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente

I premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso.

L'attività di intermediazione è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge.

Il Contraente, o qualunque altro soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo, quali a titolo esemplificativo l'assicurato, il beneficiario, il danneggiato (di seguito per brevità il "Reclamante") hanno facoltà di inoltrare reclamo per iscritto all'Impresa o all'Intermediario.

Il reclamo potrà essere inoltrato all'Impresa tramite una delle modalità di seguito riportata:

Form on line dedicato alla presentazione di un reclamo accessibile dal sito www.Allianz.it

E.mail indirizzata alla casella reclami@allianz.it

Lettera indirizzata a Allianz S.p.A. - Pronto Allianz - Servizio Clienti - C.so Italia 23 - 20122 Milano

Il numero verde 800 68 68 68 - Opzione 5 - è a disposizione del Reclamante per ottenere chiarimenti o indicazioni sulle modalità di inoltro del reclamo o informazioni sullo stato del reclamo.

Al reclamo sarà dato riscontro per iscritto nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento.

Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

Qualora il Reclamante non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'Impresa nei termini indicati può rivolgersi ad IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, via del Quirinale n. 21, 00187 Roma.

Le informazioni di dettaglio sulla procedura di presentazione del reclamo scritto ad IVASS, incluso il modello da utilizzare, sono disponibili sul sito www.ivass.it alla sezione "Per il Consumatore" - sottosezione "Come presentare un reclamo".

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo da parte dell'Impresa resta ferma la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria o di ricorrere ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie come qui di seguito indicato.

Per la risoluzione di controversie relative a sinistri R.C. Auto si può ricorrere:

alla Conciliazione paritetica nei casi di diniego di offerta o di offerta non congrua, anche se accettata a titolo di acconto, purché la richiesta di risarcimento non sia superiore a Euro 15.000,00. La Conciliazione paritetica nasce da un accordo tra ANIA e alcune Associazioni di Consumatori e per accedere alla stessa il consumatore può rivolgersi ad una delle associazioni dei consumatori aderenti al sistema, indirizzando una richiesta di conciliazione secondo le modalità dettagliate all'interno dei siti www.ivass.it (alla sezione "Per il Consumatore") e www.ania.it (alla sezione "Consumatori")