

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

Copertura Assicurativa
Infortuni e Assistenza

Estratto Polizza n. 100.435518



GENERALI
INA Assitalia

SOMMARIO

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

COPERTURA INFORTUNI

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

SEZIONE 5 - SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

SEZIONE 6 - CONDIZIONI DI POLIZZA RELATIVE AI SINGOLI SETTORI ASSICURATI

COPERTURA ASSISTENZA

SEZIONE 7 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA

ALLEGATI

Allegato 1 - Tabella lesioni

Allegato 2 - Elenco Grandi Interventi

Tra la **Federazione Italiana Giuoco Calcio** e la **Compagnia Generali Italia S.p.A.** designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole Contraente e Società, viene stipulato il seguente contratto per la garanzia infortuni ed assistenza dei propri tesserati.

Le prestazioni garantite sono disciplinate dal presente contratto.

Qualunque clausola che, se non migliorativa, dovesse risultare in contrasto con le disposizioni preceptive del Decreto 3 novembre 2010 del Ministero per le politiche giovanili e le attività sportive si intende automaticamente non operante.

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

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI

Assistenza	L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un Sinistro
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e più precisamente i Tesserati e gli Ausiliari ed in particolare: Categoria A) Tesserati Settore Giovanile e Scolastico B) Tesserati "Piccoli Amici" C) Dirigenti società sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico D) Dirigenti e Collaboratori Settore Giovanile e Scolastico E) Allenatori, Massaggiatori e Tecnici
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Ausiliari	Tutte le persone con incarico di sovrintendere, controllare, assistere ed organizzare l'attività per la quale è prestata l'assicurazione, quali allenatori, insegnanti, massaggiatori, medici e tutte le persone componenti lo staff tecnico, dirigenti, accompagnatori, responsabili di attività e servizi e tutti i componenti lo staff dirigenziale ed amministrativo.
Beneficiario	L'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.
Centrale operativa	la struttura della Compagnia, costituita da risorse umane e da attrezzature, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza. E' composta dalla Centrale Telefonica, che riceve le chiamate degli Assicurati e attiva le assistenze, e dalla Rete Esterna che effettua gli interventi sul posto.
Contraente	La Federazione Italiana Giuoco Calcio
Day - Hospital	la degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura.
Franchigia	L'importo prestabilito che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo (la franchigia può essere espressa in giorni o in percentuale).

Frattura	Una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una lesione oppure un'invalidità permanente.
Invalidità Permanente	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Istituto di cura	Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.
Lesione	Ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella in Allegato "A" al Decreto 3 Novembre 2010 Ministero per le Politiche Giovanili e le attività Sportive (G.U. n. 296 del 20/12/2010), purché determinata da infortunio.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Post-ricovero	Periodo di convalescenza successivo al ricovero.
Premio	La somma dovuta alla Società.
Residenza	il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale in Italia
Ricovero	periodo di degenza in istituto di cura. Viene considerata ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purché certificata da cartella clinica
Rimpatrio Sanitario	il trasferimento dell'Assicurato dall'Estero in Italia.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	Il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto.
Trasferimento Sanitario	il trasporto dell'Assicurato ad insindacabile giudizio della centrale Operativa: <ul style="list-style-type: none"> a) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato all'istituto di cura prescelto ed abilitato alle cure del caso; b) dal luogo del sinistro al più vicino ed idoneo istituto di cura; c) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato al proprio domicilio, in caso di dimissione.
Trasporto Sanitario:	l'organizzazione del trasferimento dell'Assicurato con il mezzo più idoneo (ambulanza, treno, aereo di linea, sanitario) ad insindacabile giudizio della centrale operativa.
Trattamento chirurgico:	Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in istituto di cura
Viaggio	Qualunque località al di fuori dell'Italia sia durante i trasferimenti che durante il soggiorno

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Artt. 1 – 18 OMISSIS

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 19 - Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative - senza distinzione di attività - purché rientrante negli scopi della Contraente, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, è la **Tessera Federale nominativa e numerata**.

Art. 20 – Oggetto e operatività dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività dichiarate nei singoli Settori di polizza.

