

NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

(A) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Tra la Spett.le P.G.S. POLISPORTIVE GIOVANILI SALESIANE la quale agisce nell'interesse degli ADERENTI e la AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, in appresso denominata "Società", viene stipulata la seguente Convenzione per l'assicurazione dei seguenti rischi:

- Infortuni degli Associati;
- Responsabilità Civile Verso Terzi: del P.G.S. POLISPORTIVE GIOVANILI SALESIANE, delle sue articolazioni periferiche e dei propri soci (così come previsto dallo Statuto).
- Prestazioni di Assistenza

La copertura è operante limitatamente agli eventi che gli assicurati possono subire nell'espletamento delle attività inerenti il loro rapporto con la Contraente.

(B) CONTRAENZA DELLA CONVENZIONE

Il Contraente stipula la presente polizza Convenzione per conto dei singoli Assicurati.

(C) DURATA DELLA CONVENZIONE

Le Parti concordano che l'effetto della presente convenzione è attivo dalle ore 24:00 del 31/08/2014 e la scadenza è fissata alle ore 24:00 del 31/08/2015.

Tuttavia, in mancanza di disdetta, inviata da una delle Parti mediante lettera raccomandata almeno 90 giorni prima della scadenza, la presente convenzione si intenderà prorogata per un anno e così successivamente.

Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale.

(D) RECESSO DELLA CONVENZIONE IN CASO DI SINISTRO

Nel corso dell'annualità assicurativa la Società si impegna a non recedere dalla assicurazione in caso di sinistro.

Tuttavia, qualora l'andamento tecnico fosse con un rapporto sinistri/premi superiore al 70%, le Parti concordando di pattuire modifiche al contratto che si renderanno operative a far data dalla prima scadenza annuale utile in caso di rinnovo.

(E) MODALITÀ DI ASSICURAZIONE

OPZIONE 1 – OBBLIGATORIE

Opzione 1 P.G.S.)

- P.G.S. POLISPORTIVE GIOVANILI SALESIANE, le sue articolazioni periferiche nonché i Presidenti e gli Organi Dirigenti e Direttivi del P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane e delle singole Associazioni Sportive Aderenti sono sempre assicurati per la sola garanzia della Responsabilità Civile nei limiti e fino alla concorrenza dei massimali previsti dall'Opzione 1 P.G.S.).

Opzione 1 A) "Tesserati" - Opzione 1 B) "Tesserati Arbitro":

- La Società si impegna a prestare le coperture assicurative relative ai rischi e massimali e/o capitali previsti dalle "OPZIONI 1 – Obbligatorie", alternativamente per una sola delle seguenti opzioni:

- Opzione 1 A) "Tesserati";
- Opzione 1 B) "Tesserati Arbitro";

a favore degli iscritti al P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane per i quali le singole sedi periferiche abbiano provveduto ad inoltrare preventivamente domanda di tesseramento (Opzioni 1 A e 1 B).

L'assicurazione relativa alle coperture obbligatorie decorre e diviene altresì efficace dalle ore 24.00 del 31.08.2014.

Per motivi organizzativi viene concesso al Contraente un termine di tolleranza di **30** giorni ai fini del versamento del premio o delle rate di premio relativi al presente contratto.

Nel caso in cui il versamento del premio o delle rate di premio venga effettuato oltre il termine di tolleranza concesso l'assicurazione rimane sospesa dalle ore 24:00 del **30°** giorno e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno del versamento.

Tuttavia, limitatamente alla sola garanzia infortuni, in caso di sinistro che colpisca uno o più dei soggetti assicurati, l'Impresa provvederà ad erogare la prestazione assicurativa anche in mancanza del versamento del premio da parte del Contraente, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti di quest'ultimo per l'intero importo indennizzato.

Il premio relativo a ciascuna annualità assicurativa si intende frazionato in rate quadrimestrali anticipate e di eguale scadenti il 31.08, 31.12 e 30.04 di ogni anno.

Per le OPZIONI 1 A) ed 1 B), la Contraente è esonerata dall'obbligo di comunicare i nominativi degli Assicurati, che saranno comunque a disposizione della Società, che potrà richiederli in qualsiasi momento.

A tale scopo si farà comunque riferimento alle registrazioni della Contraente stessa, che si impegna sin da ora, anche in nome e per conto delle Società/Associazioni affiliate, a favorire qualsiasi richiesta di verifica e/o controllo da parte della Società Assicuratrice o di soggetti dalla stessa all'uopo incaricati.

OPZIONI 2 – FACOLTATIVE

- La Società si impegna a prestare le coperture assicurative relative ai rischi e massimali e/o capitali previsti dalle “OPZIONI 2 – Facoltative”, a favore degli “Associati in attività” al P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane e per i quali lo stesso P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane abbia preventivamente provveduto ad inoltrare alla Società o all’Agenzia cui è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker, la richiesta di copertura riportante per ciascun aderente, le generalità complete e l’opzione facoltativa prescelta.
- Le comunicazioni dovranno essere effettuate **esclusivamente tramite Janua Broker** in modalità telematica mediante l’utilizzo della piattaforma on-line operativa 24 ore su 24 messa a disposizione dalla Società. L’adesione delle singole PGS avverrà a mezzo di apposito modulo (pubblicato sul sito www.pgsitalia.org) che sarà inviato via fax o via e-mail alla Janua Broker spa. La Janua provvederà ad inoltrare il modulo di adesione tramite la piattaforma telematica messa a disposizione dalla Società per la regolare copertura dei rischi.
Le coperture assicurative per le singole inclusioni facoltative (nuove adesioni e rinnovi di polizze scadute), **decorreranno quindi dalle ore 24:00 del giorno di richiesta di copertura on line tramite la piattaforma e cesseranno improrogabilmente al successivo 31.08 di ciascun anno.**

Al termine del periodo di assicurazione la Società emetterà un documento riepilogativo unico relativamente alle inclusioni facoltative avvenute in corso d’anno specificando gli elementi salienti delle coperture. (numero degli assicurati, l’opzione prescelta ed il premio complessivamente incassato).

(F) PREMIO: ANTICIPO - REGOLAZIONE

Il Contraente è tenuto a versare un premio a deposito indicato al successivo punto (J) comprensivo di imposte che calcolato in base ai parametri variabili indicati nello stesso articolo. Detto premio a deposito, comunque dovuto alla Società per ogni annualità assicurativa (**premio minimo comunque acquisito**), è pagabile in 3 rate anticipate di uguale importo ed è soggetto a conguaglio annuale a partire dal 31.08.2015 sulla base dei seguenti elementi variabili:

- Numero effettivo dei **“Tesserati P.G.S.”**;
- Numero effettivo dei **“Tesserati P.G.S. Arbitro”**;
- Numero effettivo: delle adesioni alle **“Opzioni Facoltative”** ricevute.

La differenza attiva risultante dalla regolazione, dovrà essere pagata nei 60 giorni successivi a quello dell’emissione dell’atto di regolazione.

(G) ATTIVITÀ SPORTIVE ASSICURABILI

La Società presta le coperture assicurative per tutti gli assicurati relativamente allo svolgimento di tutte le attività sportive dilettantistiche, ricreative, culturali, di formazione, turistiche e del tempo libero, di promozione sociale e di promozione civile, nonché di qualsiasi altra attività previste per il raggiungimento delle finalità statutarie con la sola esclusione di quelle indicate all’Art. 13) “Delimitazione dell’Assicurazione – Esclusioni” delle Norme che regolano l’Assicurazione in generale.

A titolo indicativo le principali attività assicurate sono le seguenti:

Acquagym	Equitazione	Pugilato
Aerobica	Fitness	Rugby
Apnea subacquea (escluso auto.respiratore)	Football americano	Scacchi
Arti marziali	Ginnastica (Tutte le discipline)	Scherma
Atletica pesante (lotta,pugilato,pancrazio)	Gladiatura	Sci (escluso fuoripista)
Atletica leggera	Golf	Sci d’erba
Attività Cinofile per fini sportivi	Hockey su prato	Sci nautico
Ballo in genere	Lotta	Skateboard
Basket ball	Maratonina	Softball
Baseball	Militari Romani	Sport in Montagna
Beach Volley	Modellismo (Tutte le discipline)	Sport Orientamento
Biliardo	Motocross	Sport Motoristici (Solo Regolarità e gimcane)
Bench press	Mountainbike	Sport per disabili
Bob	Nuoto (Tutte le discipline)	Squash
Bocce	Pallacanestro	Tecnici
Body building	Pallamano	Tennis
Calcio - Calcio a 5	Pallanuoto	Tennis tavolo
Calcetto	Pallatamburello	Tiro a segno
Canoa-kayak	Pallavolo	Tiro a volo
Canottaggio	Pallone elastico	Tiro con l’arco
Ciclismo	Pattinaggio (Tutte le discipline)	Triathlon
Corsa campestre	Pentathlon moderno	Tuffi
Danza (Classica – Moderna – Sportiva - etc)	Pesca sportiva (Tutte le discipline)	Vela /Windsurf
Educazione Stradale (Teoria e pratica)	Pesistica	

(H) COMBINAZIONI DI GARANZIA - CAPITALI E MASSIMALI ASSICURATI

L'assicurazione si intende prestata per le coperture di cui alla Sezione Infortuni e Responsabilità Civile solo per le attività sportive indicate al precedente punto G) e per i seguenti massimali e/o capitali.

OPZIONI 1 – OBBLIGATORIE

La garanzia Responsabilità Civile per le Combinazioni delle Opzioni 1 - Obbligatorie, escludono tutti i danni causati e/o subiti da Cicli, Motocicli, Veicoli in genere, Cani e/o Cavalli o da qualsiasi altro animale, verificatisi in occasione della pratica della disciplina sportiva praticata. Quanto sopra salvo espressa deroga contrattuale.

Opzione 1 P.G.S)

L'opzione 1 P.G.S) garantisce, P.G.S. POLISPORTIVE GIOVANILI SALESIANE, in breve P.G.S., le sue Articolazioni Periferiche nonché i Presidenti e gli Organi Dirigenti e Direttivi del P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane e le singole Associazioni Sportive aderenti, a fronte del pagamento del premio annuo forfettario convenuto non soggetto a conguaglio, per il solo rischio della Responsabilità civile verso terzi nei termini previsti in polizza fino alla concorrenza dei massimali di seguito indicati.

