



## **POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI E ASSISTENZA Tesserati Lega Nazionale Dilettanti**

Polizza 430605314 relativa alla Sez. I

Polizza 430605325 relativa alla Sez. II

**Stipulata tra:**

FIGC Lega Nazionale Dilettanti

Piazzale Flaminio, 9

00196 ROMA

CODICE FISCALE / PARTITA IVA: 08272960587

***E***

*Generali Italia Spa – Ag. Roma Corso Trieste*

Corso Trieste 25

00198 ROMA

P.IVA n° 10517381009

**Data effetto:** dalle ore 00 del 01/07/2023

**Data scadenza:** alle ore 24.00 del 30/06/2025



## SOMMARIO

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

SEZIONE 3 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

SEZIONE 5 – CONDIZIONI PARTICOLARI

SEZIONE 6 – NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

SEZIONE 7 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

### ALLEGATI

Allegato A - Tabella Lesioni

Allegato B - Elenco Grandi Interventi



Tra la **Lega Nazionale Dilettanti (di seguito LND)** e la Generali Italia Spa, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole Contraente e Società, viene stipulato il seguente contratto per la garanzia infortuni dei propri tesserati.

Qualunque clausola che, se non migliorativa, dovesse risultare in contrasto con le disposizioni precettive del DPCM del 3 novembre 2010 si intende automaticamente non operante.

Nel contempo, quanto previsto dal Decreto di cui sopra ed eventuali successive integrazioni o modificazioni prevalgono su quanto diversamente disciplinato dal presente contratto.

## SEZIONE 1 – DEFINIZIONI

<b>Assicurato</b>	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e più precisamente i Tesserati e gli Ausiliari, in particolare le seguenti Categorie:  A) tutti i Calciatori, Allenatori, Tecnici, Medici e Massaggiatori tesserati per le Società Sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, con esclusione dei calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa, Amatoriale e dei tesserati del Settore Giovanile e Scolastico; B) tutti i calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa ed Amatoriale. Attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore a una Stagione Sportiva. C) i Dirigenti e gli Ausiliari delle Società Sportive Affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, durante lo svolgimento delle seguenti attività: assistenti dell'arbitro durante le gare ufficiali, Dirigente delle società o degli organismi di Lega e qualunque altra funzione prevista dalla Lega per questo ruolo.
<b>Assicurazione</b>	Il contratto di assicurazione.
<b>Assistenza</b>	L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un Sinistro.
<b>Ausiliari</b>	Tutte le persone con incarico di sovrintendere, controllare, assistere ed organizzare l'attività per la quale è prestata l'assicurazione, quali: insegnanti, le persone componenti lo staff tecnico, dirigenti, accompagnatori, responsabili di attività e servizi, nonché i componenti lo staff dirigenziale ed amministrativo.
<b>Beneficiario</b>	L'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.
<b>Contraente</b>	LEGA NAZIONALE DILETTANTI (LND)
<b>Centrale Operativa</b>	La struttura della Società, costituita da risorse umane e da attrezzature, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza. È composta dalla Centrale Telefonica, che riceve le chiamate degli Assicurati e attiva le assistenze, e dalla Rete Esterna che effettua gli interventi sul posto.
<b>Day – Hospital</b>	La degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura.
<b>Familiare</b>	La persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato e con lui stabilmente convivente nell'abitazione così come risultante dallo stato di famiglia



<b>Franchigia / Scoperto</b>	La parte del danno che rimane a carico del Contraente e/o dell'Assicurato, e in eccesso al quale vengono applicati il limite di indennizzo e/o gli eventuali sottolimiti
<b>Frattura</b>	Una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio.
<b>Inabilità temporanea</b>	Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni.
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.
<b>Infortunio</b>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili; le quali abbiano per conseguenza la morte, una lesione oppure un'inabilità permanente e/o una inabilità temporanea.
<b>Invalidità Permanente</b>	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
<b>Istituto di cura</b>	Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.
<b>Lesione</b>	Ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella purché determinata da infortunio.
<b>Polizza</b>	Il documento che prova l'assicurazione.
<b>Post-ricovero</b>	Periodo di convalescenza successivo al ricovero.
<b>Premio</b>	La somma dovuta alla Società.
<b>Residenza</b>	il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale in Italia
<b>Ricovero</b>	periodo di degenza in istituto di cura. Viene considerata ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purché certificata da cartella clinica
<b>Rimpatrio sanitario</b>	Il trasferimento dell'Assicurato dall'Estero in Italia.
<b>Rischio</b>	La probabilità che si verifichi il sinistro.
<b>Sinistro</b>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
<b>Società</b>	Il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto.
<b>Trasferimento sanitario</b>	Il trasporto dell'Assicurato ad insindacabile giudizio della centrale Operativa: a) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato all'istituto di cura prescelto ed abilitato alle cure del caso; b) dal luogo del sinistro al più vicino e idoneo istituto di cura; c) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato al proprio domicilio, in caso di dimissione.
<b>Trasporto sanitario</b>	L'organizzazione del trasferimento dell'Assicurato con il mezzo più idoneo (ambulanza, treno, aereo di linea, sanitario) ad insindacabile giudizio della centrale operativa.
<b>Trattamento chirurgico</b>	Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in istituto di cura.



**Viaggio**

Qualunque località al di fuori dell'Italia sia durante i trasferimenti che durante il soggiorno



## SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

### **Art. 1 - Durata del contratto**

L'assicurazione decorre dalle ore 00 del 1.07.2023 e cesserà alle ore 24 del 30.06.2025. Alla scadenza del 30.06.2025, la LND potrà richiedere la proroga tecnica del Contratto, alle condizioni inizialmente pattuite, per un periodo massimo di ulteriori 12 (dodici) mesi, con un preavviso non inferiore a 30 (trenta) giorni e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio.

### **Art. 2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 60 (sessanta) giorni successivi al medesimo.

I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Se la Contraente non paga il premio o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il premio annuo finito anticipato viene frazionato secondo la seguente rateizzazione:

- € 1.503.295,72 il 01 Luglio;
- € 1.503.295,72 il 30 settembre;
- € 1.503.295,72 il 31 dicembre;
- € 1.503.295,72 il 31 marzo.

Per il pagamento delle rate sopra indicate il termine di mora per ogni rata resta fissato in 60 (sessanta) giorni. Eventuali appendici, emesse in corso d'anno, in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, saranno pagate dalla Contraente al Broker entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione del documento.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato, decorre dalle ore 00.00 del giorno in cui consegua il titolo che dà diritto all'assicurazione, ai sensi del successivo art. 29 "*Titoli che danno diritto all'assicurazione*", e scadrà al trentesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzidetto (30 luglio successivo al termine della stagione sportiva) e/o dall'avvenuta richiesta del tesseramento online effettuata dalla società sportiva. La stessa richiesta dovrà perfezionarsi entro 90 (novanta) giorni dall'invio avvenuto per via telematica. Si precisa, altresì, che le garanzie saranno operative nel successivo periodo di perfezionamento della procedura di tesseramento svolta dalla società sportiva di appartenenza e/o dalla LND entro il termine massimo di 90 (novanta) giorni.

