



F.I.B.S.
FEDERAZIONE ITALIANA BASEBALL E SOFTBALL

ESTRATTO CONDIZIONI DI POLIZZA
INFORTUNI N. 168324266

DEFINIZIONI

ASSICURAZIONE:	il contratto d'assicurazione.
POLIZZA:	il documento che prova l'assicurazione.
CONTRAENTE:	F.I.B.S. – Federazione Italiana Baseball e Softball.
ASSICURATO:	tutti i “Tesserati” alla F.I.B.S. (Atleti, Dirigenti e Tecnici), e gli “Atleti di interesse Nazionale”, come meglio precisato nei disposti dell’art. 1 delle “Norme che regolano l’assicurazione”.
BENEFICIARIO:	il soggetto designato dall’Assicurato ad incassare l’indennità prevista in caso di morte dell’Assicurato stesso.
IMPRESA:	Società di assicurazioni con la quale è stipulato il contratto.
PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente all’Impresa.
RISCHIO:	la probabilità che accada il sinistro.
SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l’assicurazione.
INDENNIZZO:	la somma dovuta dall’Impresa in caso di sinistro.
FRANCHIGIA:	la parte dell’indennizzo che rimane a carico dell’Assicurato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

L'assicurazione si intende prestata nei confronti di tutti i tesserati "Atleti, Dirigenti e Tecnici", come da DM 03 novembre 2010, in regola con la quota associativa federale, che possano dimostrare con data certa, che il versamento è avvenuto antecedentemente al sinistro, anche se ancora non pervenuto o non registrato dalla Contraente. La copertura assicurativa inizia alle ore 24,00 del giorno del tesseramento, e termina alle ore 24,00 del 31.12 di ogni annualità assicurativa. Rientrano ai sensi tutti della presente polizza anche i soggetti definiti come "Atleti di interesse Nazionale" quali gli Atleti, i Dirigenti ed i Tecnici di caratura Nazionale e gli Atleti, i Dirigenti ed i Tecnici Internazionali, e comunque tutti quei soggetti che la Federazione potrà convocare per raduni e meetings. Tutti questi soggetti risultano identificabili poiché iscritti nelle lettere di convocazione regolarmente protocollate, tenute dalla F.I.B.S., in occasione di allenamenti, stages, gare, manifestazioni, ritiri e/o trasferte, inviti e/o dimostrazioni previsti dai calendari Federali. Tali lettere di convocazione possono essere messe a disposizione della Società qualora ne faccia richiesta.

L'assicurazione si intende prestata per i seguenti capitali:

Categoria A) Atleti, Dirigenti e Tecnici

Caso Morte	€ 120.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 120.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 3.000,00

Categoria B) Atleti di interesse Nazionale

Caso morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 20.000,00

I capitali sopra elencati per le Categorie A) e B) si riferiscono per tessera e/o per assicurato. Non è previsto alcun cumulo di indennizzo dei capitali nei confronti di soggetti seppur "tesserati F.I.B.S." che subiscano infortuni in occasione di eventi riconducibili alle attività previste per la Categoria B) "Atleti di interesse Nazionale". In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza La Società procederà in questi casi con la liquidazione dei capitali più favorevoli all'assicurato, una volta verificate le fonti identificative alla Categoria di appartenenza.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non d'origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti, le intossicazioni, le lesioni da ingestione di cibo o da assorbimento di sostanze;
- c) il contatto accidentale con corrosivi;
- d) le infezioni e gli avvelenamenti da punture e morsi d'insetti, rettili ed animali;
- e) l'annegamento, l'affogamento ed il soffocamento;
- f) le influenze termiche ed atmosferiche in genere, le scariche elettriche, la folgorazione;
- g) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti. Sono comprese in garanzia le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:
 - nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale non sia operabile secondo parere medico, sarà corrisposta un'indennità a titolo d'invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso d'invalidità permanente assoluta;

- se l'ernia è operabile, sarà corrisposta un'indennità per il caso d'inabilità temporanea sempreché sia prevista in polizza, fino ad un periodo di giorni 100 successivi a quello dell'infortunio;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 18 – Controversie sulla natura delle lesioni – delle Norme che regolano l'Assicurazione;
- h) gli infortuni derivanti dalla forza della natura, compresi movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe, slavine, eruzioni vulcaniche.

