

CONVENZIONE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI A FAVORE DEGLI ATLETI DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DI ATLETICA LEGGERA

Tra la **FEDERAZIONE ITALIANA DI ATLETICA LEGGERA (F.I.D.A.L.)** e la Allianz SpA, con sede in Trieste, Largo Ugo Inneri n. 1, designate anche per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Assicuratore**, viene stipulata la presente convenzione per le garanzie contro Infortuni, Lesioni/Morte, a favore degli atleti titolari di tessera della F.I.D.A.L.

Le prestazioni garantite sono disciplinate nell'allegato "*REGOLAMENTO DEL RAPPORTO ASSICURATIVO*" che forma parte integrante della presente Convenzione.

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni uno, con inizio dalle ore 00,00 del 1 gennaio 2013 e termina alle ore 24.00 del 31 dicembre 2013 senza necessità di preventiva disdetta.

Art. 2 Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato all'Assicuratore entro 30 giorni dall'evento o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli art.1913 e 1915 del Codice Civile.

Art. 3 Obblighi della Federazione

La Federazione si impegna a comunicare all'Assicuratore tutte le modifiche delle norme federali ed ogni altra circostanza che comporti una variazione od un aggravamento del rischio, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, riservandosi in tal caso l'Assicuratore la facoltà di recedere dall'accordo.

Art. 4 Foro competente

Per le controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, alla validità e all'esecuzione delle norme della presente Convenzione sarà competente il Foro di Roma.

Art. 5 Determinazione e regolazione del premio

Premesso che il premio annuo unitario si intende stabilito secondo quanto previsto nell'allegato "*REGOLAMENTO*", si conviene che le rate degli acconti saranno determinate in base al numero presunto degli assicurati indicato nel Regolamento medesimo e successivamente si procederà alla regolazione definitiva del premio stesso sulla base del numero effettivo degli assicurati.

Entro il 28/02/2014 la Contraente invierà all'Assicuratore i dati numerici relativi agli atleti assicurati, affinché l'Assicuratore possa provvedere alla regolazione definitiva del premio. Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione definitiva devono essere, rispettivamente, pagate dalla FIDAL e rimborsate alla FIDAL entro 30 giorni dalla relativa comunicazione.

Per la regolazione premio, fanno fede le scritture contabili, i registri, i bilanci ed altri documenti probanti tenuti dalla Contraente che dichiara di mettere a disposizione dell'Assicuratore per eventuali controlli.

REGOLAMENTO DEL RAPPORTO ASSICURATIVO

Art.1 Definizioni

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Beneficiario

L'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

Tesserato

Ogni singolo atleta tesserato dalla Federazione Italiana di Atletica Leggera nelle categorie agonistiche e promozionali previste dallo Statuto e dal Regolamento Organico.

Day Hospital

Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

Indennizzo

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Invalidità permanente

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Trattamento chirurgico

Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in istituto di cura.

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 lungo degenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

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.

Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Perdite Patrimoniali

Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali o morte o di danneggiamenti a cose.

Art. 2 Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti degli assicurati anche in caso di partecipazione a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali la F.I.D.A.L. abbia ufficialmente aderito, o con cui abbia stipulato convenzioni.

Art. 3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente (o dell'Assicurato) relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione come previsto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Cod. Civ.

Art. 4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno del pagamento delle rate di premio così come indicato in polizza.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 24,00 del giorno in cui l'Assicurato consegue il titolo che dà diritto all'assicurazione, ai sensi del successivo art. 5.

I premi devono essere pagati all'Assicuratore.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le Parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del 31 Dicembre 2012, anche se la prima rata di premio non è stata pagata.

Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 45 giorni.

Trascorso tale termine, senza che la Contraente abbia provveduto al pagamento, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio verrà effettuato, ferma restando la data di scadenza contrattualmente stabilita.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo a termini di regolamento in data posteriore alla decorrenza alla Convenzione ma anteriore alla segnalazione dei nominativi all'Assicuratore, quest'ultimo esprime riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del sinistro.

L'assicurazione vale pregiudizialmente solo nei riguardi di quei soggetti che, ai sensi di Legge, dello Statuto e dei Regolamenti della FIDAL, posseggano tutti i requisiti necessari per ottenere il tesseramento ed appartengano ad Associazioni o ad altri organismi regolarmente affiliati o dipendenti dalla FIDAL stessa e concerne esclusivamente l'attività sportiva autorizzata e controllata dalla organizzazione della Federazione medesima.