Qualora sia in corso lo "svincolo del cartellino" la copertura assicurativa sarà operante **solo se il tesserato viene convocato dalla LND per specifiche attività.**

### **Art. 3 – Assicurazione presso diversi Assicuratori**

La presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed indipendentemente da qualsiasi altra copertura assicurativa in corso per l'assicurato, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie, la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese. La Contraente è esonerata dall'obbligo di comunicare se i singoli Assicurati abbiano in corso altre polizze per lo stesso rischio.



#### **Art. 4 - 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 c.c..

#### **Art. 5 - Aggravamento del rischio**

La Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

#### **Art. 6 - Diminuzione del rischio**

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

#### **Art. 7 - Interpretazione del contratto**

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbi interpretativi sull'operatività delle garanzie contrattuali, prevarrà l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato.

#### **Art. 8 - Modifiche dell'assicurazione**

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte previste dalla presente polizza e la firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti alla Società vale solo come presa d'atto del premio e di eventuale ripartizione del rischio tra le società coassicuratrici.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

#### **Art. 9 – Limiti di età**

L'assicurazione è prestata senza limiti di età.

#### **Art. 10 – Rinuncia alla rivalsa**

La Società rinuncia a favore dell'assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio (ad esclusione degli infortuni derivanti da circolazione su strada).

#### **Art. 11 - Obbligo di documentazione dei sinistri**

La Società si impegna a fornire alla Contraente e/o al Broker il dettaglio dei sinistri in formato Excel come di seguito indicato:

- a) sinistri denunciati,
- b) sinistri riservati, con indicazione dell'importo a riserva,
- c) sinistri liquidati, con indicazione dell'importo liquidato e la specifica della tipologia di sinistro liquidata:
  - Lesione
  - Spese mediche
  - Interventi chirurgici
  - Morte
  - Altre garanzie
- d) sinistri respinti,
- e) categoria di assicurati,



f) tipologia di lesione (codificata esattamente come da tabella Allegato A),

g) provincia di appartenenza della Società Sportiva,

h) n. sinistro Società Assicuratrice.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro denunciato, di data ricezione pratica completa, di data di eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Le informazioni di cui sopra devono essere fornite dalla Società al Broker e/o alla Contraente con cadenza trimestrale.

È facoltà del Contraente richiedere, ed obbligo della Società fornire, lo stesso riepilogo anche in tutte le occasioni ritenute necessarie.

#### **Art. 12 – Validità territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

#### **Art. 13 - Oneri fiscali**

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente.

#### **Art. 14 - Clausola Broker**

Ai sensi e per gli effetti della vigente normativa in materia di intermediazione assicurativa, le Parti contraenti riconoscono che il Broker o i Broker relativo/i alla presente assicurazione verrà/anno indicato/i dalla Contraente in sede di sottoscrizione della polizza.

In conseguenza di quanto sopra, si conviene espressamente:

- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, la Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al/ai Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti dalla Contraente sia effettuato tramite il Broker, che provvederà alla loro rendicontazione secondo gli accordi vigenti con la Società Delegataria. Resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento così effettuato anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile;
- che l'opera del Broker o dei Broker, unico/i intermediario nei rapporti con le Società di Assicurazione, verrà remunerata dalle Società con le quali verranno stipulati e/o prorogati i contratti nella misura concordata tra società e Broker secondo gli usi di mercato e non potrà costituire in ogni caso un costo aggiuntivo per la Contraente.

*Per quanto riguarda la Società di gestione dei sinistri, verrà comunicata dalla LND in sede di sottoscrizione della polizza. Pertanto, la Società accetta incondizionatamente che la gestione dei sinistri avvenga per il tramite del Provider individuato. I costi della società di gestione sinistri saranno a carico della Società di assicurazione con cui sarà sottoscritta la polizza.*

*La Società regolerà i rapporti con la Società di gestione sinistri attraverso la stipula di un apposito contratto di servizio, che definirà le modalità operative di tale gestione.*

#### **Art. 15 - Rinvio alle norme di legge**

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

#### **Art. 16 - Foro competente**

Foro competente è quello del luogo di residenza e/o domicilio della Contraente o dell'Assicurato.



#### **Art. 17 - Manifestazioni unitarie**

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

#### **Art. 18 - Dichiarazioni della Società**

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

#### **Art. 19 - Trattamento dei dati**

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche, ciascuna delle Parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

#### **Art. 20 - Obblighi della Contraente**

La Contraente si obbliga a comunicare tempestivamente agli Assicurati eventuali cessazioni di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario o ad una nuova impresa, modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa, casi di scissione o di fusione con un'altra impresa, qualora siano a lui comunicate dal Broker e/o dalla Società.

Nel caso in cui gli Assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento del premio e sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, la Contraente si impegna a consegnare loro (in forma cartacea o elettronica), prima dell'ingresso in assicurazione, la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dall'articolo 56 comma 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018.

#### **Art. 21 – Coassicurazione (se operante)**

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate. Ciascuna di esse è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in esplicita deroga all'art. 1911 del Codice Civile.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, debbono trasmettersi da una all'altra parte unicamente tramite la delegataria.

Ogni comunicazione s'intende fatta o ricevuta dalla delegataria nel nome e per conto di tutte le coassicuratrici. Scaduto il premio, la delegataria potrà sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

La delegataria riceve benestare dalle coassicuratrici per firmare le variazioni, concordate con le coassicuratrici stesse, successive al perfezionamento del contratto originario, anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto, la firma apposta dalla delegataria agli atti di variazione, la rende ad ogni effetto valida anche per le quote delle coassicuratrici.

#### **Art. 22 – Buona fede**

L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte della Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale od involontario dello stesso e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa assicurazione.

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

#### **Art. 23 - Variazioni nella figura della Contraente**

Nel caso di fusione della Contraente, il contratto continua con l'Associazione che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il



contratto continua con l'Associazione stessa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della Contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

La Contraente è tenuta a dare avviso scritto dei fatti sopraindicati entro i successivi 15 (quindici) giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale, nei 30 (trenta) giorni successivi al ricevimento dell'avviso, ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 (quindici) giorni.

#### **Art. 24 – Validità esclusiva delle norme dattiloscritte**

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme di cui alla presente polizza. La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Compagnie che costituiscono la Società, in caso di partecipazione in coassicurazione.

#### **Art. 25 – Sanctions Clause**

Tale clausola sarà definita con l'assicuratore aggiudicatario del contratto.

#### **Art. 26 – Esclusioni territoriali**

Tale clausola sarà definita con l'assicuratore aggiudicatario del contratto.



## SEZIONE 3 – DETERMINAZIONE DEL PREMIO

### Gentlemen Agreement

La Società dichiara la sua disponibilità a valutare, al termine della prima annualità di polizza, la possibilità di scontare i premi imponibili applicati sulla base del bilancio tecnico delle polizze complessivamente sottoscritte con LND. L'eventuale riduzione dei premi verrà applicata sui rinnovi della seconda annualità contrattuale.