Si intendono, inoltre, considerati infortunio anche:

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

Art. 21 - Infortuni derivanti da colpa grave e da tumulti popolari

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

Art. 22 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dall'Art. 26 - Rischio Volo;
- d) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, hockey, rafting, canoa fluviale, rugby, football americano, paracadutismo e sports aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati o dalla partecipazione a risse o tumulti o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o sportivo;
- i) di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta, non dichiarata;
- l) da guerra, insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- m) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere.

Sono altresì escluse, le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:

- qualora l'ernia risulti operabile, sarà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 33 Controversie - Arbitrato irrituale.

Art. 23 - Persone non assicurabili

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetta da: alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal testo H.I.V., sindrome di immunodeficienza acquisita, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - delle Condizioni Generali di assicurazione.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle affezioni o malattie di cui sopra nel corso del contratto costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Art. 24 - Identificazione delle persone assicurate

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

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

Art. 25 – Beneficiari

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

Art. 26 – Rischio volo

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

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

a) per persona:

€ 1.035.000,00 per il caso di Morte;

€ 1.035.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

b) complessivamente per aeromobile:

€ 5.165.000,00 per il caso di Morte;

€ 5.165.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

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

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

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

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 27 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

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

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

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

La denuncia, firmata dall'Assicurato o suoi aventi causa, deve essere controfirmata dal maggiore esponente della Società Sportiva, che assume, con ciò, la piena responsabilità delle dichiarazioni rese nella denuncia stessa in ordine alle modalità e circostanze di fatto, di tempo e di luogo in cui ebbe a verificarsi il sinistro.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi alle cure di un medico, seguirne le prescrizioni, fornire alla Società e suoi incaricati tutte le notizie che fossero ritenute necessarie alla documentazione della pratica anche senza attendere una esplicita richiesta. L'infortunato, i suoi familiari, gli aventi causa, devono consentire alle visite dei medici della Società ed a qualsiasi indagine che questo ritenga necessaria.

Dopo la denuncia, l'infortunato è tenuto a far pervenire alla Società un dettagliato certificato medico sull'infortunio; in seguito l'infortunato ha l'obbligo di comunicare alla Società, con idonea certificazione medica, tutte le informazioni relative al decorso dell'infortunio ritenute necessarie per la definizione dello stesso.

L'infortunato è obbligato a sottoporsi a tutte le cure prescrittegli dai sanitari per ridurre al minimo le conseguenze delle lesioni.

Entro trenta giorni dalla cessazione delle cure mediche, l'infortunato dovrà presentare alla Società il certificato di guarigione, anche se non richiestogli; tale certificato può essere redatto, come tutti gli altri certificati, su carta semplice dal medico curante.

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

La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio sino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio, come sopra documentato, segnalata alla Società con certificato definitivo. In assenza di certificato di guarigione la validità dell'assicurazione è sospesa sino alla data di prescrizione del sinistro. Ove l'infortunato, autorizzato o non, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, la Società non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

L'Assicurato o i suoi aventi causa decadono da ogni diritto alle prestazioni della Società nel caso di inosservanza delle prescrizioni per l'infortunio riportate nella presente polizza, e del pari decadono da ogni diritto ove fossero incorsi in false o reticenti dichiarazioni.

Art. 28 – Gestione dei sinistri

La Società si impegna a prevedere un ufficio sinistri dedicato con apposito numero verde che dovrà essere gestito internamente alla compagnia e non dovrà essere appaltato a terzi, e dovrà gestire le istruttorie e la liquidazione dei sinistri anche presso sedi territoriali.

Le procedure per la gestione dei sinistri dovranno essere preventivamente concordate con la Contraente.

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

Art. 29 - Liquidazione e pagamento

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

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia in Euro.

Art. 30 - Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi per le prestazioni di Morte, Lesioni o Invalidità Permanente non sono cumulabili tra loro. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennità per invalidità permanente, entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo, l'assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra indennità pagata e quella prevista per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 31 - Esonero denuncia Infermità

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

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

Art. 32 - Responsabilità della Contraente

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

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

Art. 33 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di disaccordo sul nesso casuale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 34 - Criteri di indennizzabilità - a richiesta delle Parti si procederà mediante arbitrato di un Collegio Medico, di cui i due primi componenti saranno designati dalle Parti stesse ed il terzo scelto d'accordo dai primi due componenti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Medico.

Tale Collegio Medico risiede presso l'ispettorato Sinistri della Società geograficamente competente.