GARANZIA - Responsabilità Civile Terzi	MASSIMALI	Limitazioni e Precisazioni
Per ciascun sinistro	Euro 2.000.000,00	Franchigia Euro 350,00

Opzioni 1A) e 1B).

Per le opzioni 1A) e 1B), ovvero “**Tesserati P.G.S.**”, “**Tesserati P.G.S. Arbitro**” è prevista una unica combinazione di garanzie come di seguito indicata e pertanto sono assicurati, previo pagamento del premio convenuto, tutti gli Associati alla P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane in base alla loro qualifica.

GARANZIE	MASSIMALI	Limitazioni e Precisazioni
Morte	Euro 80.000,00	=====
Invalità Permanente	Euro 80.000,00	Franchigia 7% assoluta. “ Tabella Lesioni ” di cui all'Allegato “A” del D.P.C.M. 3 novembre 2010.
Spese Mediche Ospedaliere – Art. 18 Punto c)	Euro 750,00	Franchigia Euro 150,00
Spese Mediche Senza Ricovero.– Art. 18 Punto d)	Euro 500,00	Franchigia Euro 100,00
Diaria da Ricovero	Escluse	=====
Diaria Gesso post ricovero	Esclusa	=====
Diaria Gesso	Esclusa	=====
Prestazioni di Assistenza	Comprese	Come indicate in polizza
Responsabilità Civile Terzi	Euro 1.000.000,00	Franchigia Euro 350,00

OPZIONI 2 – Facoltative

È in facoltà della Contraente, “P.G.S.”, assicurare tutti i singoli “**Tesserati**” per una delle forme facoltative “**Generiche**” o “**Specifiche**” di seguito previste.

La Società si impegna, pertanto, a prestare le garanzie assicurative previste dalle Opzioni Facoltative a favore dei tesserati al P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane e per i quali lo stesso abbia preventivamente provveduto ad inoltrare alla Società o all'Agenzia cui è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker, la richiesta di copertura riportante per ciascun aderente, le generalità complete e l'opzione facoltativa prescelta.

Le comunicazioni dovranno essere effettuate **esclusivamente tramite Janua Broker** in modalità telematica mediante l'utilizzo della piattaforma on-line operativa 24 ore su 24 messa a disposizione dalla Società.

L'adesione delle singole PGS avverrà a mezzo di apposito modulo (pubblicato sul sito www.pgsitalia.org) che sarà inviato via fax o via e-mail alla Janua Broker spa.

La Janua provvederà ad inoltrare il modulo di adesione tramite la piattaforma telematica messa a disposizione dalla Società per la regolare copertura dei rischi.

Le coperture assicurative per le singole inclusioni facoltative (nuove adesioni e rinnovi di polizze scadute), decorreranno quindi dalle ore 24:00 del giorno di richiesta di copertura on line tramite la piattaforma e cesseranno improrogabilmente al successivo 31.08 di ciascun anno.

Si precisa che:

- con l'adesione ad una delle combinazioni facoltative previste, gli assicurati beneficeranno delle nuove prestazioni riferite alla combinazione prescelta che **non saranno cumulate con quelle della polizza obbligatoria.**
- A parziale deroga di quanto disposto dall'articolo 13 “Norme che regolano l'assicurazione infortuni”, limitatamente alle Opzioni Facoltative (Generiche o Specifiche), le garanzie della sezione infortuni ed Responsabilità Civile, sono valide anche durante gli allenamenti individuali o all'esterno delle strutture delle P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane. Ai fini della validità della copertura, detti allenamenti, dovranno comunque essere, previsti, disposti e autorizzati dalle P.G.S., anche per il tramite dei suoi organismi periferici e/o delle singole Associazioni affiliate alle P.G.S.. Spetterà pertanto ai soggetti summenzionati, provare la piena operatività della copertura, attraverso la tenuta in forma cartacea di appositi registri, calendari o documenti, dai quali risultino gli inserimenti, in ordine cronologico (predisposti e definiti in data certa antecedente la data dell'infortunio), delle autorizzazioni richieste per gli allenamenti svolti in forma individuale. I registri devono contenere dati certi, non verranno pertanto ammessi spazi lasciati in bianco, cancellazioni e/o correzioni. In caso di modifica sulla programmazione inserita, occorrerà vidimare la correzione mediante timbro e firma del responsabile della Società Sportiva. La Società potrà in qualsiasi momento effettuare controlli e verifiche sulla corretta tenuta di tale documentazione.
- Le polizze facoltative possono essere stipulate solo da tesserati P.G.S..

Generiche

La garanzia tutte delle seguenti Combinazioni dell'Opzione 2 Generiche, non sono valide per le discipline sportive del Ciclismo, dell'Equitazione e delle attività Cinofile assicurabili con le Opzioni Specifiche.

Garanzie	Facoltativa UNO Bronze	Facoltativa DUE Silver	Facoltativa TRE Gold	Limitazioni e Precisazioni
Morte	80.000,00	100.000,00	150.000,00	---
Invalità Permanente	80.000,00	100.000,00	150.000,00	Franchigia 5 % Eliminata al 15% "Tabella INAIL"
Spese Mediche Ospedaliere Art. 18 Punto c)	3.000,00	4.000,00	5.000,00	Franchigia Euro 150,00
Spese mediche senza ricovero – Art. 18 Punto d)	600,00	800,00	1.000,00	Franchigia Euro 100,00
Diaria da Ricovero Art. 18 Punto e)	50,00	60,00	80,00	Frg. 3 giorni. Max 90 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso post Ricovero – Art. 18 Punto f)	25,00	30,00	40,00	Massimo 30 giorni sinistro/anno
Diaria da Gesso – Art. 18 Punto g)	10,00	25,00	35,00	Massimo 30 giorni sinistro/anno
Prestazioni di Assistenza	Comprese	Comprese	Comprese	Come indicate in polizza
Responsabilità Civile Terzi (massimale)	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	Franchigia Euro 350,00

Specifiche

“Sport ed Attività Cinofile”

Garanzie	Facoltativa Cinofili	Limitazioni e Precisazioni
Infortuni del proprietario del Cane		
Morte	100.000,00	---
Invalità Permanente	100.000,00	Franchigia 5 % Eliminata al 15% "Tabella INAIL"
Spese Mediche Ospedaliere – Art. 18 Punto c)	4.000,00	Franchigia Euro 150,00
Spese Mediche senza ricovero– Art. 18 Punto d)	800,00	Franchigia Euro 100,00
Diaria da Ricovero: Art. 18 Punto e)	50,00	Frg. 3 giorni. Max 90 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso post Ricovero Art. 18 Punto f)	25,00	Max 30 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso: Art. 18 Punto g)	20,00	Max 30 giorni per sinistro e anno
Prestazioni di Assistenza	Comprese	Come indicate in polizza
Responsabilità Civile Verso Terzi Proprietà ed Uso di cane identificato	Massimale Euro 1.000.000,00	Franchigia Euro 350,00

“Sport Equestri”

Garanzie	Facoltativa Equestri	Limitazioni e Precisazioni
Infortuni del Cavaliere		
Morte	100.000,00	---
Invalità Permanente	100.000,00	Franchigia 5 % Eliminata al 15% "Tabella INAIL"
Spese Mediche Ospedaliere – Art. 18 Punto c)	4.000,00	Franchigia Euro 150,00
Spese Mediche senza ricovero– Art. 18 Punto d)	800,00	Franchigia Euro 100,00
Diaria da Ricovero: Art. 18 Punto e)	50,00	Frg. 3 giorni. Max 90 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso post Ricovero Art. 18 Punto f)	25,00	Max 30 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso: Art. 18 Punto g)	20,00	Max 30 giorni per sinistro e anno
Prestazioni di Assistenza	Comprese	Come indicate in polizza
Responsabilità Civile Verso terzi Proprietà ed Uso di cavallo identificato	Massimale Euro 1.000.000,00	Franchigia Euro 350,00

“Ciclismo”

Garanzie	Facoltativa Ciclismo	Limitazioni e Precisazioni
Infortuni del Ciclista		
Morte	100.000,00	---
Invalità Permanente	100.000,00	Franchigia 5 % Eliminata al 15% "Tabella INAIL"
Spese Mediche Ospedaliere – Art. 18 Punto c)	4.000,00	Franchigia Euro 150,00
Spese Mediche senza ricovero.– Art. 18 Punto d)	800,00	Franchigia Euro 100,00
Diaria da Ricovero: Art. 18 Punto e)	50,00	Frg. 3 giorni. Max 90 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso post Ricovero Art. 18 Punto f)	25,00	Max 30 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso: Art. 18 Punto g)	20,00	Max 30 giorni per sinistro e anno
Prestazioni di Assistenza	Comprese	Come indicate in polizza
Responsabilità Civile Verso terzi – Pratica del Ciclismo	Massimale Euro 1.000.000,00	Franchigia Euro 350,00

Con riferimento alla garanzia Responsabilità Civile Verso Terzi i massimali indicati si intendono per sinistro e in nessun caso la Società pagherà un massimale superiore a € 2.000.000,00 per ciascun sinistro.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 C.C. Tuttavia l'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni purché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi stipulati in proprio dagli Assicurati; tuttavia in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 C.C.). Per la sola sezione di RC la copertura prestata con il presente contratto, in presenza di altra prestazione similare, è da considerarsi a secondo rischio.

Art. 3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente e/o Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del 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. 5 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 6 - DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

Durante l'annualità assicurativa la Società si impegna a non recedere dall'assicurazione in caso di sinistro.

Art. 7 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata spedita almeno 90 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest' ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 8 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente e/o Assicurato.

Art. 9 - FORO COMPETENTE

Le Parti stabiliscono espressamente che per ogni controversia nascente dall'esecuzione o interpretazione del presente contratto o ad essa strettamente connessa, sarà territorialmente competente esclusivamente il Foro del capoluogo della provincia ove ha sede l'Associazione/Federazione sportiva Contraente.

Art. 10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 11 - ASSICURATI

Con il termine "Assicurato" si intendono, a titolo esemplificativo e non esaustivo: Atleti, Giocatori e/o Allenatori, Iscritti e/o facenti parte dell'Associazione sportiva dilettantistica P.G.S. nonché Presidenti e Organi Dirigenti delle Associazioni Sportive Contraenti, i Tecnici, gli Ufficiali di gara iscritti all'Albo Nazionale della Contraente, e tutto il personale addetto come risultante dai documenti della Contraente.