### Art. 27 - Calcolo del premio

Il premio di polizza annuo lordo anticipato per stagione sportiva, viene calcolato come segue:

Categoria	Numero tesserati	Premio finito annuo pro capite Infortuni	Premio finito annuo pro capite Assistenza	TOTALE AL 75%
A	360.824	20,00	0,20	5.466.483,60
B	10.000	1,20	0,14	10.050,00
C	125.532	5,5	0,20	536.649,30

Si precisa che il premio annuo anticipato lordo è calcolato considerando il 75% del totale dei tesserati dell'ultima annualità, suddivisi dalla LND come sopra evidenziato.

Il dato preventivo, di cui sopra, rappresenta solo un dato indicativo e sarà soggetto alla regolazione del premio come previsto al successivo art. 28.

### Art. 28 - Regolazione del premio

Essendo il premio convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio sopra esposto 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.

A tale scopo, entro 90 (novanta) giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, la Contraente deve fornire per iscritto alla Società il numero definitivo degli Associati e/o iscritti per ogni singola categoria.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione dovranno essere pagate nei 60 (sessanta) giorni successivi dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se la Contraente 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 (trenta) 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 la Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

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



## SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

### **Art. 29 - Titoli che danno diritto all'assicurazione**

I titoli che danno diritto alle garanzie assicurative sono costituiti dal tesseramento rilasciato dalla Contraente o dalla richiesta di tesseramento on-line in corso.

### **Art. 30 - Rischi esclusi**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare, competizioni e relative prove di veicoli a motore e di natanti a motore in genere;
- 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'Art. 38 - Rischio Volo;
- d) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, hockey, rafting, canoa fluviale, rugby, football americano, paracadutismo e sports aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- i) da guerra e insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- j) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- k) da contaminazione biologica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.
- l) Sono altresì escluse, le ernie, salvo le ernie previste nella tabella lesioni allegata con l'intesa, per queste ultime, che qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 52 - Controversie sulla natura degli infortuni.

### **Art. 31 - Criteri di indennizzabilità**

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

In ogni caso, l'assicurazione è operante a condizione che l'infortunato sia in regola con le visite mediche annuali previste dalle vigenti disposizioni regolamentari.

### **Art. 32 – Prestazioni**

#### **a) Morte e Invalidità Permanente**

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

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

#### **b) Morte presunta**

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

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

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

#### **c) Lesioni**

In caso di Infortunio, saranno indennizzate tutte le Lesioni previste ed indicate nella Tabella Lesioni di cui all'Allegato A.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggiore pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto previsto dall'art. 31 Criteri di indennizzabilità.

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

#### Precisazioni concernenti la garanzia Lesioni

- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato).
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo per le



fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.

- I casi assicurati relativi alle “amputazioni” si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell’indennizzo.
- Per lussazione s’intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un’articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall’assicurato produca allo stesso, nell’arco di 60 (sessanta) 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. Nei casi in cui l’intervento chirurgico avvenga oltre i sei mesi, per cause non imputabili all’Assicurato bensì alla struttura sanitaria, si prevede una deroga a quanto sopra indicato ove l’Assicurato sia in grado di produrre idonea documentazione comprovante l’avvenuta prenotazione dell’intervento chirurgico presso l’istituto sanitario a cui intende rivolgersi.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 (quindici) giorni dall’evento che ne abbia determinato la causa, l’assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di “Frattura dell’osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa”.
- In presenza di frattura cranica l’indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.
- L’indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.
- In caso di lesioni multiple si sommeranno gli indennizzi previsti dalla tabella lesioni, di cui all’Allegato A.
- In caso di infortunio che produca lesioni multiple, qualora il complesso delle lesioni riportate risultasse superiore al 60%, si darà luogo alla liquidazione dell’intero capitale assicurato per la garanzia Lesioni art. 46 Garanzie prestate e Somme Assicurate.

### **Art. 33 – Atti di Correntezza**

La Società mette a disposizione della Contraente una somma complessiva pari a Euro 100.000,00 annui per gli “atti di correntezza”.

### **Art. 34 – 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 (centottanta) giorni. La comunicazione dello stato di caduta in “coma irreversibile” dell’assicurato e l’avvenuto superamento del periodo dei 180 (centottanta) giorni continuativi dovrà essere comunicato per iscritto entro 60 (sessanta) giorni dalle rispettive date.

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

### **Art. 35 - Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV.



### **Art. 36 - Identificazione delle persone assicurate**

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento agli elenchi ed alla documentazione ufficiale riportanti i nominativi dei tesserati e/o iscritti redatti dalla Contraente o dalle Società Sportive, Associazioni Sportive e Unioni Sportive ad esso affiliate.

### **Art. 37 – Beneficiari**

In caso di decesso dell'assicurato beneficiari dell'assicurazione, sono le persone di cui all'art. 2122 C.C., salvo diversa designazione da parte dell'assicurato, sempre suscettibile di revoca; in caso di invalidità permanente sono gli assicurati stessi.

### **Art. 38 – Rischio volo**

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'assicurato subisca durante i voli effettuati in qualità di passeggero su aeromobili (compresi elicotteri) di qualsiasi tipo e da chiunque eserciti purché abilitati al volo da regolare certificato di navigabilità.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società non potrà superare complessivamente per aeromobile il capitale di:

€ 5.200.000,00 per il caso di Morte;

€ 5.200.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;

€ 5.200.000,00 per il caso Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

### **Art. 39 - Limitazione della garanzia per sinistri catastrofici**

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 10.000.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.



## SEZIONE 5 - CONDIZIONI PARTICOLARI

### **Art. 40 - Soggetti Assicurati**

Sono assicurati i soggetti appartenenti alle seguenti Categorie:

- A) Tutti i calciatori, Allenatori, Tecnici, Medici e Massaggiatori tesserati per le Società affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, con esclusione dei calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa, Amatoriale e dei tesserati del Settore Giovanile e Scolastico.
- B) Tutti i calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore a una Stagione Sportiva).
- C) I Dirigenti e gli Ausiliari delle Società Sportive Affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti sia durante lo svolgimento dell'attività di assistenti dell'arbitro durante gare ufficiali, sia durante lo svolgimento dell'attività di dirigente delle società o degli organismi di Lega, sia durante lo svolgimento di qualunque altra attività prevista dalla Lega per questo ruolo.

Inoltre, su specifica richiesta della Contraente potranno essere assicurati anche soggetti non Tesserati con la LND (come ad esempio, Atleti di altre discipline, Accompagnatori / Componenti delle Delegazioni sportive) in occasione di specifiche manifestazioni/stage, previa comunicazione di un elenco nominativo. Per tali soggetti, indipendentemente dai giorni di copertura e dalla Categoria di appartenenza, sarà corrisposto un premio pro capite come previsto per la Categoria A. Per il pagamento del premio dell'Appendice, relativa all'attivazione della copertura di soggetti non tesserati, si rimanda all'art. 2. – Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

### **Art. 41 - Oggetto del rischio**

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

- partecipazione a gara di campionato, di torneo o amichevoli, stages, ritiri, allenamenti nell'ambito dell'attività della LND. Si precisa che la validità della copertura assicurativa relativa ai tornei dell'attività ricreativa ed amatoriale opera in relazione alla durata del torneo, anche qualora venga organizzata a cavallo di due stagioni sportive;
- progetto "E-Sport": per gli infortuni che i tesserati subiscano solo ed esclusivamente durante l'attività in oggetto nell'ambito dei locali all'uopo adibiti; si intende escluso il rischio in itinere.