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

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento della Lesione o l'accertamento definitivo dell'invalidità ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 34 - Criteri di indennizzabilità

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

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

Art. 35 - Morte

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

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte – se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 36 - Lesioni

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

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

L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma massima assicurata per Lesioni in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull' Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

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

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

La Società corrisponde l'indennizzo nella misura prevista dalla Tabella Lesioni — Allegato 1 al presente contratto, per le lesioni che siano causate da un evento assicurato.

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

Art. 37 - Precisazioni concernenti la garanzia Lesioni

- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato).
- Fratture polifocali o comminute dei medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo per le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomico-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione s'intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco di 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, gli verrà indennizzato un capitale pari a quello spettante per il caso morte.
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro nove mesi dal prodursi dell'evento stesso.

Art. 38 - Morte ed Invalidità Permanente per altre cause

Relativamente alle sole garanzie morte ed invalidità permanente, sono considerati infortunio anche l'infarto cardiaco, l'ictus provocato da emorragia cerebrale, la trombosi cerebrale, l'embolia, la rottura di aneurisma, l'arresto cardiaco-circolatorio (per crisi aritmiche improvvise, gravi bradicardie, sindrome del seno carotideo), le cardiopatie traumatiche (da lesioni non penetranti con conseguente rottura atri e ventricoli, aritmie, insufficienza cardiaca acuta da rottura valvolare, versamento pericardico emorragico), il trauma extratoracico con ipotensione polmonare (da shock) e conseguente ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrome), nonché qualsiasi evento riconducibile alle su indicate patologie, che causino la morte o un'invalidità permanente non inferiore al 60% della totale (grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli

Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio), verificatisi durante l'esercizio dell'attività sportiva, sul campo o entro il limite sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa.

Art. 39 - Virus H.I.V.

Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo a seguito di contagio da virus H.I.V. avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna durante lo svolgimento delle attività inerenti il contratto, l'Assicuratore mette a disposizione dell'Assicurato un capitale equivalente a Euro 16.000,00. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni dell'Assicuratore verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'assicurazione, le persone affette da emofilia e tossicomania, nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro. Il diritto a questa indennità è di carattere personale e, quindi non è trasmissibile agli eredi e deve essere esercitato, a pena di nullità, esclusivamente nelle seguenti forme:

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

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

Art. 40 – Morte presunta

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

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

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

Art. 41 – Coma irreversibile

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

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

SEZIONE 5 - SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 42 - Limitazione della garanzia per sinistri catastrofici

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 5.000.000,00.

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

Artt. 43 – 44 OMISSIS

SEZIONE 6 - CONDIZIONI DI POLIZZA RELATIVE AI SINGOLI SETTORI ASSICURATI

Art. 45 - Soggetti Assicurati

Sono assicurate le seguenti Categorie:

- Settore A - Tesserati Settore Giovanile e Scolastico
- Settore B - Tesserati "Piccoli Amici"
- Settore C - Dirigenti società sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico
- Settore D - Dirigenti e Collaboratori del Settore Giovanile
- Settore E - Allenatori, Massaggiatori, Tecnici

Art. 46 - Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli Infortuni che producano:

- una o più lesioni previste nella Tabella Lesioni come da in Allegato "A" al Decreto 3 Novembre 2010 Ministero per le Politiche Giovanili e le attività Sportive (G.U. n. 296 del 20/12/2010), purché determinata da infortunio;
- la morte.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva, ricreativa e culturale organizzata sotto l'egida della Federazione Italiana Giuoco Calcio (F.I.G.C.), ivi compresi gli allenamenti (anche individuali organizzati e/o disposti dalle Società Sportive regolarmente affiliate), le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale. A titolo esemplificativo la copertura vale anche per la preparazione e gli allenamenti, anche individuali, per corsi e tornei rientranti nei parametri regolamentari, del Settore Giovanile e Scolastico nonché nello svolgimento dei preliminari.

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente e delle Società affiliate, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio della Contraente e/o delle Società affiliate e/o degli Organi competenti.

Relativamente ai Dirigenti, l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività di Dirigente, secondo le regole del proprio mandato, non sempre ricavabili da verbali, registrazioni e/o relazioni.

