



**FEDERAZIONE ITALIANA PESCA
SPORTIVA E ATTIVITA'
SUBACQUEE**

CAPITOLATO DI GARA FIPSAS

**CONVENZIONE MULTIRISCHI PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE
GENERALE A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA PESCA SPORTIVA ED ATTIVITA'
SUBACQUEE, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETA'AFFILIATE E DEI
SUOI TESSERATI – CIG 5975477F99**



Sommario

CONVENZIONE ASSICURATIVA.....	4
Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione	4
Art. 2 Obblighi della Federazione	4
Art. 3 Foro competente - clausola arbitrale	4
Art. 4 Gestione dei servizi assicurativi.....	4
REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE.....	7
DEFINIZIONI.....	7
NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI.....	7
Art. 5 Manifestazioni unitarie	7
Art. 6 Assicurazioni per conto altrui.....	7
Art. 7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	8
Art. 8 Aggravamento del rischio.....	8
Art. 9 Diminuzione del rischio	8
Art. 10 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio.....	8
Art. 11 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	8
Art. 12 Titoli che danno diritto all'assicurazione.....	8
Art. 13 Denuncia dei sinistri	8
Art. 14 Oneri fiscali	8
Art. 15 Modifiche dell'Assicurazione.....	8
Art. 16 Rinvio alle norme di legge	8
Art. 17 Interpretazione del Contratto	8
Art. 18 Rescissione del contratto	9
Art. 19 Foro competente	9
Art. 20 Dichiarazioni della Società.....	9
Art. 21 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte.....	9
SEZIONE INFORTUNI	9
Art. 22 Soggetti Assicurati	9
Art. 23 Oggetto del rischio.....	9
Art. 24 Estensioni di garanzia.....	10
Art. 25 Esclusioni.....	10
Art. 26 Esonero denuncia di infermità.....	10
Art. 27 Esonero denuncia altre assicurazioni.....	10
Art. 28 Rinuncia alla rivalsa.....	10
Art. 29 Persone non assicurabili.....	11
Art. 30 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari	11
Art. 31 Infortuni determinati da calamità naturali	11
Art. 32 Evento con pluralità di infortuni.....	11
Art. 33 Validità territoriale.....	11
Art. 34 Limite di età	11
Art. 35 Criteri di indennizzabilità.....	11
Art. 36 Rischio volo.....	11
Art. 37 Prestazioni	12
Art. 38 Controversie sulla natura degli infortuni	13
Art. 39 Caso Lesioni - anticipo indennizzo.....	14
Art. 40 Caso Lesioni - franchigia assoluta	14
Art. 41 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave.....	14
Art. 42 Pagamento dell'indennità.....	14
Art. 43 Estensioni speciali	14
Art. 44 Rimborso Spese Mediche	15
Art. 45 Denuncia degli infortuni	15
Art. 46 Rinuncia al diritto di surrogazione.....	15
SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI	16
Art. 47 Descrizione del rischio	16
Art. 48 Oggetto dell'assicurazione	16
Art. 49 Limiti Territoriali.....	16
Art. 50 Responsabilità civile personale	16
Art. 51 Novero dei terzi.....	16
Art. 52 Altre assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e di limiti	16
Art. 53 Gestione delle vertenze e spese di resistenza.....	17
Art. 54 Esclusioni.....	17
Art. 55 Franchigia.....	17

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.).....	18
<i>Art. 56 Soggetti assicurati.....</i>	<i>18</i>
<i>Art. 57 Oggetto dell'assicurazione -Responsabilità Civile verso figure soggette.....</i>	<i>18</i>
<i>all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. (R.C.O.)</i>	<i>18</i>
<i>Art. 58 Estensione malattie professionali</i>	<i>18</i>
<i>Art. 59 Esclusioni.....</i>	<i>18</i>
<i>Art. 60 Denuncia dei sinistri e obblighi dell'assicurato</i>	<i>18</i>
SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI AD ADESIONE.....	19
<i>Art. 61 Oggetto della garanzia</i>	<i>19</i>
<i>Art. 62 Adesione alla formula integrativa</i>	<i>19</i>
<i>Art. 63 Decorrenza e scadenza della formula integrativa.....</i>	<i>19</i>
<i>Art. 64 Premio.....</i>	<i>19</i>
SEZIONE SOMME ASSICURATE	
GARANZIA INFORTUNI	20
GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI	20
GARANZIA RESPONSABILITÀ VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)	20
SEZIONE PREMI.....	20
PREMI UNITARI INFORTUNI.....	20
PREMI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI/ VERSO PRESTATORI DI LAVORO.....	20