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

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

Tale assicurazione opera a condizione che l'infortunio sia occorso in una località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto della



copertura in data ed orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione dell'attività stessa.

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

#### **Art. 42 – Estensione di garanzia**

Oltre a quanto sopra esplicitato, sono considerati infortunio anche:

- gli avvelenamenti od intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento involontario di sostanze nocive in genere;
- l'asfissia non derivante da malattia;
- le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali in genere, con l'esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- la folgorazione;
- le lesioni derivanti da contatti improvvisi con corrosivi;
- gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- le lesioni, escluse le ernie non traumatiche, determinate da sforzi;
- gli infortuni derivanti da atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe ed uragani.

#### **Art. 43 - Infortuni derivanti da colpa grave e da tumulti popolari**

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 c.c. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

#### **Art. 44 - Infortuni determinati da calamità naturali**

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

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

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

#### **Art. 45 - Rappresentativa nazionale**

In occasione delle convocazioni per la Rappresentativa Nazionale, Regionale Provinciale e/o Distrettuale, per gli infortuni avvenuti sul terreno di gioco, i massimali s'intendono triplicati.



#### Art. 46 – Garanzie prestate e Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato di cui all'Art. 40 Soggetti Assicurati, per le seguenti somme:

- MORTE	€ 125.000,00
- LESIONI	come da Tabella Lesioni allegata
- RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE	€ 7.000,00
- RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE in caso di "Grandi Interventi"	€ 30.000,00
- SPESE DI CURA pre e post Intervento Chirurgico	€ 2.000,00
- RIMBORSO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	€ 750,00
- INDENNITA' GIORNALIERA in caso di Ricovero	€ 100,00
- RIMBORSO PER CURE DENTARIE e/o PROTESI DENTARIE	€ 6.000,00
- INDENNITA' FORFETTARIA per applicazione di apparecchi gessato	€ 300,00
- PERDITA ANNO SCOLASTICO	+20% indennizzo o € 5.000,00
- DANNO ESTETICO	€ 4.000,00
- MORSI DI ANIMALI COMPRESI ARACNOIDI ED INSETTI	€ 1.000,00
- AVVELENAMENTI	€ 1.000,00
- ASSIDERAMENTO CONGELAMENTO - COLPI DI SOLE O DI CALORE	€ 1.000,00
- INDENNITA' AGGIUNTIVA per Invalidità Permanente >= 65%	€ 12.000,00
- INDENNITA' FORFETTARIA HIV	€ 16.000,00

#### Art. 47 - Estensioni Speciali

##### a) Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di infortunio indennizzato a termini di polizza, l'Assicurato sia costretto ad un'assenza dalle regolari lezioni, tale da comportare la perdita dell'anno scolastico, espressamente motivata e convalidata dall'organismo scolastico preposto, l'indennità corrisposta verrà incrementata del 20% o qualora più vantaggiosa all'Assicurato sarà liquidata l'indennità di € 5.000,00.

##### b) Danno estetico

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzato a termine di polizza, la Società rimborserà all'assicurato, fino ad un massimo di Euro 4.000,00, 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.

Per gli assicurati che non abbiano compiuto i 18 anni, verranno rimborsate tutte le spese sostenute per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva.

È stabilito che restano escluse dall'assicurazione le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici al viso preesistenti 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.

##### c) 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 di € 1.000,00.

##### d) 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 di € 1.000,00.



**e) 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 di € 1.000,00.

**f) Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore**

Nel caso di morte di un assicurato genitore, il capitale spettante ai figli minorenni conviventi è aumentato del 70%. Ai figli minorenni sono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente superiore al 50%.

**g) Indennità aggiuntiva per Invalidità Permanente pari o superiore al 65%**

Qualora a seguito di infortunio indennizzato ai sensi di polizza, avvenuto durante l'esercizio dell'attività sportiva, derivi un'Invalidità Permanente non inferiore al 65%, l'Assicurazione liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore necessaria per la costituzione di una rendita immediata di importo pari a € 12.000,00 annui, pagabile in due semestralità anticipate per la durata di 10 (dieci) anni, mediante la stipulazione di un apposito contratto di assicurazione con la stessa Società.

**h) Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile**

Qualora, a seguito di infortunio indennizzato a termini di polizza, che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, e per il quale venga applicato un apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile, l'Assicuratore riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario di € 300,00.

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.

Si precisa che la rimozione dell'apparecchio gessato potrà avvenire anche da parte di un medico regolarmente iscritto all'Albo.

La presente Indennità Forfettaria non è operante a favore della Categoria B) di persone assicurate: Calciatori partecipanti all'attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore ad una Stagione Sportiva).

**i) Rischio guerra**

A parziale deroga dell'art. 30 lettera i) "Rischi esclusi", l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

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

**l) 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, o per causa di una trasfusione ematica avvenuta nel corso delle cure necessarie per un infortunio indennizzabile ai sensi di polizza occorso all'Assicurato, la Società mette a disposizione dell'Assicurato un capitale equivalente a Euro 16.000,00. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni della Società verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'assicurazione, le 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 (tre) giorni da quando si è verificato il sinistro, denunciare alla Società, l'evento dannoso ritenuto causa del presunto contagio da virus H.I.V. È fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare alla Società, una relazione dettagliata dell'evento dannoso. L'Assicurato deve altresì, entro il termine di 6 (sei) 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 dalla Società, 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 (centottanta) giorni dalla data della denuncia. Se dal secondo test immunologico risultasse lo status di sieropositività, la Società 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. Resta inteso che l'esposizione massima della Società per uno o più sinistri che dovessero interessare la presente garanzia sarà pari ad Euro 200.000,00. Nell'eventualità che il sinistro dovesse colpire più di n. 20 assicurati gli indennizzi spettanti saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

#### **Art. 48 - GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE**

**In caso di Infortunio che comporti l'indennizzo di una delle Lesioni previste nell'Allegato A, saranno coperte anche le eventuali Spese Mediche come di seguito indicate.**

##### **➤ Rimborsato spese di cura ospedaliere**

In caso di infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, che comporti un ricovero con o senza intervento, la Società rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della somma prevista per anno assicurativo e dietro presentazione di relativa documentazione, le spese mediche o spese chirurgiche sostenute durante il periodo di ricovero ed in particolare quelle relative a:

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

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata con uno scoperto del 20%, con un minimo di € 200,00 per sinistro, in caso di Day Hospital tale minimo è elevato ad € 250,00.

Se le prestazioni vengono erogate da strutture convenzionate con la Società, non si applicherà nessuna franchigia e/o scoperto.

##### **➤ Rimborsato spese per "Grandi Interventi"**

Verranno rimborsate, fino alla concorrenza della somma pattuita per persona e per anno assicurativo, le spese ospedaliere in caso di "grandi interventi" a seguito di infortunio che produca una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A.