In via esemplificativa e non limitativa, si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni subiti:

- i) in stato di malore, incoscienza, vertigini;
- j) per imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- k) durante l'uso e la guida di motoveicoli, veicoli in genere e natanti;
- l) in conseguenza di scioperi, sequestri di persona, scippo e/o rapina, aggressioni, tumulti popolari o da atti di terrorismo, azioni di dirottamento o pirateria, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- m) a seguito di rapina,
- n) durante lo svolgimento di allenamenti e gare a qualsiasi livello di baseball e softball. L'assicurazione si estende alle conseguenze di infortuni che avvengono durante gli allenamenti, anche individuali, purché questi siano previsti, disposti, autorizzati, o controllati dall'organizzazione sportiva, anche per il tramite dei suoi organismi periferici e delle associazioni affiliate, del soggetto obbligato. In tal caso, ai fini dell'ammissione dell'infortunio al beneficio assicurativo, la relativa denuncia è accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'organismo sportivo per il quale il soggetto assicurato è tesserato, che attesta, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione resa.
- o) durante la pratica esclusivamente amatoriale di qualsiasi sport – escluso paracadutismo e sport aerei in genere, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al III° della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob e deltaplano.

LIMITAZIONE ALLE OCCUPAZIONI SVOLTE NEL PERIODO DI ASSICURAZIONE (COMPRESO ITINERE), VALIDA PER TUTTE LE CATEGORIE ASSICURATE

L'assicurazione s'intende prestata per gli infortuni che le persone assicurate subiscano durante gli allenamenti e le competizioni in ottemperanza allo statuto della Contraente.

La garanzia comprende anche gli infortuni subiti dai soggetti di tutte le Categorie assicurate durante gli spostamenti, con qualsiasi mezzo, per raggiungere la palestra o il centro nel quale si praticano allenamenti, ed il rientro nel posto di lavoro o nella propria abitazione, sempreché in orari e percorsi compatibili con gli allenamenti stessi. L'assicurazione si intende estesa inoltre, anche a tutte le trasferte, effettuate con qualsiasi mezzo, compreso il tempo libero, relative a gare, manifestazioni sportive, meeting, incontri, esibizioni o allenamenti fuori sede, purché sempre in relazione alla pratica sportiva del Baseball e/o Softball. L'assicurazione inizia al momento della partenza da casa o dal luogo di lavoro e cessa col rientro al luogo del lavoro o nella propria abitazione. Per i Soggetti di tutte le Categorie assicurate, la copertura è prestata anche in occasione di viaggi, trasferimenti e/o missioni di qualsiasi natura, effettuati con qualsiasi mezzo, compreso il tempo libero, sempre in relazione all'attività svolta per conto della Contraente ed in ottemperanza al suo statuto. La copertura decorre dall'inizio del viaggio e termina al rientro presso la sede di lavoro o presso l'abitazione dell'assicurato.

L'Assicurato, in caso di sinistro, è tenuto dietro richiesta della Società, a fornire a quest'ultima tutti gli elementi che evidenzino in modo circostanziato che al momento in cui l'infortunio è accaduto, stava operando nel rispetto di quanto stabilito nello statuto della Contraente.

ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida od uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei, salvo quanto previsto per il rischio volo di cui all'articolo 9 – Rischio Volo/Concentrazione del rischio – delle Norme che regolano l'Assicurazione;
- b) da stato d'ubriachezza se alla guida di veicoli;
- c) dall'assunzione di sostanze dopanti in violazione alle norme dell'ordinamento Statale o dell'ordinamento sportivo, accertati in base alle normative vigenti;
- d) sotto l'influenza di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- h) durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- i) da guerra o insurrezioni. Ciononostante la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per il periodo massimo di 15 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato sia sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero;
- j) sono lo stesso esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpisca l'Assicurato nel territorio italiano, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

MORTE /MORTE PRESUNTA

La somma assicurata per il caso di morte è liquidata purché il decesso dell'Assicurato sia conseguente ad infortunio risarcibile secondo la polizza e questa occorra, anche se successiva alla scadenza del contratto, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Se il corpo dell'Assicurato non è trovato entro un anno dopo la scomparsa, l'arenamento, l'affondamento od il naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/o privato, non escluso dall'articolo 9 – Rischio Volo – delle Norme che regolano l'Assicurazione, sarà riconosciuto il risarcimento per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come l'infortunio.

L'impresa in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato e simili eventi, corrisponderà la somma assicurata per il caso di Morte anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona e/o del clima, o d'altre situazioni concomitanti (per esempio: perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Per i soli assicurati della **Categoria A)**, nel caso di morte di un soggetto assicurato genitore, il capitale spettante ai figli minorenni conviventi si intende aumentato del 50%. Sono equiparati ai figli minorenni i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente pari o superiore al 50%. L'impresa dà e prende atto che beneficiari delle somme garantite in caso di Morte degli assicurati, s'intendono gli eredi legittimi e/o testamentari, salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dagli Assicurati.