Per questi Assicurati dovrà essere corrisposto lo stesso premio previsto per gli Assicurati residenti in Italia.

I sinistri vengono gestiti dalla Società, quindi la disponibilità alle eventuali visite mediche della Società deve essere interpretata in tal senso.

Art. 12 - DEFINIZIONE DI INFORTUNIO - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

E' considerato "infortunio" l'evento improvviso che si verifichi, indipendentemente dalla volontà dell'Assicurato e produca lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente.

Sono esclusi gli stiramenti e sforzi.

La copertura assicurativa si intende estesa anche a:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento, la folgorazione;
- i colpi di sole e di calore;
- le lesioni determinate da sforzo, **esclusi gli infarti e le ernie**;
- gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza, nonché gli infortuni determinati da vertigini, malore o stato di incoscienza, purché non dovuti a condizione qualificatamente patologica e purché non cagionati da abuso di psicofarmaci, sostanze stupefacenti, allucinogeni;
- gli infortuni derivanti da colpa grave;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, rapine, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sindacale o sociale, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria;
- le conseguenze fisiche di irradiazioni, operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- gli infortuni subiti in occasione di legittima difesa o di atti di solidarietà;
- le morsicature, le punture e le ustioni da animale e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- gli infortuni causati da fulmine, grandine, tempeste di vento, scariche elettriche o da improvviso contatto con corrosivi.

Art. 13 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La Società presta l'assicurazione, nel limite dei capitali previsti dalla combinazione prescelta, per gli infortuni che gli Assicurati subiscano durante la pratica della disciplina Sportiva a carattere dilettantistico indicata in polizza a condizione che tutte le attività vengano svolte secondo le modalità, i tempi e nelle strutture o nei luoghi previsti dai regolamenti, dai calendari o dagli accordi del P.G.S., e/o dei suoi Centri Regionali, Provinciali, Comunali, Delegati di Città (ove previsti) e/o delle singole Associazioni affiliate al P.G.S., purché definiti in data certa ed antecedente all'evento che ha generato l'infortunio.

L'assicurazione opera senza limiti di età e per il mondo intero (il pagamento dell'indennizzo verrà comunque effettuato in Italia ed in Euro).

Relativamente alle attività/discipline sportive si precisa che si intendono compresi gli allenamenti, nonché le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara od allenamento ufficiale. L'assicurazione si intende altresì operante in occasione dell'espletamento delle attività proprie della qualifica di tecnico o dirigente rivestita nell'ambito dell'organizzazione sportiva del P.G.S., dei Centri Regionali, Provinciali, Comunali e/o delle singole Associazioni Affiliate.

Con riferimento agli allenamenti (compresi quelli svolti in forma individuale) si precisa che gli stessi, ai fini della validità della copertura, dovranno essere previsti, disposti e autorizzati nonché svolgersi sotto il controllo tecnico-organizzativo del P.G.S., anche per il tramite dei suoi organismi periferici, e/o delle singole Associazioni affiliate al P.G.S..

In tal caso, ai fini dell'ammissione dell'infortunio al beneficio assicurativo, la relativa denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo, che attesta, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa.

Infortuni in itinere

Le garanzie di polizza sono operanti anche quando gli Assicurati, in qualità di trasportati di mezzi pubblici o privati, o quali conducenti di mezzi ad uso privato, subiscano l'infortunio durante:

- a) il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro sino al luogo di svolgimento delle attività assicurate, e/o viceversa, con il percorso più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività oggetto dell'assicurazione, il tutto in data ed orari compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso la destinazione da raggiungere e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione (abitazione o luogo di lavoro) al termine dell'attività stessa.
- b) durante le trasferte fuori sede e per il tempo necessario a raggiungere il luogo deputato allo svolgimento delle attività assicurate e viceversa. Per l'identificazione delle persone danneggiate faranno fede i referti della Contraente e/o delle Associazioni Affiliate ed, in subordine, le convocazioni societarie. In tal caso la denuncia di sinistro dovrà riportare la firma del Dirigente accompagnatore indicato nel predetto referto o convocazione. In questo caso la garanzia esplicherà il proprio effetto anche per il tragitto da casa o luogo di lavoro sino al punto di raduno e viceversa entro i limiti previsti dal precedente punto a); Il rischio in itinere sarà operante sempreché alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro. Le predette garanzie saranno operanti sempreché documentate dall'Ente, per il tramite delle sue Strutture Periferiche competenti o dalle singole Associazioni Affiliate.

Art. 14 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni direttamente derivanti:

- a) dallo svolgimento di attività sportive a carattere professionale;
- b) dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, nonché a gare automobilistiche (salvo quelle di regolarità e le gimcane);
- c) dalla pratica di: paracadutismo, volo da diporto o sportivo, sport aerei in genere, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche) senza accompagnatore di guida abilitata (patentata), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, speleologia, salvo espressa deroga da indicare in polizza;
- d) dalla guida di mezzi di locomozione aerea e l'uso di mezzi privati di locomozione aerea;
- e) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore solo se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- f) da atti dolosi compiuti dall'assicurato o dalla sua partecipazione a risse o tumulti o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o dall'ordinamento sportivo, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- h) per l'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento sportivo, accertata in base alle normative vigenti;
- i) da trasformazioni o assestamenti energetici del nucleo dell'atomo, naturali o provocati artificialmente e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- j) partecipazione ad esercitazioni militari (con l'esclusione del servizio militare in tempo di pace); ed inoltre guerra, ostilità, invasione rivoluzionaria, insurrezione, guerra civile, potere militare; salvo il caso che l'Assicurato sia colto agli eventi bellici mentre si trova in un Paese non in stato di belligeranza, nel qual caso la garanzia resta valida per il periodo massimo di 14 giorni dalla dichiarazione dello stato di guerra;
- k) suicidio od il tentato suicidio.

Art. 15 - PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITI DI ETÀ

Tutti gli Assicurati sono garantiti indipendentemente dal loro stato psicofisico fatta eccezione per le persone colpite da apoplezia, affette da epilessia, paralisi, delirium tremens, o altre infermità gravi e permanenti nonché quelle dedite all'uso di alcol, stupefacenti o allucinogeni: l'assicurazione cessa con il verificarsi di una di queste ipotesi in corso di contratto.

Sono tuttavia assicurate le persone "disabili mentali" associate e frequentanti gli Sport per disabili.

Per le persone di età superiore a 75 anni è stabilito che, per la garanzia Invalidità Permanente, non si farà luogo ad alcun indennizzo quando questa sia di grado inferiore o pari al 15% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 16 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO – OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia di ogni infortunio, a pena di decadenza, deve essere fatta alla Società o all'Intermediario, a cui la polizza è assegnata entro 30 giorni dall'infortunio.

La denuncia deve indicare il luogo, il giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata, a pena di decadenza dal diritto all'indennizzo, da un certificato medico rilasciato da una struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso.

Qualora, nel luogo di accadimento del sinistro o entro 50 Km dallo stesso, non sia presente una struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso o non sia materialmente possibile l'intervento di un'ambulanza o di altro idoneo mezzo per il trasporto del sinistrato alla struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso più vicina, il certificato potrà essere redatto da altro Medico, sempreché detta certificazione – che non verrà ammessa per nessuna ragione al risarcimento da parte dello stesso contratto assicurativo – venga redatta entro 24 ore consecutive all'accadimento del sinistro denunciato, ed inoltrata via fax o raccomandata alla Società assicuratrice o all'Intermediario, a cui la polizza è assegnata entro il tempo limite di 3 giorni dalla data dell'infortunio.

In mancanza del certificato di guarigione, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Se dall'infortunio risulta la morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata entro 72 ore per telegramma.

Art. 17 - CRITERI DI INDENNIZZO

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

Nei casi preesistenti di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 18 - GARANZIE DI POLIZZA - Valide ed operanti se previste dall'Opzione prescelta.

- a) **Morte** - Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli assicuratori liquidano ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi legittimi e/o testamentari. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi legittimi e/o testamentari. Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso dalle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore 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.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

- b) Invalidità permanente** - Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto, la Società liquida a tale titolo - al netto della eventuale franchigia prevista in polizza - una indennità determinata mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri della **"Tabella Lesioni" di cui all'Allegato "A" del D.P.C.M. 3 novembre 2010**.

Relativamente alle sole **"Opzioni Facoltative Generiche e Specifiche"**, se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto, la Società liquida a tale titolo - al netto della eventuale franchigia prevista in polizza - una indennità determinata mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri della **"Tabella INAIL"**.

- c) Spese mediche da infortunio sostenute durante il ricovero in istituti pubblici o privati** - La Società rimborsa fino alla concorrenza della somma pattuita per sinistro e per anno, le Spese Mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza sostenute **durante il ricovero in istituti pubblici o privati** per:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per interventi di chirurgia plastica ed estetica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'Assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi.

La domanda per il rimborso, corredata dai documenti di cui sopra, deve essere presentata, a pena di decadenza, alla Società o all'Intermediario entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui termina la cura medica.

La presente garanzia è operante:

- **Per le "Opzioni Obbligatorie" 1A) ed 1B)**, indipendentemente dal grado di Invalidità permanente riportato dall'Assicurato a seguito dell'infortunio.
- **Per le "Opzioni Facoltative", sia Generiche che Specifiche**, indipendentemente dal grado di Invalidità permanente riportato dall'Assicurato a seguito dell'infortunio.

- d) Spese Mediche da infortunio sostenute, anche in assenza di ricovero.**

Ferme le disposizioni previste dall'art. 16 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni ("Denuncia dell'Infortunio – Obblighi relativi"), che ai fini della presente garanzia devono intendersi espressamente richiamate ed applicabili, la Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma pattuita per sinistro e per anno, le spese mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, anche se sostenute in assenza di ricovero, per:

- visite mediche specialistiche;
- acquisto di medicinali urgenti (incluso rimborso ticket);
- intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- analisi ed accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, compreso l'artroscopia diagnostica ed operativa;
- applicazione di apparecchi gessati e/o immobilizzanti, bendaggi e docce di immobilizzazione;
- presidi ortopedici, ma limitatamente alla sola prima applicazione di corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi conseguenti ad infortunio, protesi e tutori di funzione degli arti superiori, inferiori e del tronco;
- prime protesi oculari ed acustiche;
- terapie fisiche e specialistiche, compresi i trattamenti fisioterapici e rieducativi
- il trasporto dell'Assicurato, dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura, con qualsiasi mezzo effettuato.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per interventi di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'Assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi.

