



STRALCIO INFORTUNI A.I.C.S. MOTOCICLISMO / AUTOMOBILISMO

ART.2 OGGETTO DEL RISCHIO – DURATA DELLA COPERTURA

La garanzia si intende prestata in favore di tutti gli iscritti all'AICS per gli infortuni accaduti: durante la pratica di attività motociclistica e automobilistica purché gli stessi siano effettuati in presenza di istruttori-tecnici di AICS o di società affiliate, tassativamente presso impianti omologati dall'A.I.C.S. o da altro organismo riconosciuto dal CONI. La garanzia è operante anche per gli allenamenti individuali e per le sessioni di prove libere moto /auto non competitive, purché organizzate da AICS o Società affiliate. Sono comunque escluse le attività svolte fuori dai circuiti non omologati dall'A.I.C.S. o da altro organismo riconosciuto dal CONI. Per sinistro durante allenamento la denuncia deve essere sempre accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante del Circolo con il quale il socio è tesserato che attesti la veridicità della dichiarazione stessa. La copertura decorre dall' emissione della tessera e risultante dalla data apposta chiaramente sulla tessera stessa e cesserà comunque al 31 dicembre dello stesso anno di decorrenza” senza tacito rinnovo prevedendosi una mora di 90 giorni. Resta in ogni caso esclusa la pratica di sport a livello professionistico.

2.2- Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

l'asfissia non di origine morbosa;

le infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;

gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;

l'annegamento;

l'assideramento e/o il congelamento;

i colpi di sole e/o di calore;

gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;

gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze anche gravi;

le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico; le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari.

2.3 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni causati:

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;

dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo art. (Rischio volo);

da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope;

da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;

dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;

da guerra e da insurrezioni;

da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;

da malaria, da malattie tropicali e da carbonchio;

da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (a titolo esemplificativo, fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);

dall'assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertate in base alle normative vigenti.

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dall'Assicurazione i seguenti casi:

conseguenze dell'Infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;

infarto da qualsiasi causa determinato;

rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine senza che vi sia stata lesione del tessuto cutaneo e

sottocutaneo), salvo quanto previsto dal D.M 3 novembre 2010.

2.4 - Esonero denuncia di infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici o mutilazioni, da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della Polizza o che dovessero in seguito intervenire.

Se l'evento indennizzabile a termini di polizza colpisce una persona che non è fisicamente sana, si applicherà quanto disposto dall'art. 35 (Criteri di indennizzabilità).

2.5 - Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che la Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con Compagnie di Assicurazioni diverse dalla Società per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in Polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, lesione ed indennità di ricovero, ad eccezion fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

2.6 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia, in favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 cod. civ. verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

2.7 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sintomi e disturbi mentali organici. Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso di durata della Convenzione costituisce per la Società aggravamento del Rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del cod. civ.; di conseguenza la Società avrà la facoltà di recedere dalla Convenzione, con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non saranno indennizzabili.

Si intendono comunque assicurati i Tesserati affetti dalle seguenti patologie:

- a) Patologie psichiatriche;
- b) Disturbi mentali come da assi 1, 2, 3 del DSM-IV;
- c) Attention Deficit Hyperactive Disorder;
- d) Patologie Neurologiche;
- e) Patologie neuromotorie;
- f) Paralisi cerebrale infantile;
- g) Malattie degenerative del sistema nervoso adulto;
- h) Patologie dismetaboliche e disgenetiche;
- i) Miopatie e polineuropatie;
- j) Mielopatie;
- k) Epilessia non in fase attiva;
- l) Patologie osteoarticolari;
- m) Disturbi sensoriali.

2.8 - Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga di quanto previsto dell'art. 1900 del cod. civ., sono compresi nella garanzia assicurativa gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, della Contraente e del Beneficiario. A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1912 del cod. civ., sono compresi nella garanzia assicurativa gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

2.9 - Infortuni determinati da calamità naturali

In deroga a quanto previsto dall'art. 1912 del cod. civ., la garanzia assicurativa è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche. Nel caso in cui uno di tali eventi colpisca più soggetti assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente l'importo di Euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00). Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

2.10 - Limite catastrofale

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di euro 1.000.000,00, a deroga dell'art. "Rischio volo" delle Condizioni di Assicurazione per il quale vale il limite in essa indicato. Qualora le indennità liquidabili a termine di polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

2.11 - Validità territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo, fermo restando che la valutazione e la liquidazione dei danni avvengono in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro. In caso di sinistro avvenuto all'estero interesse di associazioni affiliate, comitati o tesserati aventi sede all'estero ogni comunicazione dovrà essere inviata alla Direzione Nazionale AICS che ne verifica la veridicità prima di inoltrarla alla Compagnia.