Art. 5 Titolo che dà diritto all'assicurazione

Costituisce titolo per il diritto alle garanzie assicurative senza distinzione di attività praticata, rientrante comunque negli scopi della Contraente, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, la Tessera nominativa e numerata o la dichiarazione sostitutiva rilasciata dalla FIDAL.

Art. 6 Modifiche del rapporto assicurativo

Le eventuali modifiche del rapporto assicurativo devono essere provate per iscritto.

Art. 7 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

Sono comunque esclusi i sinistri derivanti o conseguenti a guerra e terrorismo.

Il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato in Euro e comunque in Italia.

Art. 8 Altre assicurazioni

L'Assicurato e/o la Contraente sono esonerati dall'obbligo di denunciare all'Assicuratore eventuali altre polizze da esso stipulate per il medesimo rischio. Le garanzie prestate dall'Assicuratore si aggiungono a quelle di ogni altro rapporto assicurativo.

Art. 9 Foro competente

In deroga a quanto stabilito dall'art. 4 della "Convenzione", per le vertenze attinenti ai diritti e agli obblighi dei singoli soggetti assicurati, il foro competente sarà quello di residenza e/o domicilio dell'Assicurato.

Art. 10 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Art. 11 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 12 Interpretazione delle norme regolamentari

In caso di eventuali controversie sull'interpretazione delle clausole del presente "Regolamento", le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

Art.13 Soggetti assicurati

Le garanzie assicurative sono prestate a favore di tutti gli atleti titolari di tessera FIDAL, senza limiti di età'.

Art. 14 Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni che producano:

- la morte;
- invalidità permanente.

La copertura è operante per i rischi occorsi in occasione di attività sportive autorizzate e/o riconosciute e/o organizzate sotto l'egida della F.I.D.A.L., allenamenti (anche individuali), durante lo svolgimento di concorsi e/o manifestazioni sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della F.I.D.A.L. per tutte le attività e discipline riconosciute.

È compreso il rischio in itinere anche con mezzi propri o come trasportati.

Le predette garanzie saranno operanti sempre che documentate dalla Federazione Italiana di Atletica Leggera o dalle sue Strutture Periferiche competenti.

Art. 15 Eventi equiparati ad infortunio ed estensioni di garanzia

Sono equiparate ad infortunio:

- a) - le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
- b) - le lesioni determinate da sforzo e le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari, distacco di retina.

La garanzia è estesa anche agli infortuni:

- c) - sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze o negligenze anche gravi nonché avvenuti in stato di malore o incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici, da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti);
- d) - causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti, da infezioni conseguenti a infortunio, da avvelenamento, ingestione o assorbimento involontario di sostanze, da annegamento, assideramento, asfissia, congelamento, folgorazione, da colpi di sole, da sforzi muscolari traumatici;
- e) - derivanti da eventi naturali, da tumulti, terrorismo, aggressioni o violenza, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 16 Eventi esclusi dalla tutela assicurativa

L'assicurazione non è operante per gli eventi derivanti da:

- a) uso e guida di natanti, mezzi di locomozione subacquea;
- b) abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- c) guida e uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerea salvo quanto espressamente previsto al successivo art.20;
- d) azioni delittuose dell'assicurato;
- e) movimenti tellurici, inondazioni, ed eruzioni vulcaniche;
- f) guerra e insurrezione;
- g) trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- h) detenzione od impiego di esplosivi;
- i) disturbi mentali o psichici dell'assicurato.

L'assicurazione non è inoltre operante per gli eventi derivanti da:

- j) operazioni chirurgiche, trattamenti e cure mediche;
- k) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.

Art. 17 Esonero denuncia di infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli Assicurati stessi fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire. Se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente sana, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche, ma sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art. 18 Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 19 Persone non assicurabili

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche – cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.

L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Art. 20 Rischio volo

La garanzia è operante, esclusivamente nei casi in cui l'Assicurato utilizzi i suddetti mezzi di trasporto aereo per conto della F.I.D.A.L. o, comunque, al fine di svolgere le attività rientranti nell'ambito degli scopi della F.I.D.A.L., per le conseguenze degli infortuni che

L'Assicurato stesso subisca durante viaggi aerei che venissero da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è disceso.

Resta inteso che le somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dalla stessa Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative non potrà superare i capitali per persona di:

- Euro 1.033.000,00 per il caso di morte
- Euro 1.033.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e complessivamente, per aeromobile, di:
- Euro 5.165.000,00 per il caso di morte
- Euro 5.165.000,00 per il caso di invalidità permanente totale

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dalla stessa Contraente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 21 Caso morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio, l'Assicuratore liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi.