La domanda per il rimborso, corredata dai documenti di cui sopra, deve essere presentata alla Società o all'Intermediario a pena di decadenza, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui termina la cura medica.

La presente garanzia è operante:

- **Per le "Opzioni Obbligatorie" 1A) ed 1B)**, indipendentemente dal grado di Invalidità permanente riportato dall'Assicurato a seguito dell'infortunio.
- **Per le "Opzioni Facoltative", sia Generiche che Specifiche**, indipendentemente dal grado di Invalidità permanente riportato dall'Assicurato a seguito dell'infortunio.

- e) Diaria per ricovero conseguente ad infortunio** - La Società rimborsa all'Assicurato l'indennità giornaliera pattuita, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 90 giorni per sinistro ed anno, in caso di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a degenza ultimata su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di cura.

La Società potrà, inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia dalla cartella clinica completa.

La domanda di liquidazione, corredata dai documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società o all'Intermediario a pena di decadenza, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

La presente garanzia è operante:

- **Per le "Opzioni Obbligatorie" 1A), 1B)**, indipendentemente dal grado di Invalidità permanente riportato dall'Assicurato a seguito dell'infortunio.
- **Per le "Opzioni Facoltative", sia Generiche che Specifiche**, indipendentemente dal grado di Invalidità permanente riportato dall'Assicurato a seguito dell'infortunio.

- f) **Diaria per gessatura post ricovero** - Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia causato una lesione fratturativa radiologicamente accertata in conseguenza della quale è stato necessario un ricovero ospedaliero e l'Assicurato risulti portatore di apparecchi gessati inamovibili o equivalenti immobilizzanti inamovibili, applicati e da rimuovere presso le Strutture Ospedaliere, la Società corrisponderà la diaria da gesso, prestata solo come "post ricovero" giornaliera pattuita per ciascuno dei giorni, fino ad un massimo di trenta dalla data del sinistro. In ogni caso la Diaria Giornaliera non verrà corrisposta nei casi in cui all'Assicurato, per lesioni fratturative alle dita delle mani, siano stati applicati: Docce/Valve/Stecche gessate, Stecche di Zimmer, Finger Splint, Bendaggi elasto/adesivi o alla colla di zinco e Tutori in genere amovibili. Tale garanzia non è cumulabile con quella relativa alla «Diaria per ricovero conseguente ad infortunio» e sarà corrisposta per un periodo massimo di 30 giorni per sinistro ed anno assicurativo. La presente garanzia è operante:
- Per le "Opzioni Facoltative", sia **Generiche che Specifiche**, indipendentemente dal grado di Invalidità permanente riportato dall'Assicurato a seguito dell'infortunio.
- g) **Diaria per gessatura** – Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia causato una lesione fratturativa radiologicamente accertata, l'Assicurato risulti portatore di apparecchi gessati inamovibili o equivalenti immobilizzanti inamovibili, applicati e da rimuovere unicamente presso le Strutture Ospedaliere, la Società corrisponderà la diaria da gesso, pattuita per ciascuno dei giorni, fino ad un massimo di trenta dalla data del sinistro. Il rimborso verrà effettuato esclusivamente previa presentazione in originale della seguente documentazione:
- certificato medico che attesti l'applicazione della gessatura presso la struttura ospedaliera;
 - certificato di rimozione della gessatura presso la struttura ospedaliera.
- In ogni caso la Diaria Giornaliera non verrà corrisposta nei casi in cui all'Assicurato, per lesioni fratturative alle dita delle mani, siano stati applicati: Docce/Valve/Stecche gessate, Stecche di Zimmer, Finger Splint, Bendaggi elasto/adesivi o alla colla di zinco e Tutori in genere amovibili. Tale garanzia non è cumulabile con quella relativa alla «Diaria per ricovero conseguente ad infortunio» e sarà corrisposta per un periodo massimo di 30 giorni per sinistro ed anno assicurativo. La presente garanzia è operante:
- Per le "Opzioni Facoltative", sia **Generiche che Specifiche**, indipendentemente dal grado di Invalidità permanente riportato dall'Assicurato a seguito dell'infortunio.
- h) **Garanzie Speciali (sempre valide ed operanti):**
1. **Incremento indennità in caso di morte del tesserato genitore** - Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni conviventi sarà aumentata del 50%. Ai figli minorenni vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.
 2. **Tesserati minori di quattordici anni alla data dell'infortunio** - L'Impresa rimborserà fino ad un massimo di € 12.500,00 per sinistro, le spese documentate, che l'Assicurato abbia dovuto sostenere in conseguenza dell'infortunio subito, limitatamente agli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva. Tale estensione di garanzia si intende valida ed operante solo ed esclusivamente per l'Assicurato che alla data dell'infortunio non abbia compiuto il quattordicesimo anno di età.
 3. **Morsi di animali compresi aracnoidi ed insetti** - Nel caso di morsi di animali, insetti ed aracnoidi che comportino un ricovero in istituto di cura, ed a seguito di relativa diagnosi che accerti detto evento, all'assicurato sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € 5.200,00 per sinistro.
 4. **Avvelenamento** - Nel caso di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti almeno un ricovero con pernottamento in istituto di cura ed a seguito di relativa diagnosi ospedaliera, anche di sospetto avvelenamento, all'assicurato sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € 5.200,00 per sinistro.
 5. **Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore – folgorazione** - Nel caso di ricovero dell'assicurato in istituto di cura, a seguito di diagnosi di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € 5.200,00 per sinistro.
 6. **Incremento indennità in caso di perdita dell'anno scolastico** - Qualora, l'infortunio, a causa dell'entità delle lesioni, determini l'impossibilità di frequentare lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporti la perdita dell'anno scolastico, al soggetto assicurato è corrisposto un indennizzo incrementato del 20%.

Art. 19 - FRANCHIGIE

□ **Franchigia assoluta per "Invalidità Permanente"(Art. 18 b)**

Resta tuttavia convenuto che:

Con riferimento alle Opzioni Obbligatorie, "Opzione 1A", "Opzione 1B" ed "Opzione 1C" in caso di infortunio, liquidabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- La Società non corrisponderà alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado pari od inferiore al 7% della totale. Qualora l'Invalidità Permanente risultasse superiore al 7% della totale l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Con riferimento alle "Opzioni Facoltative Generiche e Specifiche"

- La Società non corrisponderà alcun indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado pari od inferiore al 5% della totale con le seguenti precisazioni:
- Qualora l'invalidità permanente risultasse superiore al 15% della totale l'indennizzo verrà corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia;

- ❑ **Franchigia per “Spese Mediche da Infortunio” (con ricovero (Art. 18 c) e senza ricovero (Art 18 d))**
Si conviene che il rimborso delle spese mediche da infortunio verrà effettuato previa detrazione delle seguente franchigie:

OPZIONE 1 – Obbligatoria:

- Spese Mediche Ospedaliere – Art. 18 Punto c): Franchigia di Euro 150,00 per evento;
- Spese Mediche Senza Ricovero – Art. 18 Punto d): Franchigia di Euro 100,00 per evento.

OPZIONE 2 – Facoltative:

- Spese Mediche Ospedaliere – Art. 18 Punto c): Franchigia di Euro 150,00 per evento;
- Spese Mediche Senza Ricovero – Art. 18 Punto d): Franchigia di Euro 100,00 per evento.

Dette franchigie sono elevate ad Euro 350,00 per gli infortuni che dovessero colpire gli Assicurati di età superiore a 75 Anni indipendentemente dall’opzione di assicurazione.

- ❑ **Franchigia “Diaria da Ricovero”(Art. 18 e)**

Si conviene che la Società corrisponde all’Assicurato l’indennità giornaliera pattuita a partire dal quarto giorno successivo al ricovero.

Art. 20 - PROVA

Colui il quale richiede l’indennità deve provare l’esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l’Assicurato sinistrato.

Art. 21 - MODALITÀ PER LA LIQUIDAZIONE DEGLI INDENNIZZI

La liquidazione dell’indennizzo avrà luogo a guarigione avvenuta, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale, debitamente quietanzati (notule, ricevute, ticket, fatture).

Qualora l’Assicurato fruisca di prestazioni analoghe a quelle previste dalla presente polizza da parte di altri enti (Servizio Sanitario Nazionale, Compagnie di Assicurazioni), la presente assicurazione assumerà carattere integrativo, per cui la Società sarà tenuta al rimborso della sola eventuale eccedenza, fino alla concorrenza della somma assicurata.

Le indennità ed i rimborsi vengono corrisposti in Italia in valuta italiana o in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all’Unione Europea, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l’Assicurato ha sostenuto le spese.

Art. 22 - PAGAMENTO DELL’INDENNIZZO

Valutato il danno, verificata l’operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società deve provvedere al pagamento dell’indennizzo entro 30 giorni.

Art. 23 - MASSIMALE CATASTROFALE

Resta espressamente convenuto che, nel caso di evento che colpisce più persone assicurate, in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire un indennizzo complessivo superiore a **€ 5.000.000,00**.

Qualora il suddetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente fra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

Art. 24 - CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, nonché su causa, natura e conseguenze dell’infortunio sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell’Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell’Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E’ data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l’opportunità, l’accertamento definitivo dell’Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull’indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo. Sin d’ora, pertanto, le Parti rinunciano a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali.

Art. 25 - ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI

Il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio l’indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette ed esclusive causate dall’infortunio così come previsto all’art.17 – Criteri di Indennizzo.

NORME CHE REGOLANO LA RESPONSABILITA' CIVILE**Art. 26 - ASSICURATI**

Con il termine "Assicurato" si intendono: le P.G.S. - POLISPORTIVE GIOVANILI SALESIANE, le sue articolazioni periferiche ed i propri soci (così come previsto dallo Statuto).

Per soci si intendono: Gli Atleti, i Giocatori e/o Allenatori, gli Iscritti e/o facenti parte dell'Associazione Sportiva nonché i Presidenti e gli Organi Dirigenti delle Associazioni Sportive Contraenti, i Tecnici, gli Ufficiali di gara iscritti all'Albo Nazionale della Contraente e tutto il personale addetto come risultante dai documenti della Contraente.