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

1. i trasferimenti collegiali effettuati su ordinari mezzi pubblici di trasporto, dalla residenza al luogo della manifestazione o dell'allenamento cui gli Assicurati stessi devono partecipare; o dal luogo dell'allenamento a

quello della manifestazione e ritorno, sempreché il viaggio venga effettuato in comitiva regolarmente organizzata ed assistita dagli appositi accompagnatori. Ai fini delle norme del presente punto, si considerano "mezzi pubblici di trasporto" anche gli automezzi di noleggio da rimessa, appositamente noleggiati con autista dell'impresa, per spostamenti collettivi di complessi di atleti o squadre; compreso il mezzo di proprietà della squadra.

2. i trasferimenti effettuati con mezzi privati limitatamente ai trasferimenti compiuti per partecipare alle gare ed allenamenti ufficiali controllati; partecipazione che dovrà risultare da documentazione ufficiale.
3. i trasferimenti su mezzi adibiti a pronto soccorso o privati, durante il trasporto al più vicino luogo di ricovero.

Tale assicurazione opera a condizione che l'infortunio sia occorso in una località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto della copertura in data ed orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione dell'attività stessa.

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

Art. 47 - Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato di cui al precedente Art. 45, per le seguenti somme:

1. MORTE	€ 125.000,00
2. LESIONI - come da Tabella Lesione	€ 80.000,00
3. RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE	€ 7.000,00
4. RIMBORSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE in caso di "Grandi Interventi"	€ 16.000,00
5. SPESE DI CURA pre e post Intervento Chirurgico	€ 16.000,00
6. RIMBORSO SPESE SPECIALISTICHE	€ 750,00
7. INDENNITA' GIORNALIERA in caso di Ricovero	€ 100,00
8. RIMBORSO PER CURE DENTARIE e/o PROTESI DENTARIE	€ 6.000,00
9. INDENNITA' FORFETTARIA per applicazione di apparecchi gessato	€ 300,00
10. PERDITA ANNO SCOLASTICO	+20% indennizzo o € 1.550,00
11. DANNO ESTETICO	€ 1.500,00
12. MORSI DI ANIMALI COMPRESI ARACNOIDI ED INSETTI	€ 360,00
13. AVVELENAMENTI	€ 620,00
14. ASSIDERAMENTO CONGELAMENTO - COLPI DI SOLE O DI CALORE	€ 520,00
15. INDENNITA' AGGIUNTIVA per morte assicurato genitore	€ 12.000,00

Art. 48 - Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato sia costretto ad un'assenza dalle regolare lezioni, tale da comportare la perdita dell'anno scolastico, espressamente motivata e convalidata dall'organismo scolastico preposto, l'indennità corrisposta verrà incrementata del 20% o qualora più vantaggiosa all'Assicurato sarà liquidata l'indennità di € 1.550,00.

Art. 49 - Danno estetico

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

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

Art. 50 - Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

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

Art. 51 - Avvelenamenti

A seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, verrà corrisposto all'assicurato l'importo indicato in polizza.

Art. 52 – Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore

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

Art. 53 - Indennità Aggiuntive

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

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

Art. 54 - GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE

In caso di Infortunio che comporti la liquidazione di un indennizzo, saranno coperte anche le eventuali spese mediche di seguito indicate:

Rimborso spese di cura ospedaliere

In caso di infortunio, indennizzabile a termine di polizza, che comporti un ricovero, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della somma prevista per anno assicurativo e dietro presentazione di relativa documentazione, le spese mediche o spese chirurgiche sostenute durante il periodo di ricovero ed in particolare quelle relative a:

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

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

Rimborso spese per "Grandi Interventi"

Il Rimborso delle spese ospedaliere in caso di "grandi interventi" a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza verranno rimborsate fino alla concorrenza della somma pattuita per persona e per anno assicurativo. Per Grandi interventi si intendono quelli previsti nell'Allegato 2 "Grandi Interventi".

Spese di cura pre-post intervento chirurgico

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, viene messa a disposizione dell'Assicurato un'ulteriore somma per spese mediche sostenute entro i 90 giorni prima e/o dopo l'intervento chirurgico.

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

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

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

Rimborso prestazioni specialistiche

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, la Compagnia Assicuratrice rimborsa all'Assicurato, le seguenti prestazioni specialistiche, Independentemente dal rimborso delle spese di cura in caso di ricovero e a quelle pre e post intervento chirurgico già contemplate in polizza:

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

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

Indennità Giornaliera in caso di ricovero

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio indennizzabile a termini di polizza, è prevista la corresponsione della diaria giornaliera prevista al punto "Somme Assicurate" per un massimo indennizzabile per anno assicurativo di 90 giorni.