2.12 - Limite di età

Fermi restando i limiti dettati dai Regolamenti Federali, l'Assicurazione viene prestata senza limiti di età.

2.13 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'Infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche

e/o patologiche preesistenti all'Infortunio stesso; pertanto, l'incidenza che l'Infortunio può avere esercitato su tali condizioni fisiche e/o patologiche preesistenti, come pure il pregiudizio che tali condizioni possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette dell'evento, in quanto tali non indennizzabili. In caso di perdita anatomica e/o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo art. 38 (Invalidità permanente - franchigia assoluta) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. In deroga a quanto stabilito al primo comma, la prestazione assicurativa è dovuta, in caso di decesso, anche quando tale evento costituisca conseguenza indiretta di un Infortunio avvenuto in occasione di una manifestazione sportiva ufficiale (indetta dalla AICS o a cui partecipi, previa approvazione della AICS, l'Affiliato per il quale l'Assicurato risulti tesserato), all'interno della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa.

2.14 - Rischio volo

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi di trasferimento in aereo, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che: da società e/o aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi da trasporto pubblico passeggeri; da aeroclubs. La somma delle garanzie di cui alla presente Polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato, o da altri in suo favore, per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi per aeromobile:

Euro 5.200.000,00 (cinquemilioniduecentomila/00) per il caso morte;

Euro 5.200.000,00 (cinquemilioniduecentomila/00) per il caso invalidità permanente; Euro 5.200.000,00 (cinquemilioniduecentomila/00) per il caso inabilità temporanea.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti. La garanzia assicurativa inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

2.15 - Prestazioni

Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata 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, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo Infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Morte presunta

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà l'Indennizzo previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. La liquidazione da parte della Società non avverrà prima che siano trascorsi 6 (sei) mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del cod. civ. Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'Indennizzo risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Precisazioni

Per "**frattura**", salvo quanto previsto nella tabella allegata al D.M. 3 novembre 2010, s'intende la rottura parziale o totale della continuità dell'osso, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna. Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.

Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'Indennizzo. Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'Assicurato). Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'Indennizzo indicato. Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture "esposte" determineranno una maggiorazione del 50%, salvo 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 preso in considerazione ai fini dell'Indennizzo. Per "lussazione" si 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 dei 60 (sessanta) giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia e che questo stato persista senza remissione per i successivi 180 giorni, l'Indennizzo previsto per la lesione sarà pari al 100% della somma assicurata. Per i casi di lesioni legamentose, l'Indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro 6 (sei) mesi dal prodursi della lesione. 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 il relativo accertamento è richiesta la documentazione radiologica. Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 (quindici) giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a 2 (due) volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa". In presenza di frattura cranica l'Indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le

fratture indennizzate in tabella lesioni. L'Indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.

Per "**ustioni**" si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrariscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.

Invalidità Permanente

Fermo quanto previsto al successivo art. 38 (Invalidità permanente - franchigia assoluta), la Società corrisponde l'Indennizzo nella misura prevista come segue e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di assicurazione sportiva dilettantistica:

i) per tutti gli Assicurati gli indennizzi saranno determinati, in ragione del massimale di riferimento, secondo quanto previsto nella tabella allegata al decreto ministeriale 03.11.2010 "Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti", pubblicato sulla GU n. 296 del 20.12.2010, ovvero, se più favorevole all'Assicurato, secondo quanto previsto nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n°1124 ("Tabella INAIL"). Resta inteso che in caso di mancato versamento del Premio, la Società è obbligata ad erogare la prestazione assicurativa in favore dell'Assicurato, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti della Contraente. Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'Indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'Infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto previsto dal precedente art. 35.

Il massimo esborso per l'invalidità permanente non potrà superare in nessun caso il 100% del capitale assicurato"

Indennità giornaliera per ricovero

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nell'art. 49 - Somme assicurate - per ciascun giorno di degenza a partire dal sesto giorno (franchigia fissa 5 giorni) e con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo. Il giorno di ingresso e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione. L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata. Per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

Rimborso spese mediche

Esclusivamente a seguito di ricovero in Pronto Soccorso, l'Impresa rimborsa fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato nell'ART - Somme assicurate - con uno Scoperto per Sinistro di euro 150,00, le spese mediche sostenute dall'assicurato per le conseguenze dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza: per accertamenti diagnostici per prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere) per trattamenti fisioterapici e rieducativi fino a concorrenza di euro 300,00 in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per:

rette di degenza

onorari dei medici curanti

medicinali

diritti di sala operatoria

materiali d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborsa le spese non riconosciute dal precitato Servizio e sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte, senza deduzione di Scoperto alcuno.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale europea.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, l'Impresa effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente: ovviamente dal rimborso dovuto dall'Impresa verrà detratto quanto già riconosciutogli.