Art. 27 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, nel limite dei massimali previsti dalla combinazione prescelta, risponde delle somme che l'Assicurato, in regola con il pagamento della polizza, sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), per danni involontariamente causati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali, in conseguenza di un fatto colposo e/o accidentale verificatosi durante la pratica della disciplina Sportiva a carattere dilettantistico ricompresa tra quelle indicate in polizza.

L'assicurazione opera a condizione che tutte le attività oggetto di copertura vengano svolte secondo le modalità, i tempi e nelle strutture o nei luoghi previsti dai regolamenti, dai calendari o dagli accordi del P.G.S., e/o dei suoi Centri Regionali, Provinciali, Comunali, Delegati di Città (ove previsti) e/o delle singole Associazioni affiliate al P.G.S., purché definiti in data certa ed antecedente all'evento che ha generato la richiesta di risarcimento.

Relativamente alle attività/discipline sportive si precisa che si intendono compresi gli allenamenti, nonché le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara od allenamento ufficiale. L'assicurazione si intende altresì operante in occasione dell'espletamento delle attività proprie della qualifica di tecnico o dirigente rivestita nell'ambito dell'organizzazione sportiva del P.G.S., dei Centri Regionali, Provinciali, Comunali e/o delle singole Associazioni Affiliate. Con riferimento agli allenamenti (compresi quelli svolti in forma individuale) si precisa che gli stessi, ai fini della validità della copertura, dovranno essere previsti, disposti e autorizzati nonché svolgersi sotto il controllo tecnico-organizzativo del P.G.S., anche per il tramite dei suoi organismi periferici, e/o delle singole Associazioni affiliate al P.G.S..

In tal caso, ai fini dell'ammissione di una qualsiasi richiesta di risarcimento danni al beneficio assicurativo, la relativa denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa.

L'assicurazione è prestata inoltre per la responsabilità civile derivante all'Contraente/Assicurato anche nella sua qualità di:

- a) esercente una Associazione/Federazione sportiva Dilettantistica;
- b) organizzatore Attività, Manifestazioni sportive in genere; nel caso di eventi e manifestazioni con un numero di partecipanti a vario titolo superiore a 1000 il Contraente s'impegna a comunicare alla Società, anche a consuntivo, le seguenti informazioni: Tipologia di manifestazione, Ubicazione, Data/periodo, Strutture utilizzate, numero previsto di partecipanti, misure di sicurezza (accesso controllato, uscite di sicurezza, n. persone addette alla sicurezza, procedure di prima assistenza). La comunicazione dovrà pervenire alla Società entro la data di scadenza della polizza.
- c) proprietario e/o conduttore e/o esercente di fabbricati vari, delle attrezzature, degli impianti e del materiale necessario per lo svolgimento della disciplina sportiva dilettantistica.

L'assicurazione comprende anche:

- la responsabilità civile imputabile all'Assicurato per danni cagionati a terzi nella sua veste di committente di operazioni, lavori e/o servizi connessi alle attività cui si riferisce l'assicurazione ed affidati a terzi. Ad esclusione
- i danni derivanti da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza.
- i danni relativi alla proprietà, manutenzione e/o installazione di cartelli pubblicitari, striscioni, insegne luminose o di qualsiasi altro materiale pubblicitario.
- i danni al materiale, alle attrezzature ed alle strutture sportive concesse in uso alla Contraente, sempreché le cose danneggiate siano di proprietà di terzi. La presente estensione di garanzia è prestata nell'ambito del massimale di polizza e fino alla concorrenza del 10% del massimale stesso, previa applicazione di una franchigia fissa di Euro 1.000,00 (mille) per ogni singolo sinistro con l'intesa che l'Assicurato non potrà, sotto pena di decadenza del diritto al risarcimento, farlo assicurare da altro Assicuratore.

L'assicurazione è operante anche nel caso sussista negligenza, imprudenza o colpa grave, nonché per la Responsabilità Civile che possa derivare al Contraente/Assicurato da fatto doloso di persone delle quali e/o con le quali debba rispondere.

Art. 28 - NON SONO CONSIDERATI TERZI

Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione RCT:

- a) Il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- b) Le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio;
- c) Le Associazioni/Federazioni Contraenti.

Art. 29 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Società o all'Intermediario, cui la polizza è assegnata, entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 C.C.).

Art. 30 - ESCLUSIONI

Sono esclusi i danni:

- a) alle cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo o destinazione, salvo quanto espressamente previsto all'art. 27 (danni al materiale, alle attrezzature ed alle strutture sportive concesse in uso alla Contraente) ed ad eccezione dei danni a cose di Terzi causati da incendio di cose di sua proprietà o da lui detenute. La garanzia viene prestata nell'ambito del massimale di polizza con il limite del 30% del massimale stesso
- b) derivanti dalla proprietà, possesso ed uso di natanti e di aeromobili;
- c) cagionati da opere ed installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori;
- d) cagionati da prodotti o cose in genere dopo la consegna a Terzi e/o la loro messa in circolazione ai sensi del DPR del 24.05.1988 n. 224;
- e) da furto;
- f) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- g) da interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- h) cagionati alle opere in costruzione, alle opere sulle quali o nelle quali si eseguono i lavori;
- i) alle cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- j) a condutture ed impianti sotterranei in genere, a fabbricati ed a cose in genere, dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazione del terreno da qualsiasi causa determinati;
- k) derivanti da spargimento di acque o rigurgiti di fogne, salvo che siano conseguenti a rotture accidentali di tubazioni o condutture, nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio ed in genere insalubrità dei locali;
- l) cagionati da veicoli a motore in genere per i quali, in conformità alle norme della legge 24 dicembre 1969 n. 990, e del relativo regolamento di esecuzione approvato con DPR n. 973 del 24 novembre 1970 e delle successive modifiche, l'assicurazione deve essere prestata con polizza Responsabilità Civile Veicoli a Motore.
- m) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- n) derivanti dalla detenzione e/o uso di esplosivi;
- o) di qualunque natura, comunque occasionati, direttamente od indirettamente derivanti, seppur in parte, dall'esposizione e/o contatto con l'asbesto, l'amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'asbesto o l'amianto;
- p) conseguenti a responsabilità derivanti da campi elettromagnetici;
- q) derivanti da scioperi, tumulti, sommosse, atti vandalici, di terrorismo e di sabotaggio;
- r) per responsabilità professionali dell'Assicurato.
- s) danni provocati da molestie e/o abusi sessuali o psico-fisici.

Limitatamente alle **Entità assicurate** (intendendo per tali le P.G.S., le Articolazioni Periferiche nonché le singole Associazioni Sportive aderenti) sono altresì esclusi i danni avvenuti o occorsi durante gli spostamenti o le trasferte effettuati con qualsiasi mezzo di trasporto (rischio itinere).

Art. 31 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 32 - PLURALITÀ DI ASSICURATI

Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta ad ogni effetto unico anche in caso di corresponsabilità di più assicurati fra loro.

Art. 33 - RESPONSABILITÀ TRA ASSICURATI – NOVERO DEI TERZI

Ferme le precedenti esclusioni, l'assicurazione copre la responsabilità personale degli Assicurati, compresa la responsabilità civile degli allenatori, istruttori, dei Tecnici, degli Ufficiali di gara e degli addetti all'Associazione Sportiva nell'esercizio dell'attività svolta per conto della medesima.

La Società rinuncia al diritto di surroga nei loro confronti entro il limite del massimale previsto per sinistro che resta, comunque, ad ogni effetto unico anche nel caso di corresponsabilità di tutti gli Assicurati.

Gli Assicurati sono considerati terzi tra loro fatta eccezione per gli Associati in attività diversamente abili, per i quali le Parti concordano di non considerarli terzi tra loro.

Art. 34 - FRANCHIGIA

Le garanzie tutte della presente polizza, sono prestate con una franchigia minima fissa di **Euro 350,00 (trecentocinquanta)** per ogni singolo sinistro con l'intesa che l'Assicurato non potrà, sotto pena di decadenza del diritto al risarcimento, farlo assicurare da altro Assicuratore.

Restano fermi gli altri scoperti e franchigie previsti dalle "Condizioni" tutte di polizza. Qualora coesistano più scoperti e/o franchigie le stesse verranno sommate alla presente.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA**Art. 35 - ASSICURATI**

Con il termine "Assicurato" si intendono, a titolo esemplificativo e non esaustivo: Atleti, Giocatori e/o Allenatori, Iscritti e/o facenti parte dell'Associazione/Federazione sportiva dilettantistica P.G.S. nonché Presidenti e Organi Dirigenti delle Associazioni Sportive Contraenti, i Tecnici, gli Ufficiali di gara iscritti all'Albo Nazionale della Contraente, e tutto il personale addetto come risultante dai documenti della Contraente per i quali le sedi periferiche abbiano provveduto ad inoltrare all'intermediario cui è assegnata la polizza, le generalità e l'opzione facoltativa prescelta nonché abbiano provveduto al versamento del relativo premio previsto.

Art. 36 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

La Società si obbliga a garantire, secondo le modalità ed i limiti precisati, le prestazioni di seguito indicate:

A. Medico on line 24 ore su 24

Il Servizio Medico della Centrale Operativa è a disposizione, 24 ore su 24, per rispondere ad ogni richiesta di consulenza medica e fornire ogni tipo d'informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere le informazioni necessarie.

B. Trasporto in Autoambulanza in Italia

La Centrale Operativa qualora l'Assicurato necessita di un trasporto in autoambulanza, organizza il trasferimento inviando direttamente l'autoambulanza. Le spese di trasporto sono a carico della società sino ad un massimo di 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

Questa prestazione è fornita 3 volte durante l'anno di validità della copertura.

Resta inteso che la Società non potrà in alcun caso sostituirsi agli organismi ufficiali di soccorso né assumere le eventuali spese.

C. Emergenza medica in Italia

La Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato in Italia, 24 ore su 24, il proprio Servizio Medico che garantisce l'immediata disponibilità di medici pronti ad intervenire al momento della richiesta da parte dell'Assicurato.

Dopo un primo consulto telefonico con il Servizio Medico, sarà inviato il medico presso l'Assicurato. Qualora le circostanze lo richiedano o in caso d'indisponibilità immediata di un medico convenzionato, la Centrale Operativa organizza il trasferimento, in autoambulanza, del paziente nel più vicino pronto soccorso. I costi dell'intervento sono a carico della Società.

D. Segnalazione di un medico specialista all'estero

Se a seguito di un consulto medico telefonico è necessario che l'Assicurato sia visitato da uno specialista, la Centrale Operativa segnalerà un medico nella zona in cui l'Assicurato si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. Sono a carico dell'Assicurato tutte le spese e l'onorario dello specialista.