D

CONVENZIONE ASSICURATIVA PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA PESCA SPORTIVA ED ATTIVITA' SUBACQUEE, DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETÀ AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI

Tra la **FEDERAZIONE ITALIANA PESCA SPORTIVA ED ATTIVITA' SUBACQUEE (F.I.P.S.A.S.)** e la Compagnia di Assicurazioni, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole **Contraente** e **Società**, viene stipulata la seguente convenzione per le garanzie contro Infortuni, Responsabilità Civile Generale a favore della F.I.P.S.A.S., dei suoi Organi Centrali e Periferici, delle Società e dei suoi Tesserati.

Art. 1 Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 2, con inizio dalle ore 24 del 31 Dicembre 2014 e termina alle ore 24.00 del 31 Dicembre 2016, salvo la possibilità per le Parti di rescindibilità alla scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di almeno 90 giorni. La convenzione potrà essere prorogata alla scadenza di ulteriori 24 mesi.

Art. 2 Obblighi della Federazione

La Federazione si impegna a comunicare alla Società 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 ogni caso la Società la facoltà di recedere dall'accordo.

Art. 3 Foro competente - clausola arbitrale

La decisione di ogni controversia che dovesse insorgere in relazione a validità, interpretazione, esecuzione e/o scioglimento della presente Convenzione sarà rimessa ad un Collegio arbitrale composto da tre arbitri, dei quali uno nominato da ciascuna delle parti e il terzo di comune accordo dai primi due. La Parte che intenda promuovere l'arbitrato notificherà all'altra, a mezzo Ufficiale Giudiziario, atto di nomina del proprio arbitro. L'altra parte, entro 20 giorni dal ricevimento della predetta notifica, a sua volta notificherà, a mezzo Ufficiale Giudiziario, atto di nomina dell'arbitro da lei designato. I due arbitri così nominati dalle parti designeranno, entro 20 giorni dalla notifica dell'atto di nomina del secondo arbitro, il terzo che presiederà il Collegio.

Ove, nei predetti termini, le parti non provvedano alla nomina del proprio arbitro ovvero i due arbitri nominati dalle parti non si accordino per la designazione del terzo, provvederà, su istanza della parte più diligente, il presidente del Tribunale di Roma.

Salvo quanto espressamente previsto dagli artt. 806 e seguenti c.p.c., competerà agli arbitri regolare la procedura arbitrale nel modo che sarà dagli stessi ritenuto più opportuno in relazione alla natura della controversia, ma sempre nel rigoroso rispetto del principio del contraddittorio, e disporre in ordine alle spese.

Il Collegio, che avrà Sede in Roma, deciderà in via rituale e secondo diritto e dovrà pronunciare il lodo entro il termine di giorni 90 (novanta) dalla accettazione salvo proroga del termine.

Salvo quanto sopra convenuto, per le controversie non deferibili ad arbitri è competente in via esclusiva il foro di Roma.

Art. 4 Gestione dei servizi assicurativi

La Compagnia aggiudicataria, all'atto di aggiudicazione dell'appalto, ritiene accettate tutte le conseguenti attività gestionali delle coperture assicurative di seguito vengono specificate:

A. Gestione ordinaria del contratto assicurativo:

- segnalazione preventiva delle scadenze;
- segnalazione preventiva degli adempimenti relativi alla regolazione premio;
- consegna delle quietanze ai diretti interessati;

B. Gestione tecnica dei sinistri

E' richiesto come requisito necessario che, per la gestione dei sinistri i sistemi informatici adottati dalla Società, possano colloquiare con i sistemi informatici della Federazione, al fine di ottimizzare le procedure.

Il sistema di invio, registrazione e gestione dei sinistri sarà concordato, tra FIPSAS e Compagnia Assicuratrice, in un'ottica di miglioramento e comunque mantenendo valida la procedura sotto specificata, che rappresenta uno standard minimo di qualità.