Diaria da gesso

In caso di infortunio che renda necessaria l'applicazione di gessatura l'Impresa corrisponde un'indennità di euro 25,00 (venticinque) per ogni giorno di gessatura con franchigia di 7 (sette) giorni, fino ad un massimo di gg 30 per Infortunio. La garanzia opera, parimenti, anche per il periodo di ininterrotta applicazione di ogni tipo di apparecchio immobilizzante effettuata da personale medico o paramedico in relazione alla frattura e/o lussazione radiologicamente accertata attraverso qualsiasi mezzo messo a disposizione dalla moderna diagnostica radiologica (oltre alla radiologia standard, ad esempio TAC, Risonanza Magnetica, Ecografia, ecc.). Per questo tipo di prestazione, la diaria verrà corrisposta a decorrere dal 1° giorno successivo a quello dell'immobilizzazione con un massimo di 10 giorni per Infortunio.

Invalidità permanente - franchigia assoluta

Se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art. 37, lettera c), non supera il 8%, all'Assicurato non sarà corrisposto alcun Indennizzo. Qualora la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili risulti superiore alla percentuale indicata nell'art.3, l'Indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente.

Prestazione per l'indennità giornaliera da gessatura

La Società riconosce l'indennità indicata all' Art. "Somme assicurate - Calcolo del premio" qualora l'Assicurato - in conseguenza di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza - sia portatore a domicilio: di apparecchio gessato; di qualsiasi altro mezzo di contenimento immobilizzante - comunque esterno e sempreché applicato da personale medico - limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura. La presente indennità - che decorre dall'ottavo giorno successivo a quello in cui l'Assicurato è portatore a domicilio del tutore immobilizzante come sopra descritto (franchigia assoluta 7 giorni) - viene corrisposta per ciascun giorno di totale incapacità fisica dello stesso ad attendere all'attività dichiarata in polizza e fino alla rimozione dell'apparecchio gessato o del mezzo di contenimento immobilizzante col massimo di gg. 30 per infortunio.

2.16 - Controversie sulla natura degli infortuni

In caso di controversia su natura, cause, entità e conseguenze delle lesioni indennizzabili a termini di Polizza, nonché in ordine all'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono deferire la soluzione della controversia, conferendo espresso mandato per iscritto, ad un Collegio costituito da tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo nominato di comune accordo dagli altri due. In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo medico, quest'ultimo essere sarà scelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede

nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni del Collegio medico devono essere annotate in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale definitivo.

2.17 - Pagamento dell'Indennizzo

Nel caso di Infortunio il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato in Euro e comunque in Italia.

2.18 - Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di uno degli eventi garantiti con la presente Polizza, l'Assicurato dovesse trovarsi nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, all'Assicurato verrà corrisposto un Indennizzo incrementato del 20%. La predetta garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentino scuole nella Repubblica di San Marino, ovvero scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

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.

Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto nel precedente art. 25, lettera g), l'Assicurazione vale anche per gli Infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti da guerra o insurrezione che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Spese funerarie

In caso di decesso a seguito di Infortunio, la Società rimborserà le spese funerarie fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (cinquemila/00).

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (cinquemila/00), rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'Infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Rientro sanitario

In caso di Infortunio occorso all'estero, la garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (cinquemila/00).

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Per i morsi di animali, insetti e aracnoidi, che rendano necessario il ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, all'Assicurato, previa diagnosi che accerti l'evento, sono rimborsate le spese documentate.

Avvelenamenti

A seguito di avvelenamento acuto o sospetto avvelenamento da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti il Ricovero con almeno un pernottamento in Istituto di cura, al soggetto Assicurato, previa diagnosi che accerti l'avvelenamento (o attesti il sospetto avvelenamento), sono rimborsate le relative spese documentate.

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, al soggetto Assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Danno estetico

Al soggetto Assicurato che non abbia compiuto il 14° anno di età alla data dell'Infortunio, sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva subiti in conseguenza dell'Infortunio occorso.