E. Monitoraggio del ricovero ospedaliero all'estero

Se l'Assicurato è ricoverato, il Servizio Medico di Centrale Operativa è a disposizione, come punto di riferimento, per eventuali comunicazioni e aggiornamenti sul decorso clinico da dare ai familiari dell'Assicurato.

F. Viaggio di un familiare all'estero

Se l'Assicurato è ricoverato a seguito di malattia o infortunio ed i medici ritengono che non possa essere dimesso o non sia trasferibile prima di 5 giorni, la Centrale Operativa organizza il viaggio andata e ritorno di un familiare residente in Italia, mettendo a disposizione il mezzo ritenuto più idoneo (aereo classe economica, treno prima classe o altro mezzo), per recarsi presso il paziente. La scelta del mezzo di trasporto è ad insindacabile giudizio della Società.

La Società tiene a proprio carico il costo del biglietto oltre alle spese di pernottamento del familiare, fino ad un ammontare di € 100,00 al giorno e per un massimo di 5 giorni. La prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente sul posto un altro familiare maggiorenne.

G. Rientro della salma dall'estero

In caso di decesso dell'Assicurato durante il viaggio, la Centrale Operativa organizzerà il rientro della salma fino al luogo d'inumazione in Italia, espletando le necessarie formalità nel luogo del decesso. Il trasferimento è eseguito secondo le norme internazionali in materia; la Società tiene a carico i relativi costi escluse le spese relative alla cerimonia funebre e all'inumazione.

Se le disposizioni di legge del luogo impediscono il trasferimento della salma verso l'Italia, o l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa mette a disposizione, di un familiare residente in Italia, un biglietto di viaggio andata e ritorno per presenziare alle esequie. La scelta del mezzo di trasporto ritenuto più idoneo è ad insindacabile giudizio della Società. Il costo del biglietto è a carico della Società.

H. Rientro del convalescente dall'estero

La Centrale Operativa organizza il rientro dell'Assicurato, con il mezzo più appropriato, al momento delle dimissioni dall'istituto di cura, qualora lo stesso non sia in grado di rientrare al domicilio con il mezzo inizialmente previsto. Le relative spese sono a carico della Società.

I. Prolungamento del soggiorno all'estero

Qualora lo stato di salute dell'Assicurato, a fronte di regolare certificato medico, non gli consenta di intraprendere alla data prestabilita il viaggio di rientro al domicilio, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il pernottamento in albergo. La Società terrà a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione, fino ad un ammontare di € 150,00 al giorno e per un massimo di 5 giorni.

L. Rientro anticipato dall'estero

La Centrale Operativa organizza il rientro anticipato dell'Assicurato, in seguito a decesso o ricovero ospedaliero con imminente pericolo di vita, avvenuto in Italia, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente, figli, fratelli, sorelle, genitori, suoceri, generi, nuore. La scelta del mezzo di trasporto è a insindacabile giudizio della Società. Il costo del biglietto è a carico della Società fino ad un massimo di € 1.500 per Assicurato.

M. Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora l'Assicurato all'estero necessiti di medicinali, registrati in Italia, indispensabili al proseguimento di una terapia in corso, non reperibili in loco né sostituibili con medicinali locali, considerati equivalenti dal Servizio Medico della Centrale Operativa, quest'ultima provvederà, nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali, al loro invio. Sono a carico della Società i costi di spedizione mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà fornire la prescrizione medica anche tramite fax.

N. Interprete all'estero

La Centrale Operativa qualora sia necessario, a seguito di ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero, o in caso di arresto o di minaccia di arresto in seguito a incidente stradale, e limitatamente ai paesi ove esistano propri corrispondenti, provvederà ad inviare un interprete sul posto. La Società terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 750,00 per sinistro.

O. Legale a disposizione all'estero

Qualora l'Assicurato all'estero, in caso di arresto o minaccia di arresto in seguito a incidente stradale, necessiti di assistenza legale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un legale. La prestazione è operante nei paesi ove esistano propri corrispondenti ed il costo del legale è a carico dell'Assicurato.

P. Anticipo spese di prima necessità all'estero

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese impreviste conseguenti a malattia, infortunio, furto, rapina, scippo, mancata consegna del bagaglio, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare un anticipo di denaro all'Assicurato stesso fino ad un importo di € 5.000,00. La prestazione sarà operante quando la Centrale Operativa avrà ricevuto adeguate garanzie bancarie ritenute tali ad insindacabile giudizio della Società. L'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa il motivo della richiesta, la cifra necessaria, il suo attuale recapito e le indicazioni bancarie che consentono di verificarne la solvibilità.

Resta inteso che l'Assicurato dovrà restituire l'importo anticipato entro 30 giorni di calendario dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine la Società potrà richiedere anche i relativi interessi al corrente tasso bancario. La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Società e se l'Assicurato non sia in grado di fornire adeguate garanzie bancarie di rimborso ritenute tali ad insindacabile giudizio della Società.

La prestazione non è altresì operante in quei casi in cui l'espletamento della medesima contravvenisse alle norme vigenti in materia valutaria.

Q. Anticipo cauzione penale all'estero

Qualora l'Assicurato che si trova all'estero debba versare una cauzione per ottenere la libertà provvisoria, la Centrale Operativa si impegna ad anticiparne l'importo fino a concorrenza di € 30.000,00 contro opportuna garanzia bancaria fornita dall'Assicurato e ritenuta tale ad insindacabile giudizio della Società.

Tale somma dovrà essere rimborsata:

- in caso di assoluzione o non luogo a procedere, non appena la cauzione venga restituita;
- in caso di condanna, entro i 15 giorni successivi alla esecutività della sentenza.

In ogni caso, la somma dovrà essere rimborsata entro 3 mesi dalla messa a disposizione

L'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa il motivo della richiesta, la cifra necessaria, il suo attuale recapito e le indicazioni bancarie che consentono alla Società di verificarne la solvibilità; trascorso tale termine, la Società potrà richiedere anche i relativi interessi.

La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Società e se l'Assicurato non sia in grado di fornire adeguate garanzie bancarie di rimborso, ritenute tali ad insindacabile giudizio della Società. La prestazione non è altresì operante in quei casi in cui l'espletamento della medesima contravvenisse alle norme vigenti in materia valutaria.

La prestazione non è valida per fatti inerenti al commercio e spaccio di stupefacenti o droghe nonché per la partecipazione dell'Assicurato a manifestazioni politiche.

R. Trasmissione messaggi urgenti

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone residenti in Italia, la Centrale Operativa provvederà all'inoltro di tali messaggi, senza responsabilità alcuna circa il contenuto dei messaggi trasmessi.

S. Spese di soccorso e di ricerca

In caso di infortunio, la Società rimborsa le spese documentate di soccorso e di ricerca, in mare e montagna, svolte da organismi o enti ufficiali, fino ad un massimo di € 2.500,00.

Art. 37 - DELIMITAZIONI

Se l'Assicurato non usufruisce di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione. Per qualsiasi richiesta di informazione l'Assicurato deve rivolgersi direttamente alla Centrale Operativa, restando inteso che il Contraente è esente da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine alle prestazioni dell'assicurazione. La Centrale Operativa non è responsabile per ritardi o impedimenti che possano insorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di assistenza, in caso di interventi dell'Autorità locali che vietino l'intervento ovvero dovuti a cause di forza maggiore.



Art. 38 - MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

In caso di necessità durante il viaggio/soggiorno, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno ai numeri:

Linea Verde dedicata dall'Italia: 800.012246

Linea nera dall'estero: +39. 039.6554.6020

Indicando:

1. Nome e Cognome
2. Dati del Contraente o numero di polizza
3. Il luogo in cui si trova
4. Il numero di telefono o fax dove può essere contattato
5. L'indirizzo del suo domicilio e/o residenza
6. Prestazione richiesta

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

Gli operatori specializzati sono a disposizione dell'Assicurato, pronti ad intervenire o ad indicargli la procedura più idonea per risolvere nel migliore dei modi ogni problema, oltre ad autorizzare eventuali spese.

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

Resta inteso che nel caso di servizi all'estero alla tempistica prevista dovranno essere aggiunti eventuali giorni festivi e dovrà anche essere considerato l'adeguamento al fuso orario locale.

Obblighi dell'assicurato

L'Assicurato libera dal segreto professionale, per i sinistri oggetto della presente Assicurazione, i medici che l'hanno visitato o curato dopo od anche prima del sinistro, nei confronti della Società e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni anche se abbia iniziato le pratiche per la rilevazione del danno, ovvero abbia effettuato la liquidazione od il pagamento della indennità.

A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti potrà farlo non appena ne sarà in grado.

NORME COMUNI

Art. 39 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione è valida nel mondo intero, fatto salvo quanto di seguito precisato.

Limitatamente alle **Entità Assicurate** l'assicurazione di Responsabilità Civile verso Terzi si intende valida ed operante nei soli paesi Europei.

Art. 40 - DENUNCIA GENERALITÀ ASSICURATI - COMUNICAZIONE DELLE PERSONE DA ASSICURARE IN CORSO D'ANNO E REGOLAZIONE PREMIO

Relativamente alla "OPZIONE 1 – Obbligatorie, la Società presta le coperture assicurative relative ai rischi e massimali e/o capitali previsti dalle stesse, alternativamente per una sola delle seguenti opzioni:

- o Opzione 1 A) "Tesserati";
- o Opzione 1 B) "Tesserati Arbitri";

a favore degli iscritti al P.G.S. e per i quali le singole sedi periferiche abbiano provveduto ad inoltrare preventivamente domanda di tesseramento.

Le garanzie tutte di polizza decorrono dalle ore 24,00 del giorno di tesseramento (comunque non prima del 31 Agosto di ogni anno) e scadono improrogabilmente il 31. Agosto dell'anno successivo.

Per le OPZIONI 1 – Obbligatorie, la Contraente è esonerata dall'obbligo di comunicare i nominativi degli Assicurati, che saranno comunque a disposizione della Società, che potrà richiederli in qualsiasi momento. A tale scopo si farà comunque riferimento alle registrazioni della Contraente stessa, che si impegna sin da ora, anche in nome e per conto delle Società/Associazioni affiliate, a favorire qualsiasi richiesta di verifica e/o controllo da parte della Società Assicuratrice o di soggetti dalla stessa all'uopo incaricati.