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

➤ **Spese di cura pre-post intervento chirurgico**

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, viene messa a disposizione dell'Assicurato un'ulteriore somma per spese mediche sostenute entro i 90 (novanta) giorni prima e/o dopo l'intervento chirurgico.

Nell'ambito di tale somma vengono stabiliti ulteriori limiti di indennizzo per sinistro:

- € 500,00 per sinistro, per le spese relative a trattamenti fisioterapici;
- € 300,00 per le spese di visite mediche.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 100,00 per sinistro.

Se le prestazioni vengono erogate da strutture convenzionate con la Società, non si applicherà nessuna franchigia e/o scoperto.

➤ **Rimborso prestazioni specialistiche**

In caso di infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, la Società rimborsa all'Assicurato, le seguenti prestazioni specialistiche, Independentemente dal rimborso delle spese di cura in caso di ricovero e a quelle pre e post-intervento chirurgico già contemplate in polizza:

- TAC;
- Risonanza Magnetica;
- Radiografie;
- Ecografie;
- Tutori ortopedici;
- Artroscopia diagnostica.

Il rimborso delle prestazioni di cui sopra è prestato nel limite per persona previsto al punto "Somme Assicurate", per sinistro e per anno assicurativo, previa deduzione di una franchigia fissa ed assoluta di € 75,00 per sinistro.

Se le prestazioni vengono erogate da strutture convenzionate con la Società, non si applicherà nessuna franchigia e/o scoperto.

➤ **Indennità giornaliera in caso di ricovero**

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, è prevista la corresponsione della diaria giornaliera prevista al punto "Somme Assicurate" per un massimo indennizzabile per anno assicurativo di 90 (novanta) giorni.

I primi due giorni del 1° 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 (due) giorni, non verrà corrisposta alcuna indennità giornaliera;
- per i ricoveri successivi di durata superiore ai 2 (due) giorni, verrà corrisposta l'indennità giornaliera senza nuova applicazione della franchigia di 2 (due) giorni;
- In caso di Day-Hospital non verrà corrisposta alcuna indennità giornaliera.

La presente garanzia non è cumulabile con il Rimborso Spese di Cura Ospedaliere.

➤ **Rimborso spese per cure dentarie e/o protesi dentarie**

Nell'ambito della somma assicurata riferita alla garanzia "Rimborso spese da ricovero", l'assicurazione comprende il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per cure dentarie, conseguenti ad infortunio che produca una lesione indennizzata come previsto nell'Allegato A, anche se non effettuate in



regime di ricovero, con il limite previsto per anno assicurativo e con una franchigia fissa di € 100,00 per sinistro e fino ad un massimo di € 500,00 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 residuo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.

Se le prestazioni vengono erogate da strutture convenzionate con la Società, non si applicherà nessuna franchigia e/o scoperto.



## SEZIONE 6 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

La gestione dei sinistri è affidata a Private Broking Advisory Srl

### **Art. 49 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi**

1. La denuncia di sinistro, trasmessa dall'Assicurato potrà essere effettuata online accedendo alla piattaforma dedicata eclaim.cloud scegliendo il portale LND. Solamente gli utenti permanentemente impossibilitati ad accedere alla piattaforma, potranno richiedere di effettuare la denuncia in modalità cartacea contattando il Supporto Tecnico eClaim al numero 02 50033122. L'eventuale delegato dall'Assicurato alla trasmissione della denuncia di sinistro, dovrà farlo esclusivamente online assicurandosi di compilare e firmare la specifica sezione di delega presente.

Alla denuncia di sinistro dovranno essere allegati il verbale di pronto soccorso o il certificato di primo soccorso (da intendersi il primo medico che ha diagnosticato l'infortunio).

La denuncia, firmata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa deve essere timbrata e controfirmata dal Legale Rappresentante della Società sportiva di appartenenza o altra persona delegata dalla Società che abbia potere di firma.

Il modulo di denuncia deve essere richiesto dall'infortunato alla Società sportiva di appartenenza o scaricato dal sito [www.lnd.it](http://www.lnd.it).

La Società Sportiva e/o il Dirigente sportivo non ha la responsabilità per la ritardata o la mancata presentazione della denuncia.

**1° Fase operativa:** "Invio del modulo di denuncia di sinistro compilato, delle informative privacy di Private Broking Advisory Srl e Generali Italia Spa sottoscritte, della documentazione relativa all'infortunio ed alle spese mediche sostenute".

L'invio del modulo di denuncia del sinistro deve effettuarsi entro 30 (trenta) giorni dall'accadimento dell'evento.

Dopo la denuncia, entro 90 (novanta) giorni, l'infortunato dovrà trasmettere la seguente documentazione:

- ✓ Certificato medico di pronto soccorso e/o primo soccorso;
- ✓ Eventuale ulteriore documentazione medica in suo possesso;

2. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire all'Assicuratore ed ai suoi incaricati tutte le notizie che fossero necessarie alla documentazione della pratica.

L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono consentire le visite dei medici e qualsiasi indagine che questi ritenga necessaria.

Al completamento delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare all'Assicuratore il certificato di guarigione.

3. A guarigione avvenuta, l'infortunato dovrà obbligatoriamente fornire, pena la mancata liquidazione del danno, la seguente documentazione:

- ✓ denuncia di sinistro, previa puntuale compilazione dell'apposito modulo (ove non precedentemente inviato);
- ✓ certificato di Pronto Soccorso o di primo soccorso (ove non precedentemente inviato);
- ✓ copia del documento comprovante che, alla data dell'infortunio, l'infortunato era tesserato LND. Tale documento (tesserino LND e/o tabulato della società sportiva di appartenenza) dovrà essere



debitamente timbrato dal Comitato Regionale LND di appartenenza. Nel caso in cui sia operante un sistema di controllo informatico tra il Provider e la LND, tale documentazione andrà fornita solo nel caso in cui dal suddetto controllo risulti un errore o anomalia.

- ✓ copia del verbale di gara solo in presenza di lesioni dentarie;
- ✓ copia della Cartella Clinica solo in caso di ricovero;
- ✓ certificazione medica completa;
- ✓ copia dei referti, degli esami strumentali effettuati (RX, RNM, TAC, etc.);
- ✓ ricevute, delle spese di cura e mediche sostenute;
- ✓ certificato medico di avvenuta guarigione clinica (indispensabile);

Si precisa che in assenza di ricezione di tale documentazione non si potrà procedere alla liquidazione del sinistro.

4. Per tutte le comunicazioni l'infortunato è tenuto a citare il numero di sinistro, riportato nel riscontro fornito alla denuncia.
5. La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio fino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata all'Assicuratore con certificato definitivo.

In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa fino alla data di prescrizione del sinistro. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, l'Assicuratore, non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

6. **2° Fase operativa: "Criteri di liquidazione"**
  - ✓ arrivo del certificato di guarigione e della documentazione di cui al punto 5 presso il centro liquidazione sinistri;
  - ✓ in caso di documentazione incompleta, verrà inviata a mezzo e-mail una lettera di richiesta documentazione necessaria per l'istruzione della pratica;
  - ✓ se i documenti sono completi ed il diritto all'indennizzo non risulta prescritto, o escluso dalle garanzie prestate, il sinistro viene liquidato con bonifico bancario.