2.19 - Denuncia degli infortuni

In caso di Sinistro, la Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto devono:

darne avviso per iscritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui la Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di

accadimento; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Società legittimo impedimento alla trattazione del Sinistro;

in caso di Sinistro occorso durante un allenamento, anche individuale, previsto, disposto ed autorizzato e/o controllato dalla AICS, anche per il tramite dei suoi organi periferici e dei suoi Affiliati, ai fini dell'ammissione del Sinistro all'Indennizzo, la denuncia dovrà essere accompagnata da una dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'Affiliato per il quale l'Assicurato è tesserato che attesti, sotto la propria responsabilità, la veridicità della dichiarazione stessa;

documentare, fornendo ulteriori certificati medici, il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;

trasmettere, in caso di Ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento - medico e non;

consentire in ogni caso alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico, sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 (sessanta) giorni dalla chiusura del Sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

POLIZZA 501225520

2.20 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e/o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del cod. civ. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art.3 -Somme assicurate

3.1 Polizza Piloti Motociclisti NON agonisti (Motoprove)

La copertura esclude le gare, le prove libere relative e gli allenamenti.

Morte euro 80.000,00

Invalidità Permanente euro 80.000,00 franchigia fissa 9% liquidazione secondo la tabella rischi sportivi

Indennizzo forfettario da frattura euro 200,00

3.2 Polizza Piloti motociclisti agonisti – gare e allenamenti

La copertura include le gare, le prove libere e le qualifiche relative.

Morte euro 80.000,00

Invalidità Permanente euro 80.000,00 franchigia fissa 8% liquidazione secondo la tabella rischi sportivi

Diaria da ricovero euro 25,00 massimo 30gg. Franchigia fissa 7giorni.

Diaria da gessatura euro 25,00 massimo 30gg. franchigia fissa 7giorni.

RSM 1.000,00 franchigia fissa euro 150,00

3.3 Polizza Piloti motociclisti agonisti - solo allenamenti

La copertura include gli allenamenti con l'esclusione delle prove libere o di qualificazione relative ad una gara.

Morte euro 80.000,00

Invalidità Permanente euro 80.000,00 franchigia fissa 8% liquidazione secondo la tabella rischi sportivi

Diaria da ricovero euro 25,00 massimo 30gg. franchigia fissa 7giorni.

Diaria da gessatura euro 25,00 massimo 30gg. franchigia fissa 7giorni.

RSM 1.000,00 franchigia fissa euro 150,00

3.4 Manifestazione motociclistica giornaliera NO GARE

La copertura vale soltanto il giorno della manifestazione ed esclude le gare, le prove libere relative e gli allenamenti.

POLIZZA 501225520

Morte euro 50.000,00

Invalidità Permanente euro 50.000,00 franchigia fissa 9% liquidazione secondo la tabella rischi sportivi

Diaria da ricovero euro 30,00 massimo 60gg. franchigia fissa 3 giorni.

Sono espressamente escluse tutte le garanzie previste dall'Art. 18 Estensioni speciali

3.5 Manifestazione motociclistica giornaliera competitiva

La copertura vale soltanto il giorno della manifestazione per partecipanti ad un evento AICS e non tesserati con AICS. Son inclusi in copertura unicamente le prove libere, le qualificazioni e la gara.

Morte euro 50.000,00

Invalidità Permanente euro 50.000,00 franchigia fissa 9% liquidazione secondo la tabella rischi sportivi

Diaria da ricovero euro 30,00 massimo 60gg. franchigia fissa 3giorni.

Sono espressamente escluse tutte le garanzie previste dall'Art. 18 Estensioni speciali

3.6 INTEGRATIVA PILOTI AUTOMOBILISMO (polizza obbligatoria per praticanti attività automobilistica agonistica)

Morte euro 80.000,00

Invalidità Permanente euro 80.000,00 franchigia fissa 8% liquidazione secondo la tabella rischi sportivi

Diaria da ricovero euro 25,00 massimo 30gg. franchigia fissa 7giorni.

Diaria da gessatura euro 25,00 massimo 30gg. franchigia fissa 7giorni.

RSM 1.000,00 franchigia fissa euro 150,00

3.7 INTEGRATIVA PILOTI AUTOMOBILISMO ALLENAMENTI

La garanzia copre unicamente gli allenamenti liberi purché effettuati su circuiti e/o percorsi dotati di omologazione AICS o ACI o CONI.

Morte euro 80.000,00

Invalidità Permanente euro 80.000,00 franchigia fissa 8% liquidazione secondo la tabella rischi sportivi

Diaria da ricovero euro 25,00 massimo 30gg. franchigia fissa 7giorni.

Diaria da gessatura euro 25,00 massimo 30gg. franchigia fissa 7giorni.

RSM 1.000,00 franchigia fissa euro 150,00;