I primi due giorni del 1°ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.

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

- la franchigia verrà applicata sul primo ricovero;
- per i ricoveri successivi di durata pari o inferiore a 2 giorni, non verrà corrisposta alcuna indennità giornaliera;
- per i ricoveri successivi di durata superiore ai 2 giorni, verrà corrisposta l'indennità giornaliera senza nuova applicazione della franchigia di 2 giorni.
- In caso di Day-Hospital non verrà corrisposta alcuna Indennità Giornaliera. La presente garanzia non è cumulabile con il Rimborso Spese da Ricovero.

Rimborso spese per cure dentarie e/o protesi dentarie

Nell'ambito della somma assicurata riferita alla garanzia "Rimborso spese da ricovero", l'assicurazione comprende il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per cure dentarie, conseguenti ad infortunio, anche se non effettuate in regime di ricovero, con il limite previsto per anno assicurativo e con una franchigia fissa di € 100,00 per sinistro e fino ad un massimo di € 500,00 per dente.

Sono riconosciuti eventuali danni a protesi dentarie. Le spese sostenute per cure dentarie saranno ammesse a rimborso solo se l'infortunio che le ha determinate sia avvenuto nel corso di una partita ufficiale e ne sia stata fatta menzione nel referto arbitrale.

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

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

In caso di applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile a seguito di infortunio che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, l'Assicuratore riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario per sinistro.

Per infortuni che abbiano per conseguenza fratture al viso, alle costole, o lussazioni della spalla, saranno considerati come apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile le applicazioni o fasciature di ogni genere. Il diritto al riconoscimento dell'indennizzo maturerà solo dietro presentazione di regolare documentazione medica rilasciata a Istituto di Cura all'infortunato, dove si certifica l'applicazione e rimozione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile.

GARANZIA ASSISTENZA

SEZIONE 7 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA

Persone Assicurate

Sono assicurate le seguenti Categorie:

- Settore A Tesserati Settore Giovanile e Scolastico
- Settore B Tesserati "Piccoli Amici"
- Settore C Dirigenti società sportive affiliate al Settore Giovanile e Scolastico
- Settore D Dirigenti e Collaboratori del Settore Giovanile
- Settore E Allenatori, Massaggiatori, Tecnici

Oggetto dell'Assicurazione

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

Efficacia e durata delle prestazioni di Assistenza

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

Massima Esposizione

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

Centrale Operativa

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

Fascia Tessera Europe Assistance: GC

Numero Verde 800 450 130

Linea Urbana +39 02 582 86 788

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

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Validità territoriale delle Garanzie prestate

Le garanzie di cui ai successivi articoli 87 e 88 hanno validità sul territorio Italiano, mentre le altre hanno validità all'esterno del territorio italiano

Assistenza notturna in caso di ricovero

Qualora l'Assicurato, ricoverato presso un Istituto di Cura a seguito di infortunio, necessiti di assistenza specializzata, la Centrale Operativa provvederà a reperire ed inviare personale infermieristico o socio-assistenziale presso la struttura dove è ricoverato. La ricerca e selezione saranno effettuate in base alla

tipologia del problema dell'Assicurato secondo il parere dell'equipe medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante. Per ciascun anno di validità della polizza le prestazioni di cui al presente punto sono erogate senza alcun costo aggiuntivo a carico dell'Assicurato fino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e di 24 ore lavorative per sinistro, con il limite di Euro 40,00 per ora.

Rientro dell'Assicurato Convalescente dopo le cure

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

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

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

Consulenza medica telefonica

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

Reperimento ed invio di un medico nei casi di urgenza

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

Trasferimento Sanitario in un centro Ospedaliero attrezzato

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

- individuare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura più vicino e ritenuto attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario;
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato, treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto, autoambulanza, senza limiti di percorso,
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con il personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Centrale Operativa.

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

Collegamento continuo con il Centro Ospedaliero

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

Interprete

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

Trasmissione Messaggi urgenti

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

Rimpatrio Sanitario dal Centro Ospedaliero Attrezzato

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

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

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

Obbligo dell'Assicurato in Caso di Sinistro

Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato dovrà contattare al momento dell'insorgere della necessità, e comunque non oltre 3 giorni dal verificarsi del sinistro, la Centrale Operativa della Società al numero verde **800 450 130**.