Relativamente alle "OPZIONI 2 – Facoltative Generiche e Specifiche", la Società si impegna a prestare le coperture assicurative relative ai rischi e massimali e/o capitali previsti dalle "OPZIONI 2 – Facoltative", a favore degli "Associati in attività" al P.G.S. e per i quali lo stesso P.G.S. abbia preventivamente provveduto ad inoltrare alla Società o all'Agenzia cui è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker, la richiesta di copertura riportante per ciascun aderente, le generalità complete e l'opzione facoltativa prescelta.

Le comunicazioni dovranno essere effettuate **esclusivamente tramite Janua Broker** in modalità telematica mediante l'utilizzo della piattaforma on-line operativa 24 ore su 24 messa a disposizione dalla Società.

L'adesione delle singole PGS avverrà a mezzo di apposito modulo (pubblicato sul sito www.pgsitalia.org) che sarà inviato via fax o via e-mail alla Janua Broker spa.

La Janua provvederà ad inoltrare il modulo di adesione tramite la piattaforma telematica messa a disposizione dalla Società per la regolare copertura dei rischi.

Le coperture assicurative per le singole inclusioni facoltative (nuove adesioni e rinnovi di polizze scadute), **decorreranno quindi dalle ore 24:00 del giorno di richiesta di copertura on line tramite la piattaforma e cesseranno improrogabilmente al successivo 31.08 di ciascun anno.**

Al termine del periodo di assicurazione la Società emetterà un documento riepilogativo unico relativamente alle inclusioni facoltative avvenute in corso d'anno specificando gli elementi salienti delle coperture. (numero degli assicurati, l'opzione prescelta ed il premio complessivamente incassato).

Art. 41 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

Art. 42 - EFFETTO, COPERTURA, REGOLAZIONE, DETERMINAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

Art. 43 - COMBINAZIONI DI GARANZIA- SOMME ASSICURATE – CONDIZIONI DI PREMIO

Il singolo Assicurato è garantito nel limite della "Combinazione di Garanzia" prescelta dalla Contraente o dallo stesso Assicurato, per le polizze facoltative, nei limiti dei Capitali e/o massimali previsti ed indicati nell'Allegato n° 1 alla presente polizza.

Art. 44 - NORMA TRANSITORIA (applicabile alle sole "Coperture Obbligatorie").

Preso atto di quanto segue:

- che i rinnovi del tesseramento P.G.S. iniziano l'1 Settembre di ogni anno e che la distribuzione delle tessere avviene nell'arco dei 60 giorni successivi
- che le garanzie della presente polizza cessano per tutti i tesserati alla fine dell'anno sociale P.G.S. e cioè alle ore 24:00 del 31.08 di ogni anno e iniziano alle ore 24:00 del giorno di rilascio della tessera;

Tutto ciò premesso, per evitare che per i tesserati che rinnovano l'iscrizione vi sia un periodo di scopertura, dal 31.08 al giorno di rilascio della tessera, si conviene di mantenere operanti le garanzie in questo periodo purché gli associati dimostrino:

- **di essere stati tesserati P.G.S. nell'anno sociale precedente;**
- **di aver espresso la volontà di rinnovare la tessera "in data certa" antecedente alla data del sinistro.**

Questa norma transitoria ha una validità di 60 giorni, dal 31/08 al 30/10 di ogni anno, sempreché l'Associazione P.G.S. abbia rinnovato il contratto e corrisposto, nei termini previsti, il relativo premio minimo a deposito.



Art. 45 - CLAUSOLA INTERMEDIARIO

Il Contraente dichiara di aver affidato, a norma della Legge 28.11.1984 n. 792 e D.Lgs. 209/2005 e successive modifiche ed integrazioni, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo Janua Broker S.p.A.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società Janua Broker S.p.A., e in particolare:

- Il Broker gestirà per conto del Contraente il contratto sottoscritto, fintanto che tale incarico resti in vigore.
- È fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale revoca dell'incarico al Broker, nonché ogni variazione del rapporto che possa essere di interesse della Società.
- La Società darà preventiva comunicazione al Broker affinché, questi possa, ove lo ritenga, essere presente nel caso in cui intenda procedere ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo presso il Contraente.
- Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso, in caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime. Le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio fatte alla Società avranno efficacia al momento della ricezione della comunicazione all'Impresa stessa.
- La Società, entro e non oltre 30 giorni, provvederà all'emissione dei conseguenti documenti contrattuali e li farà avere al Broker, il quale curerà che il Cliente provveda al perfezionamento degli stessi nonché al pagamento dei relativi premi. Il Broker è responsabile dell'autenticità delle firme apposte sui documenti contrattuali.
- Il Broker si obbliga a trasmettere alla Società entro 2 giorni lavorativi ogni comunicazione della Contraente.
- Le polizze e le appendici emesse dalla Società ed inviate al Broker, dovranno essere restituite alla stessa dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento. Le polizze, le appendici e le quietanze emesse dalla Società, in caso di mancato perfezionamento o incasso, dovranno essere restituite alla stessa.
- Il Broker provvederà a versare alla Società aggiudicataria del servizio assicurativo i premi pagatigli dal Contraente entro il 10° giorno del mese successivo alla data di pagamento ed al netto delle provvigioni spettantigli.
- Nel caso di contratti ripartiti fra più Compagnie il Broker gestirà, nello stesso modo sopra precisato, i rapporti con le Compagnie coassicuratrici.
- Il Broker provvederà ad inviare alla Società di Assicurazione regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
- La Società e/o i suoi incaricati, nei limiti del possibile, condurranno gli accertamenti e la liquidazione in contraddittorio con il Broker. La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

La presente polizza, redatta in tre esemplari, è da valere ad un solo effetto.

Milano, 31.08.2014

Allegato N° 1 - COMBINAZIONI DI GARANZIA – “CAPITALI E MASSIMALI ASSICURATI”

L'assicurazione si intende prestata per le coperture di cui alla Sezione Infortuni e Responsabilità Civile solo per le attività sportive indicate al precedente punto G) e per i seguenti massimali e/o capitali:

OPZIONI 1 – OBBLIGATORIE

La garanzia Responsabilità Civile per le Combinazioni delle Opzioni 1 - Obbligatorie, escludono tutti i danni causati e/o subiti da Cicli, Motocicli, Veicoli in genere, Cani e/o Cavalli o da qualsiasi altro animale, verificatisi in occasione della pratica della disciplina sportiva praticata. Quanto sopra salvo espressa deroga contrattuale.

Combinazione 1 PGS)

Il P.G.S. POLISPORTIVE GIOVANILI SALESIANE, in breve P.G.S., le sue articolazioni periferiche nonché i Presidenti e gli Organi Dirigenti e Direttivi del P.G.S. e delle singole Associazioni Sportive Aderenti sono sempre assicurati a fronte del pagamento del premio annuo forfettario convenuto non soggetto a conguaglio, per il solo rischio della Responsabilità civile verso terzi nei termini previsti in polizza fino alla concorrenza dei massimali di seguito indicati.

GARANZIA - Responsabilità Civile Terzi	MASSIMALI	Limitazioni e Precisioni
P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane inclusi il Presidente e gli Organi Dirigenti e Direttivi	Euro 2.000.000,00	Franchigia Euro 350,00
Articolazioni periferiche (Sezioni Provinciali - Associazioni Affiliate) inclusi i Presidenti e gli Organi Dirigenti e Direttivi	Euro 2.000.000,00	Franchigia Euro 350,00

Combinazioni 1A) e 1B)

Per le opzioni 1A) e 1B), ovvero “**Tesserati P.G.S.**”, “**Tesserati P.G.S. Arbitro**” è prevista una unica combinazione di garanzie come di seguito indicata e pertanto sono assicurati, previo pagamento del premio convenuto, tutti gli Associati alla P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane in base alla loro qualifica.

GARANZIE	MASSIMALI	Limitazioni e Precisioni
Morte	Euro 80.000,00	=====
Invalità Permanente	Euro 80.000,00	Franchigia 7% assoluta. “ Tabella Lesioni ” di cui all’Allegato “A” del D.P.C.M. 3 novembre 2010.
Spese Mediche Ospedaliere – Art. 18 Punto c)	Euro 750,00	Franchigia Euro 150,00
Spese Mediche senza ricovero.– Art. 18 Punto d)	Euro 500,00	Franchigia Euro 100,00
Diaria da Ricovero	Escluse	=====
Diaria Gesso post ricovero	Esclusa	=====
Diaria Gesso	Esclusa	=====
Prestazioni di Assistenza	Comprese	Come indicate in polizza
Responsabilità Civile Terzi	Euro 1.000.000,00	Franchigia Euro 350,00

OPZIONI 2 – FACOLTATIVE

È in facoltà della Contraente, “P.G.S.”, assicurare tutti i singoli “**Tesserati**” per una delle forme facoltative “**Generiche**” o “**Specifiche**” di seguito previste.

La Società si impegna, pertanto, a prestare le garanzie assicurative previste dalle Opzioni Facoltative a favore dei tesserati al P.G.S. e per i quali lo stesso abbia preventivamente provveduto ad inoltrare alla Società o all’Agenzia cui è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker, la richiesta di copertura riportante per ciascun aderente, le generalità complete e l’opzione facoltativa prescelta.

Le comunicazioni dovranno essere effettuate **esclusivamente tramite Janua Broker** in modalità telematica mediante l’utilizzo della piattaforma on-line operativa 24 ore su 24 messa a disposizione dalla Società.

L’adesione delle singole PGS avverrà a mezzo di apposito modulo (pubblicato sul sito www.pgsitalia.org) che sarà inviato via fax o via e-mail alla Janua Broker spa.

La Janua provvederà ad inoltrare il modulo di adesione tramite la piattaforma telematica messa a disposizione dalla Società per la regolare copertura dei rischi.