La somma prevista per la presente garanzia, a parziale deroga di quanto disposto dall'art 16 del presente contratto, si intende inoltre liquidabile anche ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto 03 Novembre 2010, ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER GLI SPORTIVI.

RIMBORSO DELLE SPESE DI RIENTRO SANITARIO – RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza ed avvenuto all'estero, l'impresa assicura, sino alla concorrenza di € 4.000,00 e per ogni assicurato:

- il rimborso delle spese di trasporto con qualsiasi mezzo sostenute dall'Assicurato in caso d'infortunio che richieda il Suo trasporto in Istituto di cura attrezzato in Italia e/o alla Sua residenza;
- il rimborso delle spese sostenute – in caso di decesso – per il rimpatrio della salma dell'Assicurato sino al luogo di sepoltura in Italia.

L'Impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale: a richiesta dell'Assicurato od aventi causa l'Impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'impresa liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo i criteri di cui alla tabella Lesioni – allegato "A" della presente Convenzione.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali d'invalidità Permanente previste della precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e fosse che questi erano gli unici perfettamente integri, o tali che fossero usati come "destri", si terrà conto di ciò anche nella valutazione del grado d'invalidità permanente, fermo restando il disposto dell'art. 16 – Criteri di Indennizzabilità – delle Norme che regolano l'Assicurazione.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al massimo del 100% (centopercento).

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste nella Tabella Lesioni, sono diminuite tenendo conto del grado d'invalidità preesistente.

L'impresa in occasione d'arenamento, naufragio, atterraggio forzato e simili eventi, corrisponderà la somma assicurata per il caso d'Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona del clima, o d'altre situazioni concomitanti (per esempio: perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Se è dichiarato, trascorso un anno dall'infortunio, lo stato di "coma irreversibile" sarà liquidato ai beneficiari previsti in polizza il 100% della somma assicurata.

A parziale deroga di quanto disposto dall'art 16 del presente contratto, si intendono inoltre indennizzabili anche i sinistri occorsi ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto 03 Novembre 2010, ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER GLI SPORTIVI.

FRANCHIGIA PER L'INVALIDITA' PERMANENTE

La liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente è soggetta ad una franchigia assoluta del **3%(trepercento) sia per gli assicurati della Categoria A), che per quelli della Categoria B).** Per tutti quei soggetti che abbiano compiuto il 70° anno di età, l'assicurazione si intende prestata con una franchigia assoluta del 9%.

SPESE MEDICHE

L'Impresa rimborsa agli Assicurati per i quali è prestata la garanzia, in caso d'infortunio risarcibile a termini di polizza e fino alla concorrenza del capitale previsto per Categoria, sempreché l'assicurato abbia trascorso almeno un giorno di pernottamento presso un Istituto di Cura le seguenti spese per cure mediche.

Per cure mediche s'intendono:

- a) spese mediche e di cura praticate presso ambulatori, Pronto Soccorso, Istituti di Cura o a domicilio;
- b) onorari a medici, chirurghi e dell'équipe operatoria;

- c) uso della sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- d) rette di degenza;
- e) trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o altro mezzo attrezzato specificatamente;
- f) accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- g) spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso, compreso il trasferimento aereo, all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- h) trattamenti fisioterapici e rieducativi, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante. spese per la prima protesi, escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- i) prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio d'apparecchi protesici o sanitari incluse carrozzelle ortopediche;
- j) azioni di ricerca e/o salvataggio.
- k) per i soggetti che non abbiano compiuto il 14° anno di età alla data dell'infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito. Il limite di indennizzo per la presente lettera si intende fissato in € 3.000,00,
- l) si intendono inoltre comprese le spese sostenute a seguito di morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino ricovero in Istituto di cura fino alla concorrenza di € 1.000,00;
- m) nel caso di avvelenamento, assorbimento o ingestione di sostanze nocive, assideramento, colpi di sole, di calore o folgorazione sono rimborsate le spese sostenute e confermate dalla diagnosi prodotta dal Presidio o dall'Istituto che ha preso in cura il soggetto infortunato. La seguente garanzia si intende prestata fino alla concorrenza di € 1.000,00 per sinistro.
- n) Qualora l'infortunio, a causa dell'entità delle lesioni, determini l'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo, che a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporti la perdita dell'anno scolastico, al soggetto è corrisposto un indennizzo incrementato del 20%;

L'Impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, ed il pagamento è effettuato a cura ultimata: a richiesta dell'Assicurato o ad aventi causa, l'Impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Le somme liquidate ai sensi della presente garanzia sono soggette ad una franchigia assoluta di € 100,00, ed a uno scoperto del 15%, eccetto per i disposti delle suddette lettere k), l) e m).