C. Fasi gestione sinistro/denuncia: procedura informatica

FASE 1 DA FIPSAS/TESSERATI A ASSICURAZIONE

Inoltro denuncia da parte degli assicurati attraverso interfaccia web visibile da un link presente sul sito federale.

FASE 2 DA ASSICURAZIONE A FIPSAS / TESSERATI

Flusso verso FIPSAS

Implementazione dei dati mancanti: numero pratica e riferimenti liquidatore. Possibilità di accedere all'interfaccia WEB per visualizzare i dati relativi al sinistro.

Invio del file riepilogativo a FIPSAS con cadenza quindicinale.

Flusso verso tesserati

Invio dei riferimenti sinistro: numero pratica e liquidatore. Indicazione della modalità (Raccomandata/Mail). Possibilità di accedere all'interfaccia WEB per i tesserati al fine di visualizzare i dati relativi al proprio sinistro, nonché fornire ulteriori informazioni specifiche in merito a singolo sinistro a richiesta del tesserato, attraverso la stessa interfaccia WEB e/o un numero verde e/o una mail dedicata, che dovrà comunque essere diversa da quella PEC etc..

FASE 3 DA ASSICURAZIONE A FIPSAS / TESSERATI

Flusso verso FIPSAS

Implementazione dei dati mancanti: stato avanzamento del sinistro (aperto/in attesa di documentazione da parte dell'assicurato/in via di definizione liquidazione/liquidato) e specifiche (liquidazione - suddivisa in IP e RSM - riservato, franchigia e scoperto applicati, se senza seguito, indicare le motivazioni e osservazioni), possibilità di accedere all'interfaccia WEB per la visualizzazione dei suddetti dati.

Invio del file riepilogativo a FIPSAS con cadenza mensile.

Flusso verso tesserati

Implementazione dei dati mancanti: stato avanzamento del sinistro (aperto/in attesa di documentazione da parte dell'assicurato/in via di definizione liquidazione/liquidato) e specifiche (liquidazione - suddivisa in IP e RSM - riservato, franchigia e scoperto applicati, se senza seguito, indicare le motivazioni e osservazioni), possibilità di accedere all'interfaccia WEB per la visualizzazione dei suddetti dati.

In ogni caso la Società dovrà ricevere le denunce degli assicurati inoltrate con qualunque altra modalità (lettera, raccomandata, fax, e mail ecc..) fermo l'obbligo di riportare le relative informazioni nell'interfaccia WEB.

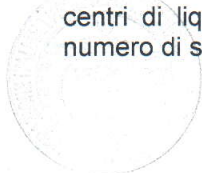
La Compagnia Assicuratrice metterà in atto ogni azione necessaria per consentire uno scambio fluido e regolare di informazioni con tutte le figure assicurate e con gli uffici della Federazione stessa, anche, se necessario, attraverso la creazione di uffici con personale dedicato espressamente alla trattazione sinistri e di tutte le pratiche relative alle polizze stipulate con la Federazione, al fine di offrire un servizio di gestione completo, anche sotto il profilo della corretta interpretazione del normativo di polizza, ovvero dell'assistenza e consulenza alle Società affiliate per eventuali ulteriori coperture.

La Compagnia Assicuratrice dovrà predisporre, entro i termini di avvio della stagione sportiva, tutta la documentazione necessaria per fornire chiara ed ampia informazione ai soggetti assicurati in merito alle condizioni di polizza ed alle procedure da adempiere, nonché alla tempistiche ed alle fasi di trattazione del sinistro. Questa documentazione verrà pubblicata, in apposita sezione dedicata alle assicurazioni del sito federale.

Inoltre la Società, di sua iniziativa, dovrà fornire a FIPSAS ogni informazione utile (recapiti, faq, domande e problematiche più frequenti, etc.) ad ottimizzare le comunicazioni verso i soggetti assicurati e prevenire eventuali lamentele. La Società garantisce la correttezza delle informazioni fornite a tale scopo, nonché si impegna ad implementare i contenuti qualora ne ravvisi la necessità, anche su segnalazione dei soggetti assicurati stessi.

Ogni grave inadempienza nella attività di trattazione e gestione dei sinistri in violazione delle linee guida sopra rappresentate darà luogo, previa contestazione scritta e termine per l'adempimento, all'applicazione di penali, che saranno definite contrattualmente, di importo che potrà giungere alla misura del 2% del premio complessivo.