Tempi e modi di liquidazione:

- ✓ In caso di morte dell'assicurato, la liquidazione dell'indennizzo avverrà entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione verrà effettuata a favore degli eredi legittimi o testamentari;
- ✓ Le lesioni verranno indennizzate entro 30 (trenta) giorni dalla chiusura del sinistro, nella misura prevista dalla Tabella Lesioni allegata. La liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata a favore dell'infortunato. Per importi superiori ad € 10.000,00 l'infortunato sarà tenuto a firmare la quietanza che dovrà restituire all'Assicuratore;
- ✓ Il rimborso delle spese mediche presentate verrà liquidato entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della documentazione completa. Il rimborso verrà effettuato a favore dell'infortunato;
- ✓ L'indennità giornaliera in caso di ricovero (in assenza di spese mediche) verrà liquidata entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione verrà effettuata a favore dell'infortunato;
- ✓ L'indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile, in presenza di certificato originale che certifichi l'applicazione e la rimozione dello stesso, verrà liquidata entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della documentazione completa. La liquidazione verrà effettuata a favore dell'infortunato.



Motivi di mancata liquidazione del danno

L'ufficio liquidazione invierà una lettera di reiezione all'indirizzo e-mail indicato dall'Assicurato in fase di denuncia quando le lesioni o le spese mediche o l'indennità giornaliera in caso di ricovero o l'indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzazione e inamovibile, non rientrano tra le garanzie di polizza o sono assorbite dalla franchigia.

La polizza non prevede il rimborso delle spese di patrocinio.

**3° Fase operativa:** Informazioni sulla liquidazione dei sinistri

Chiamando il numero verde 800959368 l'infortunato ha l'accesso diretto alla Centrale Operativa per:

I – Informazione sul contratto assicurativo e modalità di denuncia	Sito internet: 24 h su 24 h	Tutti i giorni
II – Ricezione e gestione della documentazione riguardante il sinistro	Orari Ufficio	Tutti i giorni esclusi i festivi
III - Informazioni sullo stato del sinistro (in lavorazione respinto, in attesa documentazioni ecc..)	Dalle ore 9:00 alle ore 13:00 Dalle ore 14:00 alle ore 18:00	Dal lunedì al giovedì
	Dalle ore 9:00 alle ore 13:00	Tutti i venerdì esclusi i festivi
IV - Informazione sulla definizione del sinistro (pagato totale, pagato parziale, fuori garanzia di Polizza)	Dalle ore 9:00 alle ore 13:00 Dalle ore 14:00 alle ore 18:00	Dal lunedì al giovedì
	Dalle ore 9:00 alle ore 13:00	Tutti i venerdì esclusi i festivi

10. Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'infortunato (o chi ne fa le veci o i suoi aventi causa) può consultare all'indirizzo [www.lnd.it/it/servizi/assicurazioni](http://www.lnd.it/it/servizi/assicurazioni):

- le garanzie attive per tutti i tesserati;
- come fare per denunciare un sinistro;
- la posizione del sinistro.

L'Assicuratore, su richiesta del Broker, si impegna a effettuare un incontro mensile con il Broker incaricato dalla Contraente della gestione dei sinistri, al fine di analizzare i sinistri non liquidati.

**Art. 50 - Esonero denuncia Infermità**

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dalla denuncia di infermità, malattie, 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. 31 - Criteri di indennizzabilità, fermo restando quanto previsto dall'Art. 35 - Persone non assicurabili. Pertanto, qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile, il relativo premio sarà restituito dall'Assicuratore a richiesta della Contraente



#### **Art. – 51 - 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. 32 (lettera a) Morte e Invalidità Permanente), 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 tenuta 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 della Contraente, delle spese di causa da essa sostenute.

#### **Art. 52 – Controversie sulla natura degli infortuni**

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

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

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

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

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

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

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



## SEZIONE 7 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

### **Art. 53 - Persone Assicurate**

Soggetti appartenenti alle categorie A), B) e C).

### **Art. 54 - Oggetto dell'Assicurazione**

La Società fornisce le prestazioni di assistenza di cui ai successivi articoli, entro i limiti di polizza, qualora l'Assicurato si venga a trovare in difficoltà a seguito di un di un infortunio durante la partecipazione ad attività sportive in qualità di tesserato della LND.

### **Art. 55 - Efficacia e durata delle prestazioni di Assistenza**

Per ogni singolo viaggio all'Estero, durante il periodo di validità della polizza, le prestazioni di assistenza decorrono dalle ore 00:00 del giorno di partenza e cessano alle ore 24,00 del giorno del rientro in Italia. Fermo restando che la durata massima della copertura/permanenza è di 30 giorni consecutivi.

### **Art. 56 - Massima Esposizione**

In caso di sinistro catastrofale che coinvolga una pluralità di assicurati le spese di intervento della Società non potranno essere superiori a euro 400.000,00.

### **Art. 57 - Centrale Operativa**

La centrale operativa è a disposizione dell'Assicurato per fornire pronta assistenza mediante Linea Verde dedicata, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Numero verde 800450130

Dall'estero 02/58286788

Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare assistenza immediatamente, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 8 ore lavorative.

## **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA**

### **Art. 58 - Validità territoriale delle Garanzie prestate**

Le garanzie di cui ai successivi articoli 62 - Reperimento ed invio di un medico nei casi di urgenza e 63 - Trasferimento Sanitario in un centro Ospedaliero attrezzato, hanno validità sul territorio italiano, mentre le altre garanzie hanno validità al di fuori del territorio italiano.



#### **Art. 59 - Assistenza notturna in caso di ricovero**

Qualora l'Assicurato, ricoverato presso un Istituto di Cura a seguito di infortunio, necessiti di assistenza specializzata, la Centrale Operativa provvederà a reperire ed inviare personale infermieristico o socioassistenziale presso la struttura dove è ricoverato. La ricerca e selezione saranno effettuate in base alla tipologia del problema dell'Assicurato secondo il parere dell'equipe medica della Centrale Operativa, in accordo con il medico curante. Per ciascun anno di validità della polizza le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo aggiuntivo a carico dell'Assicurato fino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e di 24 ore lavorative per sinistro, con il limite di euro 40,00 per ora.

#### **Art. 60 - Rientro dell'Assicurato Convalescente dopo le cure**

Qualora l'Assicurato, ancorché convalescente a seguito di infortunio, sia dimesso dall'istituto di cura presso il quale era ricoverato, ma non sia in grado di rientrare autonomamente alla propria residenza, potrà richiedere alla Centrale operativa l'organizzazione del suo trasferimento. Il trasporto potrà essere effettuato con i mezzi e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Centrale Operativa dopo il consulto con i medici dell'ospedale, utilizzando:

- l'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato;
- il treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- l'autoambulanza.

Se le circostanze lo richiederanno, la Società metterà a disposizione un accompagnatore. Per ciascun anno di validità della polizza le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo aggiuntivo a carico dell'Assicurato fino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e di euro 520,00 per sinistro.