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

- cognome e nome;
- prestazione richiesta ;
- suo indirizzo o recapito temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

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

Trasmissione dei dati

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

Allegato 1

TABELLA LESIONI	Indennizzo
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	€ 1.084,56
FRATTURA SFENOIDE	€ 774,69
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	€ 464,81
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	€ 619,75
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	€ 1.084,56
FRATTURA ETMOIDE	€ 464,81
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	€ 309,87
FRATTURA OSSA NASALI	€ 387,34
FRATTURA MANDIBOLARE (per lato)	€ 619,75
LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA	€ 800,00
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	€ 1.280,00
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA CORPO III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 4.648,11
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 774,69
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA	€ 6.197,48
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I- VERTEBRA	€ 8.000,00
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 624,91
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	€ 3.873,43
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSALI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 315,04
TRATTO LOMBARE	
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	€ 3.873,43
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSALI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 315,04
OSSO SACRO	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	€ 624,91
COCCIGE	
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	€ 619,75
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	€ 464,81
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	€ 2.324,06
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	€ 635,24
FRATTURA STERNO	€ 309,87
FRATTURA DI UNA COSTA (COMPOSTA)	€ 77,47
FRATTURA DI UNA COSTA (SCOMPOSTA)	€ 232,41
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	€ 464,81

TABELLA LESIONI	Indennizzo
PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA	€ 960,00
PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA	€ 8.000,00
ARTO SUPERIORE (DESTRO O SINISTRO)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	€ 469,98
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	€ 929,62
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	€ 929,62
AVAMBRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	€ 304,71
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	€ 619,75
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	€ 619,75
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	€ 304,71
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	€ 619,75
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	€ 619,75
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	€ 640,00
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	€ 800,00
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	€ 774,69
FRATTURA SEMILUNARE	€ 464,81
FRATTURA PIRAMIDALE	€ 309,87
FRATTURA PISIFORME	€ 154,94
FRATTURA TRAPEZIO	€ 309,87
FRATTURA TRAPEZOIDE	€ 309,87
FRATTURA CAPITATO	€ 309,87
FRATTURA UNCINATO	€ 309,87
FRATTURA I° METACARPALE	€ 929,62
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	€ 464,81
SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	€ 640,00
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
POLLICE	€ 619,75
INDICE	€ 464,81
MEDIO	€ 464,81
ANULARE	€ 309,87
MIGNOLO	€ 464,81
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
POLLICE	€ 464,81
INDICE	€ 387,34
MEDIO	€ 309,87
ANULARE	€ 154,94
MIGNOLO	€ 309,87
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	€ 309,87
MEDIO	€ 154,94

TABELLA LESIONI	Indennizzo
ANULARE	€ 154,94
MIGNOLO	€ 309,87
ARTO INFERIORE (DESTRO O SINISTRO)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	€ 929,62
EPIFISI PROSSIMALE (delimitata dal collo chirurgico)	€ 8.000,00
EPIFISI DISTALE (delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	€ 8.000,00
FRATTURA ROTULA	€ 619,75
FRATTURA TIBIA	
DIAFISARIA	€ 464,81
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o feccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	€ 779,85
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	€ 785,01
FRATTURA PERONE	
DIAFISARIA	€ 309,87
ESTREMITA' SUPERIORE (capitello o faccetta articolare tibiale)	€ 464,81
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	€ 619,75
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	€ 800,00
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	€ 960,00
PIEDE	
TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	€ 2.065,83
FRATTURA CALCAGNO	€ 3.873,43
FRATTURA SCAFOIDE	€ 464,81
FRATTURA CUSOIDE	€ 619,75
FRATTURA CUNEIFORME	€ 154,94
METATARSI	
FRATTURA I° METATARSALE	€ 619,75
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	€ 309,87
FALANGI	
FRATTURA ALLUCE (I° O II° falange)	€ 387,34
FRATTURA I° O II° O III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	€ 154,94
LESIONI DENTARIE	
ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	€ 112,00
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	€ 32,00
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	€ 80,00
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	€ 160,00
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	€ 80,00
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	€ 120,00
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	€ 240,00
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)	€ 160,00
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	€ 40,00
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	€ 80,00
LESIONI PARTICOLARI	
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	€ 12.911,42