Le coperture assicurative per le singole inclusioni facoltative (nuove adesioni e rinnovi di polizze scadute), **decorreranno quindi dalle ore 24:00 del giorno di richiesta di copertura on line tramite la piattaforma e cesseranno improrogabilmente al successivo 31.08 di ciascun anno.**

Si precisa che:

- con l’adesione ad una delle combinazioni facoltative previste, gli assicurati beneficeranno delle nuove prestazioni riferite alla combinazione prescelta che **non saranno cumulate con quelle della polizza obbligatoria.**
- A parziale deroga di quanto disposto dall’articolo 13 “Norme che regolano l’assicurazione infortuni”, limitatamente alle Opzioni Facoltative (Generiche o Specifiche), le garanzie della sezione infortuni ed Responsabilità Civile, sono valide anche durante gli allenamenti individuali o all’esterno delle strutture delle P.G.S. Polisportive Giovanili Salesiane. Ai fini della validità della copertura, detti allenamenti, dovranno comunque essere, previsti, disposti e autorizzati dalle P.G.S., anche per il tramite dei suoi organismi periferici e/o delle singole Associazioni affiliate alle P.G.S..

Spetterà pertanto ai soggetti summenzionati, provare la piena operatività della copertura, attraverso la tenuta in forma cartacea di appositi registri, calendari o documenti, dai quali risultino gli inserimenti, in ordine cronologico (predisposti e definiti in data certa antecedente la data dell'infornuto), delle autorizzazioni richieste per gli allenamenti svolti in forma individuale.

I registri devono contenere dati certi, non verranno pertanto ammessi spazi lasciati in bianco, cancellazioni e/o correzioni. In caso di modifica sulla programmazione inserita, occorrerà vidimare la correzione mediante timbro e firma del responsabile della Società Sportiva. La Società potrà in qualsiasi momento effettuare controlli e verifiche sulla corretta tenuta di tale documentazione.

- Le polizze facoltative possono essere stipulate solo da tesserati P.G.S..

Generiche

La garanzia tutte delle seguenti Combinazioni dell'Opzione 2 Generiche, non sono valide per le discipline sportive del Ciclismo, del Equitazione e delle attività Cinofile assicurabili con le Opzioni Specifiche.

Garanzie	Facoltativa UNO Bronze	Facoltativa DUE Silver	Facoltativa TRE Gold	Limitazioni e Precisazioni
Morte	80.000,00	100.000,00	150.000,00	---
Invalità Permanente	80.000,00	100.000,00	150.000,00	Franchigia 5 % Eliminata al 15% "Tabella INAIL"
Spese Mediche Ospedaliere Art. 18 Punto c)	3.000,00	4.000,00	5.000,00	Franchigia Euro 150,00
Spese mediche senza ricovero – Art. 18 Punto d)	600,00	800,00	1.000,00	Franchigia Euro 100,00
Diaria da Ricovero Art. 18 Punto e)	50,00	60,00	80,00	Frg. 3 giorni. Max 90 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso post Ricovero – Art. 18 Punto f)	25,00	30,00	40,00	Massimo 30 giorni sinistro/anno
Diaria da Gesso - Art. 18 Punto g)	10,00	25,00	35,00	Massimo 30 giorni sinistro/anno
Prestazioni di Assistenza	Comprese	Comprese	Comprese	Come indicate in polizza
Responsabilità Civile Terzi (massimale)	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	Franchigia Euro 350,00

Specifiche

“Sport ed Attività Cinofile”

1. Capitali e massimali assicurati

L'assicurazione si intende prestata per le coperture di cui alla Sezione Infortuni, Responsabilità Civile e Assistenza esclusivamente per i Tesserati al P.G.S. in qualità di proprietario e/o conduttore di un cane (Identificato da: Nome del cane, Razza, età, n. del tatuaggio o microcip) fino alla concorrenza dei massimali e/o capitali previsti dall'Opzione Specifica – “**Sport ed Attività Cinofile**”, di seguito indicata ed espressamente prescelta dal Contraente/Assicurato secondo le modalità previste dalle condizioni di polizza all'atto dell'Adesione.

2. Danni arrecati dai Cani

Ad modifica ed integrazione delle condizioni di polizza, relativamente a tutti gli Sport ed Attività Cinofile, che a titolo esemplificativo ma non limitativo includono oltre alla proprietà ed uso anche attività quali: Utilità e difesa- Agility- Obedience- Rally Obedience (RALLY-O) - Tana- Lavoro su Bestiame – Huntering – FlyBall - Dog Dance – Cinathlon - Cittadino a 4 zampe - Pet Therapy e cani da assistenza- Protezione Civile- Rieducazione Comportamentale, si conviene quanto segue.

La garanzia di responsabilità civile verso terzi è prestata a favore dell'Assicurato nella qualità di proprietario e/o utilizzatore un cane (Identificato all'atto dell'adesione indicando: Nome del cane, Razza, età, n. del tatuaggio o microcip) durante le la pratica di qualsiasi attività comprese quelle sportive, assistenziali, civili e sociali.

La garanzia è operante 24 ore su 24.

La presente garanzia si intende prestata con una franchigia pari ad € 350,00 per ogni sinistro.

Garanzie	Facoltativa Cinofili	Limitazioni e Precisazioni
Infornuti del proprietario del Cane		
Morte	100.000,00	---
Invalità Permanente	100.000,00	Franchigia 5 % Eliminata al 15% "Tabella INAIL"
Spese Mediche Ospedaliere – Art. 18 Punto c)	4.000,00	Franchigia Euro 150,00
Spese Mediche senza ricovero– Art. 18 Punto d)	800,00	Franchigia Euro 100,00
Diaria da Ricovero: Art. 18 Punto e)	50,00	Frg. 3 giorni. Max 90 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso post Ricovero Art. 18 Punto f)	25,00	Max 30 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso: Art. 18 Punto g)	20,00	Max 30 giorni per sinistro e anno
Prestazioni di Assistenza	Comprese	Come indicate in polizza
Responsabilità Civile Verso Terzi Proprietà ed Uso di cane identificato	Massimale Euro 1.000.000,00	Franchigia Euro 350,00

“Sport Equestri”**1. Capitali e massimali assicurati**

L'assicurazione si intende prestata per le coperture di cui alla Sezione Infortuni, Responsabilità Civile e Assistenza esclusivamente per i Tesserati al P.G.S. per la pratica degli SPORT EQUESTRI, fino alla concorrenza dei massimali e/o capitali previsti dall'Opzione Specifica – “**Sport Equestri**”, di seguito indicata ed espressamente prescelta dal Contraente/Assicurato secondo le modalità previste dalle condizioni di polizza all'atto dell'Adesione.

2. Danni arrecati dai Cavalli

A modifica ed integrazione delle condizioni di polizza, relativamente a tutte le attività equestri, si conviene quanto segue. La garanzia di responsabilità civile verso terzi è prestata a favore dell'Assicurato nella qualità di proprietario ed esercente un cavallo (identificato all'atto dell'adesione indicando nome, età, razza e numero di passaporto FISE,APA.etc) durante la pratica di tutte le specialità equestri, sia in gara che in allenamento con cavalli di proprietà degli Associati al P.G.S.

Qualora il cavallo utilizzato dall'Assicurato fosse di proprietà del P.G.S., delle Società Affiliate e Aggregate la garanzia di responsabilità civile verso terzi si intende estesa ai rischi derivanti alla P.G.S., ai suoi Organi centrali e Periferici ed alla Società Affiliate ed Aggregate nella qualità di organizzatrici e/o di esercenti dell'attività svolta sia in gara che in allenamento dai cavalli.

La garanzia è operante durante:

- gli allenamenti, i concorsi e le manifestazioni sportive;
- i trasferimenti dei cavalli effettuati con mezzi idonei al trasporto e nel rispetto delle norme comuni e sportive.

La presente estensione di garanzia si intende estesa anche ai danni che i cavalli possano arrecare ai soggetti incaricati di provvedere alle cure degli stessi i quali assumono così lo status di terzi.

Non sono viceversa considerati terzi i cavalieri che montano i cavalli.

La presente garanzia si intende prestata con una franchigia pari ad € 350,00 per ogni sinistro.

Garanzie	Facoltativa Equestri	Limitazioni e Precisazioni
Infortuni del Cavaliere		
Morte	100.000,00	---
Invalità Permanente	100.000,00	Franchigia 5 % Eliminata al 15% “Tabella INAIL”
Spese Mediche Ospedaliere – Art. 18 Punto c)	4.000,00	Franchigia Euro 150,00
Spese Mediche senza ricovero– Art. 18 Punto d)	800,00	Franchigia Euro 100,00
Diaria da Ricovero: Art. 18 Punto e)	50,00	Fig. 3 giorni. Max 90 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso post Ricovero Art. 18 Punto f)	25,00	Max 30 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso: Art. 18 Punto g)	20,00	Max 30 giorni per sinistro e anno
Prestazioni di Assistenza	Comprese	Come indicate in polizza
Responsabilità Civile Verso terzi Proprietà ed Uso di cavallo identificato	Massimale Euro 1.000.000,00	Franchigia Euro 350,00

“Ciclismo”**1. Capitali e massimali assicurati**

L'assicurazione si intende prestata per le coperture di cui alla Sezione Infortuni, Responsabilità Civile e Assistenza esclusivamente per i Tesserati al P.G.S. per la pratica del CICLISMO, fino alla concorrenza dei massimali e/o capitali previsti dall'Opzione Specifica – “**Ciclismo**”, di seguito indicata ed espressamente prescelta dal Contraente/Assicurato secondo le modalità previste dalle condizioni di polizza all'atto dell'Adesione.

La presente garanzia si intende prestata con una franchigia pari ad € 350,00 per ogni sinistro

Garanzie	Facoltativa Ciclismo	Limitazioni e Precisazioni
Infortuni del Ciclista		
Morte	100.000,00	---
Invalità Permanente	100.000,00	Franchigia 5 % Eliminata al 15% “Tabella INAIL”
Spese Mediche Ospedaliere – Art. 18 Punto c)	4.000,00	Franchigia Euro 150,00
Spese Mediche senza ricovero.– Art. 18 Punto d)	800,00	Franchigia Euro 100,00
Diaria da Ricovero: Art. 18 Punto e)	50,00	Fig. 3 giorni. Max 90 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso post Ricovero Art. 18 Punto f)	25,00	Max 30 giorni per sinistro e anno
Diaria da Gesso: Art. 18 Punto g)	20,00	Max 30 giorni per sinistro e anno
Prestazioni di Assistenza	Comprese	Come indicate in polizza
Responsabilità Civile Verso terzi – Pratica del Ciclismo	Massimale Euro 1.000.000,00	Franchigia Euro 350,00

Con riferimento alla garanzia Responsabilità Civile Verso Terzi i massimali indicati s'intendono per sinistro e in nessun caso la Società pagherà un massimale superiore a € 2.000.000,00 per ciascun sinistro.