Sia che la Società utilizzi un'ampia rete decentrata di centri di liquidazione, sia invece intenda optare per centri di liquidazione centralizzati, gli stessi devono essere adeguatamente strutturati in relazione al numero di sinistri da gestire, e sempre supervisionati e monitorati, sia sull'andamento dell'operato che sul



regolare invio di informazioni necessarie ai fini della corretta implementazione dei riepiloghi mensili/trimestrali.

La FIPSAS dovrà aver pieno accesso ai dati relativi alla gestione di ogni pratica, fermi restando i limiti di privacy con riguardo alla documentazione medico-legale.

E' richiesta in ogni caso la presenza di un ispettorato sinistri almeno in 3 regioni ed un centro liquidazione su Roma.



D

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITÀ CIVILE GENERALE A FAVORE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA PESCA SPORTIVA ED ATTIVITA' SUBACQUEE DEI SUOI ORGANI CENTRALI E PERIFERICI, DELLE SOCIETÀ AFFILIATE E DEI SUOI TESSERATI
DEFINIZIONI

Assicurato: la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Società: Compagnia di Assicurazioni.

Premio: la somma dovuta dalla Contraente alla Società.

Tesserato: ogni singolo soggetto detentore di tessera federale compresi quelli delle categorie Atleta, Tecnico o Dirigente di seguito specificate.

Atleta: il tesserato che svolge l'attività sportiva rientrando negli scopi della Contraente a titolo agonistico, non agonistico, amatoriale o ludico.

Dirigente: il soggetto tesserato con tale titolo.

Tecnici: i soggetti tesserati in qualità di maestri, istruttori, allenatori, e le analoghe figure comunque preposte all'insegnamento delle tecniche sportive, all'allenamento degli atleti ed al loro perfezionamento tecnico.

Contraente: la FEDERAZIONE ITALIANA PESCA SPORTIVA ED ATTIVITA' SUBACQUEE (F.I.P.S.A.S.).

Beneficiari: l'assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato.

Franchigia: è l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico che per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo.

Massimale: è l'importo massimo della prestazione della Società Scoperto: è l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri.

Infortunio: ogni evento improvviso, che si verifichi indipendentemente dalla volontà dell'assicurato, 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.

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.

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

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Ricovero: permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Ambulatorio: la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Istituto di cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Trattamento chirurgico: provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Day Hospital: struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 5 Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali F.I.P.S.A.S. abbia ufficialmente aderito.

Art. 6 Assicurazioni per conto altrui

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



Art. 7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 8 Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 9 Diminuzione del rischio

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

Art. 10 Determinazione del premio - Incasso degli acconti e regolazione del premio

Premesso che:

- i premi annui unitari si intendono stabiliti secondo quanto previsto nella successiva Sezione Premi;
- l'importo complessivo previsto alla Sezione Premi (numero adesioni – premio unitario – premio totale), deve considerarsi quale premio minimo anticipato alla Società per ciascun anno assicurativo;

si conviene che:

- il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio verrà effettuato sulla base degli effettivi assicurati previsti alla Sezione Premi.

Dietro richiesta della Società la Contraente fornirà elenco riportante il numero degli Assicurati (iscritti) suddivisi per categoria riferito all'anno assicurativo decorso, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 30 giorni dalla relativa richiesta.

Art. 11 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 consegua il titolo che dà diritto all'assicurazione ai sensi del successivo art. 12 "Titoli che danno diritto all'assicurazione" della presente Sezione, e scadrà al quindicesimo giorno successivo alla scadenza del titolo anzidetto.

I premi devono essere pagati alla Società.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31 Dicembre 2014, anche se la prima rata di premio non è stata pagata.