#### **Art. 61 - Consulenza medica telefonica**

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Centrale Operativa, che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da fornire.

#### **Art. 62 - Reperimento ed invio di un medico nei casi di urgenza**

Qualora poi dai primi dati risultanti dal contatto telefonico il servizio medico della Centrale Operativa giudicasse necessario l'intervento di un medico, provvederà ad inviare un medico generico sul posto tenendo a proprio carico il relativo costo. Qualora nessuno dei medici convenzionati della Società fosse immediatamente disponibile e/o qualora le circostanze lo rendessero necessario, la Società potrà organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in ambulanza presso il pronto soccorso più vicino. Anche in questo caso il costo resta a carico della Società.

#### **Art. 63 - Trasferimento Sanitario in un centro ospedaliero attrezzato**

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio sia affetto da una patologia ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera dove è stato ricoverato, per caratteristiche obiettivamente accertate dai medici della Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Centrale Operativa provvederà ad:

- individuare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura più vicino e ritenuto attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
  - aereo sanitario;



- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato, treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto, autoambulanza, senza limiti di percorso,
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con il personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Centrale Operativa.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera presso cui l'Assicurato è stato ricoverato, nonché le terapie riabilitative, le malattie infettive e ogni altra patologia nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali.

#### **Art. 64 - Collegamento continuo con il centro ospedaliero**

Durante il Ricovero dell'Assicurato sono attivati i contatti telefonici con la struttura ospedaliera e la famiglia per fornire ogni utile notizia clinica.

#### **Art. 65 - Interprete**

La Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero, e limitatamente ai paesi ove esistano propri corrispondenti, organizzerà il reperimento di un interprete e la Società se ne assumerà il costo sino ad otto ore lavorative.

#### **Art. 66 - Trasmissione messaggi urgenti**

La Centrale Operativa, in caso di necessità conseguente a ricovero all'estero, provvederà all'inoltro di messaggi urgenti a persone residenti in Italia.

#### **Art. 67 - Rimpatrio Sanitario dal centro ospedaliero attrezzato**

Qualora l'Assicurato convalescente venga dimesso dal centro ospedaliero presso il quale era ricoverato, e non sia in grado di rientrare autonomamente in Italia presso la propria residenza o presso un altro centro medico per la continuazione delle cure, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il suo rientro con il mezzo che i medici della Centrale Operativa stessa riterranno più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

#### **Art. 68 - Obbligo dell'Assicurato in caso di sinistro**

Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato dovrà contattare al momento dell'insorgere della necessità, e comunque non oltre 3 giorni dal verificarsi del sinistro, la Centrale Operativa della Società al numero verde 800450130

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste. Inoltre, dovrà qualificarsi come Assicurato "LND" e comunicare:

- cognome e nome;
- prestazione richiesta;



- suo indirizzo o recapito temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

Resta inteso che qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro, dovrà farlo non appena ne sarà in grado.

**Art. 69 - Trasmissione dei dati**

Al fine di consentire l'attivazione dei servizi da parte della Centrale Operativa, al momento dell'entrata in vigore della copertura, la Contraente provvederà a comunicare su supporto informatico predefinito (nome e cognome, società sportiva di appartenenza, numero tessera LND, data partenza, data rientro) l'elenco di tutti gli Assicurati che parteciperanno alla trasferta/viaggio all'estero.

**LA CONTRAENTE**

**LA SOCIETA'**

**TABELLA LESIONI**

<b>TIPOLOGIA DI LESIONE</b>	
<b>LESIONI APPARATO SCHELETRICO</b>	
<b>CRANIO</b>	
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	€ 861,11
FRATTURA SFENOIDE	€ 620,80
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	€ 371,99
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	€ 544,00
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	€ 952,00
FRATTURA ETMOIDE	€ 393,79
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	€ 272,00
FRATTURA OSSA NASALI	€ 300,77
FRATTURA MANDIBOLARE (PER LATO)	€ 331,61
LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA	€ 680,00
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	€ 987,64
<b>COLONNA VERTEBRALE</b>	
<b>TRATTO CERVICALE</b>	
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 816,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 272,00
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA	€ 1.088,00
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I- VERTEBRA	€ 8.000,00
<b>TRATTO DORSALE</b>	
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 544,00
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	€ 1.088,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 126,81
<b>TRATTO LOMBARE</b>	
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	€ 1.088,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 152,67
<b>OSSO SACRO</b>	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	€ 544,00
<b>COCCIGI</b>	
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	€ 544,00
<b>BACINO</b>	
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	€ 346,87
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	€ 816,00



<b>TORACE</b>	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	€ 531,86
FRATTURA STERNO	€ 272,00
FRATTURA DI UNA COSTA(COMPOSTA)	€ 41,88
FRATTURA DI UNA COSTA(SCOMPOSTA)	€ 115,00
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	€ 368,45
PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA	€ 816,00
PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA	€ 8.000,00
<b>ARTO SUPERIORE (DX o SX)</b>	
<b>BRACCIO</b>	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	€ 388,11
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	€ 746,54
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	€ 766,54
<b>AVAMBRACCIO</b>	
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	€ 225,48
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	€ 496,07
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	€ 494,94
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	€ 252,60
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	€ 492,85
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	€ 489,62
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	€ 475,00
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	€ 613,13
<b>POLSO E MANO</b>	
FRATTURA SCAFOIDE	€ 606,89
FRATTURA SEMILUNARE	€ 408,00
FRATTURA PIRAMIDALE	€ 243,37
FRATTURA PISIFORME	€ 136,00
FRATTURA TRAPEZIO	€ 272,00
FRATTURA TRAPEZOIDE	€ 272,00
FRATTURA CAPITATO	€ 272,00
FRATTURA UNCINATO	€ 272,00
FRATTURA I° METACARPALE	€ 766,67
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	€ 313,51
SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	€ 544,00
<b>FRATTURA PRIMA FALANGE DITA</b>	
POLLICE	€ 504,13
INDICE	€ 355,83
MEDIO	€ 371,79
ANULARE	€ 251,93
MIGNOLO	€ 369,42
<b>FRATTURA SECONDA FALANGE DITA</b>	
POLLICE	€ 358,00
INDICE	€ 286,76