TABELLA LESIONI	Indennizzo
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	€ 8.000,00
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	€ 12.000,00
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	€ 8.000,00
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) O GASTRECTOMIA TOTALE	€ 45.000,00
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) –non cumulabile	€ 18.000,00
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) – non cumulabile	€ 40.000,00
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' DEL RETTO –non cumulabile-	€ 12.000,00
COLECTOMIA TOTALE –non cumulabile-	€ 32.000,00
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE –non cumulabile-	€ 55.000,00
COLECISTECTOMIA –non cumulabile	€ 790,18
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	€ 630,08
SAFENECTOMIA BILATERALE –non cumulabile-	€ 950,28
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	€ 8.000,00
PORTATORE ASINTOMATICO ANTICORPO POSITIVO (HIV +)	€ 619,75
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE –non cumulabile-	€ 45.000,00
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	€ 475,14
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	€ 785,01
LOBECTOMIA POLMONARE	€ 12.000,00
PNEUMONECTOMIA	€ 24.000,00
PROTESI SU AORTA TORACICA	€ 16.000,00
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	€ 12.000,00
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	€ 35.000,00
CECITA' MONOLATERALE (perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	€ 26.000,00
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	€ 100.000,00
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	€ 9.600,00
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	€ 40.000,00
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	€ 24.000,00
CORDECTOMIA	€ 12.000,00
EMILARINGECTOMIA	€ 20.000,00
LARINGECTOMIA	€ 45.000,00
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	€ 60.000,00
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	€ 1.239,50
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	€ 12.000,00
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima – trattata/e chirurgicamente)	€ 1.234,33
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	€ 640,41
PROTESI D'ANCA – non cumulabile-	€ 16.000,00
PROTESI DI GINOCCHIO –non cumulabile-	€ 20.000,00
PATELLECTOMIA TOTALE	€ 8.000,00
PATELLECTOMIA PARZIALE	€ 2.065,83
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	€ 774,69
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	€ 20.000,00
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	€ 24.000,00
ISTERECTOMIA – non cumulabile-	€ 16.000,00
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	€ 24.000,00
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	€ 800,51
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (Documentate fotograficamente)	€ 24.000,00

TABELLA LESIONI	Indennizzo
PTOSI PALPEBRALE	€ 800,00
EVIRAZIONE COMPLETA	€ 40.000,00
PERDITA DEL PENE	€ 28.000,00
IMPOSSIBILITA' ALL'EREZIONE	€ 20.000,00
CASTRAZIONE	€ 20.000,00
LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) –non cumulabile-	€ 1.389,27
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	€ 774,69
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	€ 1.084,56
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) valore massimo per ogni dito-	€ 459,65
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) non cumulabile-	€ 924,46
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (documentata radiologicamente)	€ 619,75
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	€ 1.084,56
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	€ 1.549,37
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	€ 469,98
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	€ 635,24
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	€ 929,62
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente) non cumulabile-	€ 779,85
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente) - valore massimo per ogni dito	€ 387,34
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	€ 619,75
LUSSAZIONE D'ANCA (documentato radiologicamente)	€ 8.000,00
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (documentato radiologicamente)	€ 309,87
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (documentata radiologicamente)	€ 154,94
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	€ 774,69
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattata chirurgicamente) non cumulabile tra loro-	€ 1.249,83
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI – (trattata chirurgicamente) non cumulabili tra loro	€ 397,67
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	€ 387,34
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattata chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	€ 929,62
LUSSAZIONE ULNO CARPICA	€ 480,00
LUSSAZIONE ROTULEA	€ 480,00
LUSSAZIONE TIBIO TARSICA	€ 960,00
LUSSAZIONE VERTEBRALE	€ 800,00
AMPUTAZIONI	
ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	€ 70.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	€ 60.000,00
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	€ 52.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	€ 41.600,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 46.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	€ 44.800,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 40.000,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 35.200,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	€ 36.000,00