Beneficiano dell'indennizzo previsto per singolo comma anche in assenza del giorno di ricovero.

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza e nell'eventualità che la FIBS anticipi al tesserato infortunato il costo delle spese mediche relative al sinistro, di comune accordo tra le parti si potrà procedere al rimborso delle stesse direttamente nei confronti della FIBS, sotto presentazione di idonea documentazione (es. lettera di espromissione).

SPESE MEDICHE - VALIDA ESCLUSIVAMENTE PER I SOLI SOGGETTI ELENCATI COME "ATLETI" E "ATLETI DI INTERESSE NAZIONALE"

Sono previsti inoltre, rimborsi per spese mediche, presupponendo per tali le diciture riportate nel precedente art. 8 dalla lettera a) alla lettera j), con il limite di € 400,00 (quattrocento/00) per sinistro, sostenute per tutti quegli infortuni risarcibili a termini di polizza, anche senza ricovero, al raggiungimento di una invalidità di almeno il 2% (due percento) della tabella dell'allegato "A" DM 3 novembre 2010, purché documentati da prescrizioni mediche, presentando gli originali di spesa, con l'applicazione della sola franchigia assoluta di € 50,00 (euro cinquanta) per sinistro.

Ferma la franchigia di € 50,00 (euro cinquanta/00), per i soggetti indicati come Atleti di "Interesse Nazionale", ai sensi del presente articolo, la somma assicurata si intende stabilita in € 1.500,00 (millecinquecento/00 euro) per infortuni occorsi in Italia, mentre il limite viene elevato a € 3.000,00 (tremila/00 euro) per infortuni occorsi all'estero.

Inoltre, per tutti i tesserati minori di anni 16 è previsto un indennizzo forfettario di € 150,00 per la rottura di occhiali, e di € 150,00 per la rottura di denti. La rottura parziale del/i dente/i verrà

indennizzata al 50%, con esclusione delle sole scheggiature. Tali limiti si intendono per sinistro, e relativamente alla rottura dei denti il tetto di € 150,00 è unico a prescindere dai denti oggetto di trauma.

RISCHIO VOLO E CONCENTRAZIONE DEL RISCHIO

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque esercitati, tranne che:

- da società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico passeggeri;
- da aeroclubs.

Il limite massimo catastrofale per la presente garanzia è fissato in € 8.000.000,00 (ottomilioni/00) per aeromobile. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano detto limite, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra detto limite ed il totale degli indennizzi dovuti.

La garanzia inizia dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Relativamente ai soli infortuni sofferti a seguito di atti di terrorismo, ivi compreso il rischio volo, qualora un unico sinistro colpisca più assicurati, il limite massimo catastrofale per la concentrazione del rischio si intende fissato in € 8.000.000,00 (ottomilioni/00).

LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – BUONA FEDE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come qualsiasi errore e/od omissione involontaria e non intenzionale della stessa, e/o delle persone di cui debba rispondere a norma di legge, nonché dei suoi Amministratori, non pregiudicheranno questa polizza.

PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione non è valida:

per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoici; l'assicurazione cessa con manifestarsi di una delle predette condizioni.

INTEGRATIVITA' DELL'ASSICURAZIONE

Agli effetti d'eventuali presenti e futuri obblighi d'assicurazione a sensi di Legge, la presente polizza ha carattere del tutto indipendente.

DENUNCIA D'INFORTUNIO – OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto all'Impresa entro 30 giorni lavorativi dall'infortunio e dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente, l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso all'Impresa.

L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'Impresa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

CRITERI D'INDENNIZZABILITA'

L'impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti; il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato 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. Fermo restando quanto disposto dall'articolo 13 – Persone non assicurabili – delle Norme che regolano l'Assicurazione, si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso d'infortunio, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio.

CUMULO INDENNIZZI

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, l'impresa corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado d'invalidità permanente le Parti possono conferire mandato ad un Collegio di tre medici (uno per parte più un terzo designato dai primi due di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico.) i quali tenendo presenti le condizioni di polizza e le norme di Legge, prenderanno decisioni inappellabili e vincolanti per le Parti.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, ma entro due anni, nel qual caso il Collegio può concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione finale.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato; ciascuna Parte sosterrà le proprie spese e concorrerà nella misura del 50% (cinquanta per cento) al pagamento del terzo medico. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale, purché ciò risulti dagli atti.