MEDIO	€ 253,48
ANULARE	€ 86,46
MIGNOLO	€ 229,05
<b>FRATTURA TERZA FALANGE DITA</b>	
INDICE	€ 235,00
MEDIO	€ 90,18
ANULARE	€ 89,93
MIGNOLO	€ 270,06
<b>ARTO INFERIORE (DX o Sx)</b>	
<b>FRATTURA FEMORE</b>	
DIAFISARIA	€ 769,77
EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico)	€ 8.000,00
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	€ 8.000,00
FRATTURA ROTULA	€ 504,22
<b>FRATTURA TIBIA</b>	
DIAFISARIA	€ 377,18
ESTREMITA'SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	€ 618,99
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	€ 638,01
<b>FRATTURA PERONE</b>	
DIAFISARIA	€ 251,32
ESTREMITA' SUPERIORE (capitello o faccetta articolare tibiale)	€ 361,59
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	€ 512,68
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	€ 676,39
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	€ 728,51
<b>PIEDE</b>	
<b>TARSO</b>	
FRATTURA ASTRAGALO	€ 706,17
FRATTURA CALCAGNO	€ 866,81
FRATTURA SCAFOIDE	€ 376,82
FRATTURA CUSOIDE	€ 505,56
FRATTURA CUNEIFORME	€ 121,06
<b>METATARSI</b>	
FRATTURA I° METATARSALE	€ 462,74
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	€ 203,45
<b>FALANGI</b>	
FRATTURA ALLUCE (I° o II° Falange)	€ 288,42
FRATTURA I° o II° o III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	€ 110,96
<b>LESIONI DENTARIE</b>	
ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	€ 66,58
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	€ 16,18
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	€ 46,23
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	€ 117,85
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	€ 46,69
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	€ 93,21
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	€ 157,78



ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)	€ 99,82
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	€ 34,00
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	€ 57,57
<b>LESIONI PARTICOLARI</b>	
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA	€ 1.088,00
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	€ 8.000,00
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	€ 12.000,00
ESITI EPATECTOMIA	€ 8.000,00
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	€ 45.000,00
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cacale) -non cumulabile-	€ 18.000,00
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) --non cumulabile-	€ 40.000,00
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' DEL RETTO -non cumulabile-	€ 12.000,00
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	€ 32.000,00
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	€ 100.000,00
COLECISTECTOMIA -non cumulabile-	€ 680,00
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	€ 544,00
SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	€ 816,00
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	€ 8.000,00
PORTATORE ASINTOMATICO ANTICORPO POSMVO (HIV +)	€ 544,00
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE O TOTALE -non cumulabile-	€ 45.000,00
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA	€ 408,00
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	€ 680,00
LOBECTOMIA POLMONARE	€ 12.000,00
PNEUMONECTOMIA	€ 24.000,00
PROTESI SU AORTA TORACICA	€ 16.000,00
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	€ 12.000,00
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	€ 35.000,00
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	€ 26.000,00
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	€ 100.000,00
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	€ 9.600,00
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	€ 40.000,00
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	€ 24.000,00
CORDECTOMIA	€ 12.000,00
EMILARINGECTOMIA	€ 20.000,00
LARINGECTOMIA	€ 45.000,00
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	€ 100.000,00
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	€ 1.088,00
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	€ 12.000,00
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima trattata chirurgicamente)	€ 1.088,00
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	€ 473,78
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	€ 16.000,00
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	€ 20.000,00
PATELLECTOMIA TOTALE	€ 8.000,00
PATELLECTOMIA PARZIALE	€ 544,00
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	€ 680,00
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	€ 20.000,00



PERDITA ANATOMICA DEL PENE	€ 24.000,00
ISTERECTOMIA (non cumulabile)	€ 16.000,00
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	€ 24.000,00
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	€ 680,00
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (Documentate fotograficamente)	€ 24.000,00
PTOSI PALPEBRALE	€ 680,00
EVIRAZIONE COMPLETA	€ 40.000,00
PERDITA DEL PENE	€ 28.000,00
IMPOSSIBILITÀ ALL'EREZIONE	€ 20.000,00
CASTRAZIONE	€ 20.000,00
<b>LESIONI MUSCOLO-TENDINEE</b>	
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	€ 1.068,51
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	€ 680,00
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	€ 952,00
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) -valore massimo per ogni dito-	€ 347,03
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	€ 816,00
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	€ 544,00
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	€ 872,31
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	€ 648,29
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	€ 408,00
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	€ 493,71
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	€ 732,37
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente) -non cumulabile	€ 680,00
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente) -valore massimo per ogni dito-	€ 275,83
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	€ 544,00
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	€ 8.000,00
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	€ 235,14
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	€ 136,00
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	€ 594,76
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente) - non cumulabili tra loro-	€ 857,19
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	€ 291,19
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	€ 289,47
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	€ 719,15
LUSSAZIONE ULNO CARPICA	€ 408,00
LUSSAZIONE ROTULA	€ 372,37
LUSSAZIONE TIBIO TARSICA	€ 731,37
LUSSAZIONE VERTEBRALE	€ 680,00
<b>AMPUTAZIONI</b>	
<b>ARTO SUPERIORE</b>	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	€ 100.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	€ 100.000,00
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	€ 100.000,00



AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	€ 41.600,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 46.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	€ 44.800,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 40.000,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 35.200,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	€ 36.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	€ 33.600,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	€ 37.600,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	€ 30.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 34.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	€ 32.000,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	€ 25.600,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 29.600,00
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 24.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	€ 28.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	€ 28.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	€ 22.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	€ 26.400,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	€ 19.200,00
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	€ 17.600,00
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	€ 21.600,00
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	€ 14.400,00
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	€ 18.400,00
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	€ 16.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	€ 16.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	€ 11.200,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	€ 8.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	€ 952,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	€ 9.600,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	€ 10.400,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	€ 680,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	€ 476,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	€ 340,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	€ 612,00
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	€ 8.000,00
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	€ 1.088,00
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	€ 816,00
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	€ 1.224,00
<b>ARTO INFERIORE</b>	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	€ 100.000,00
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	€ 100.000,00
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	€ 100.000,00
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	€ 40.000,00
PERDITA DI UN PIEDE	€ 36.000,00
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	€ 21.600,00
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	€ 100.000,00



PERDITA DELL'ALLUCE	€ 816,00
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	€ 408,00
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	€ 136,00
<b>LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (Permanenti - Stabilizzati)</b>	
<b>ARTO SUPERIORE</b>	
LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	€ 50.000,00
SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE ERB C5-D1	€ 36.000,00
SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE 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
<b>ARTO INFERIORE</b>	
PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARE 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
<b>LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE</b>	
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SPORADICHE	€ 12.000,00
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SETTIMANALI	€ 24.000,00
PARAPARESI CON DEFICIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITÀ DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	€ 32.000,00
MONOPARESI DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITÀ AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	€ 32.000,00
MONOPARESI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	€ 28.000,00
<b>USTIONI</b>	
<b>CAPO</b>	
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 408,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 8.000,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 16-25% DELLE 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 DI 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	€ 680,00
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 30% DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	€ 8.000,00
<b>ARTI SUPERIORI E INFERIORI</b>	
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 680,00
USTIONE 2° O 3° GRADO 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 8.000,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 31-50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 12.000,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DI OLTRE IL 50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 16.000,00



## 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 e per via laparotomica

#### **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

Pancreatectomia 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

#### **Cardio Chirurgia**

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)

Trattamento delle lesioni traumatiche della aorta

Trattamento 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  
Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o etrotopica  
Resezione uretrale e uretrorafia

**Chirurgia ginecologica**

Laparotomia e laparoscopia per ferite o rotture uterine

**Chirurgia Oculistica**

Vitrectomia anteriore e posteriore  
Trapianto corneale a tutto spessore

**Chirurgia Otorinolaringoiatria**

Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico  
Laringectomia sopraglottica o subtotale  
Laringectomie parziali verticali  
Laringectomia e Faringoiangenctomia totale