TABELLA LESIONI	Indennizzo
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	€ 33.600,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	€ 37.600,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	€ 30.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 34.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	€ 32.000,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	€ 25.600,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	€ 29.600,00
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	€ 24.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	€ 28.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	€ 28.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	€ 22.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	€ 26.400,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	€ 19.200,00
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	€ 17.600,00
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	€ 21.600,00
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	€ 14.400,00
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	€ 18.400,00
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	€ 16.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	€ 16.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	€ 11.200,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	€ 8.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	€ 1.084,56
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	€ 9.600,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	€ 10.400,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	€ 774,69
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	€ 542,28
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	€ 387,34
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	€ 697,22
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	€ 8.000,00
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	€ 1.239,50
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	€ 929,62
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	€ 1.394,43
ARTO INFERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	€ 60.000,00
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	€ 55.000,00
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	€ 52.000,00
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	€ 40.000,00
PERDITA DI UN PIEDE	€ 36.000,00
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	€ 21.600,00
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	€ 90.000,00
PERDITA DELL'ALLUCE	€ 929,62
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	€ 464,81
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	€ 154,94
LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (permanenti - stabilizzati)	
ARTO SUPERIORE	
LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	€ 50.000,00
SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE ERB C5-D1	€ 36.000,00

TABELLA LESIONI	Indennizzo
SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE KLUMPKE	€ 36.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE	€ 14.400,00
PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE	€ 28.000,00
PARALISI BASSA NERVO RADIALE	€ 20.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO	€ 32.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO ULNA	€ 20.000,00
PARALISI BASSA NERVO ULNARE	€ 16.000,00
ARTO INFERIORE	
PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARE D12-L4	€ 28.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE	€ 24.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	€ 36.000,00
PARALISI BASSA NERVO SCIATICO	€ 30.400,00
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	€ 16.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	€ 17.600,00
LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE	
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SPORADICHE	€ 12.000,00
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SETTIMANALI	€ 24.000,00
PARAPARESI CON DEFICIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITA' DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	€ 32.000,00
MONOPARESI DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITA' AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	€ 32.000,00
MONOPARESI DI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	€ 28.000,00
USTIONI	
CAPO	
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 480,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 8.000,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 16-25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 11.200,00
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	€ 14.400,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUIOIO CAPELLUTO	€ 800,00
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 30% DELLA SUPERFICIE DEL CUIOIO CAPELLUTO	€ 8.000,00
ARTI SUPERIORI ED INFERIORI	
USTIONI 2° O 3° GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 800,00
USTIONI 2° O 3° GRADO DI 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 8.000,00
USTIONI 2° O 3° GRADO DI 31-50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 12.000,00
USTIONI 2° O 3° GRADO DI SUPERIORE AL 50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 16.000,00

Allegato 2

Elenco Grandi Interventi

Collo

Resezioni e plastiche tracheali

Esofago

Interventi per lesioni traumatiche

Torace

Lobectomie, bilobectomie, pneumonectomie

Stomaco-duodeno intestino tenue

Resezione intestinale per via laparoscopica

Colon-retto

Colectomia totale con ileorecteanastomosi senza o con ileostomia

Fegato e vie biliari

Resezioni epatiche maggiori o minori

Anastomosi bilio-digestive

Pancreas-milza-surrene

Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)

Chirurgia maxillo facciale

Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore

Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale

Ricostruzione della mandibola con innesti ossei

Ricostruzione della mandibola con materiale alioplastico

Cardio Chirurgia

Interventi per corpi estranei

Sutura del cuore per ferite

Neurochirurgia

Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali

Cranioplastica ricostruttiva

Chirurgia Vascolare

Interventi sull'arteria succlavia vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)

Interventi sulle arterie viscerali o renali

Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)

Trattamento delle lesioni traumatiche della aorta

Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo

Chirurgia Ortopedica

Artrodesi grandi segmenti

Artrodesi vertebrale per via anteriore

Arteoprotesi totale del ginocchio

Artroprotesi di spalla

Artroprotesi di anca parziale e totale

Disarticolazione interscapolo — toracica

Emipelvectomy

Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilofistesi

Osteosintesi vertebrale

Chirurgia Urologica

Nefrectomia polare

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

Resezione uretrale e uretrorafia

Chirurgia ginecologica

Laparotomia per ferite o rotture uterine

Chirurgia Oculistica

Vitrectomia anteriore e posteriore

Trapianto corneale a tutto spessore

Orchiaggio per distacco di retina

Chirurgia Otorinolaringoiatria

Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico

Laringectomia sopraglottica o subtotale

Laringectomie parziali verticali

Laringectomia e Faringoiangenctomia totale