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 un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

Qualora, a seguito di un infortunio, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, l'Assicuratore liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 Cod. Civ.. Se, dopo che è stato pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione - entro 15 giorni dalla richiesta - della somma pagata.

Art. 22 Invalidità Permanente

L'indennizzo per Invalidità Permanente è calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori di cui alla "tabella lesioni" allegato A) al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 3 novembre 2010 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 296 del 20 dicembre 2010).

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

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

Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito con riferimento ai valori ed ai criteri dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

In caso di Atleti appartenenti alle Categorie TOP1 e C.O. che, all'atto del sinistro, risultino inseriti negli elenchi forniti dal CONI all'Assicuratore per la copertura infortuni agli stessi Atleti riservata, l'indennizzo per la presente garanzia si intenderà cumulabile con la copertura assicurativa stipulata dal CONI.

Art. 23 Invalidità permanente: franchigia assoluta

Nessun indennizzo è corrisposto se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'art.22 non supera il grado del 5%.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore l'indennizzo da liquidare è commisurato alla sola parte eccedente della percentuale di invalidità.

Art. 24 Controversie

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze degli eventi indennizzabili a termini di polizza, le Parti possono conferire un mandato ad un collegio di tre medici (uno per parte più un terzo designato dai primi due), i quali, tenendo presenti le condizioni di polizza e le norme di legge, prenderanno decisioni inappellabili e vincolanti per le Parti.

Tale Collegio Medico opererà nel comune in cui ha sede l'Istituto Universitario di medicina legale e delle assicurazioni più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sosterrà le proprie spese e remunererà il medico da lei designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Art.25 Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo delle entità delle lesioni, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, all'assicurato verrà corrisposto l'importo massimo di Euro 1.033,00.

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, sarà aumentata del 100%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

Danno estetico

Si conviene che, per gli Assicurati di età non superiore ai 14 anni, l'Assicuratore rimborserà fino ad massimo di Euro 1.550,00 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio e/o lesione previste nelle tabelle allegate.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art.21 "Caso morte", per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, verrà corrisposto allo stesso l'importo di Euro 155,00.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art.21 "Caso morte", a seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, verrà corrisposto all'assicurato l'importo di Euro 258,00.

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art.21 "Caso morte", a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione verrà corrisposto allo stesso l'importo di Euro 258,00.

Art. 26 Partecipanti ad attività sportive promozionali scolastiche

La presente garanzia infortuni vale per i partecipanti ad attività sportive promozionali scolastiche organizzate dalla Federazione e dalle Società sportive affiliate nell'ambito degli istituti scolastici.

Il Gruppo Sportivo Scolastico, aderente alla Federazione tramite la specifica affiliazione o l'istituto scolastico che aderisce alle attività promozionali, per attivare tali garanzie provvederà ad inviare all'Assicuratore l'elenco nominativo dei partecipanti (con date di nascita).

Art. 27 Denuncia degli infortuni ed obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da ogni documentazione clinica atta ad accertare le lesioni subite e la loro indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto ed inviata all'Assicuratore, entro 30 giorni lavorativi dalla data dell'evento stesso e/o dal momento in cui l'Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del codice civile.

La documentazione di cui sopra deve consentire inequivocabilmente l'identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relativo referto, nel caso di fratture e/o lesioni particolari è necessario che il referto clinico radiologico evidenzii la diagnosi in modo chiaro e specifico e sia redatto da un Pronto Soccorso Pubblico e/o una Struttura Privata equivalente (clinica, casa di cura etc.).

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro per un valore equivalente.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici dell'Assicuratore e a qualsiasi indagine od accertamento che questi ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art. 28 Denuncia della morte e obblighi relativi

La denuncia della morte, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle relative cause, corredata dalla documentazione atta ad accertare l'indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto ed inviata all'Assicuratore entro 30 giorni dall'evento stesso e/o dal momento in

cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del codice civile.

Art. 29 Limite di indennizzo per singolo evento

In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati con la presente polizza convenzione, le somme delle garanzie di cui alla presente garanzia infortuni non potranno superare l'importo di Euro 2.066.000,00.

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti ad ogni assicurato in caso di sinistro sono ridotti con imputazione proporzionale ai capitali assicurati per le singole persone.

Art.30 Somme assicurate

In caso di morte, agli aventi diritto è corrisposta la somma di Euro 80.000,00.

In caso di invalidità permanente, l'indennizzo riferito alle lesioni di grado superiore al 5% è calcolato in base al grado percentuale dell'invalidità riconosciuta applicato al capitale di Euro 80.000,00.

La Contraente

La Compagnia