Per il pagamento delle rate previste è concesso il termine di rispetto di 60 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 comprensivo verrà effettuato, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

A parziale deroga del precedente comma, e solo ed esclusivamente per la garanzia infortuni, in caso di mancato pagamento del premio da parte della Contraente, qualora l'Assicurato possa esibire il titolo che dà diritto all'assicurazione rilasciato precedentemente la data di infortunio, l'assicuratore provvede ad erogare la prestazione assicurativa, fatto salvo il diritto di rivalsa ai sensi dell'art. 1916 C.C.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo, in data posteriore alla adesione alla Convenzione, ma anteriore alla segnalazione dei nominativi alla Società, quest'ultima 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, nei riguardi dei tesserati, delle associazioni o organismi affiliati o collegati, con la Federazione da apposite convenzioni e concerne solo l'attività federale praticata con l'osservanza delle norme statutarie, regolamentari e delle disposizioni emanate dalla Federazione.

Art. 12 Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto senza distinzione di attività praticata, rientrante comunque negli scopi della Contraente, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, alle garanzie assicurative è:

- la Tessera nominativa e numerata della F.I.P.S.A.S.;
- ovvero
- c/c postale comprovante l'avvenuto pagamento della quota associativa;
- affiliazione alla F.I.P.S.A.S. per le Società affiliate;
- opuscolo di tesseramento;

- atto di convenzionamento alla F.I.P.S.A.S. per le Sezioni Provinciali e i Centri Convenzionati F.I.P.S.A.S..
Ai fini assicurativi i documenti sopra indicati sono equipollenti e qualificano il soggetto portatore come "Tesserato", ai fini della presente Convenzione.
Per la F.I.P.S.A.S. costituisce titolo il presente contratto.

Art. 13 Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Società entro 30 giorni dall'evento ovvero 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. 14 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 15 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 16 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 17 Interpretazione del Contratto

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

Art. 18 Rescissione del contratto

La Società può recedere dal contratto di assicurazione esclusivamente secondo quanto stabilito al precedente Articolo 1 "Durata e decorrenza della Convenzione".

Art. 19 Foro competente

Per ogni controversia inerente questo contratto foro competente sarà quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 20 Dichiarazioni della Società

La Società dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato.

Art. 21 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

SEZIONE INFORTUNI

Art. 22 Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i tesserati, gli allenatori, gli istruttori e le Guardie Giurate Particolari Ittiche (GG.PP.II.) della Federazione Italiana Pesca Sportiva ed Attività Subacquee.

Art. 23 Oggetto del rischio

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività sportive, promozionali ed amatoriali della Federazione Italiana Pesca Sportiva ed Attività Subacquee, ivi compresi gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale e comprese le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara o allenamento.

La copertura è inoltre estesa alle altre attività fisiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, pesistica, atletica, purché rientranti nel programma di allenamento, potenziamento e/o recupero necessari all'attività sportiva.

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, compreso il rischio in itinere, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio della Contraente e/o delle Società affiliate.

L'assicurazione opera a condizione che le attività anzi descritte si svolgano secondo le modalità, i tempi e nelle strutture o nei luoghi previsti dal regolamento sportivo federale e/o dalle disposizioni federali.



L'assicurazione opera anche in occasione di trasferimenti, con qualsiasi mezzo effettuati, come passeggeri o in forma individuale, verso e da luogo di svolgimento delle attività di cui ai precedenti commi, esclusi gli incidenti verificatisi in conseguenza di infrazioni o comunque inosservanza delle norme che regolano il trasferimento. L'assicurazione opera a condizione che l'infortunio sia occorso in località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato all'attività di cui ai precedenti commi, ed in data e 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 al termine dell'attività stessa.

Art. 24 Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
3. gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
4. l'annegamento;
5. l'assideramento e/o il congelamento;
6. colpi di sole e/o di calore;
7. gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
8. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze gravi;
9. le conseguenze derivanti da barotraumi, embolie, patologie da decompressione e sincopi. Tale estensione di garanzia si intende operante solo ed esclusivamente per i Tesserati ai Settori Attività subacquee e Nuoto pinnato. Gli eventuali infortuni derivanti dalla presente estensione si intenderanno trattati in base a quanto previsto al successivo art. 37) lett. a), b), e d);
10. Le garanzie previste dalla presente sezione devono intendersi estese ai sinistri derivanti, esclusivamente per le GG.PP.II., dall'uso di elettrostorditori.

Art. 25 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) 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;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 36 – Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- g) da guerra e insurrezioni;
- h) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- i) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- j) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 26 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.

Art. 27 Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Compagnie 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.

Art. 28 Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore 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. 29 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 del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Art. 30 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 31 Infortuni determinati da calamità naturali

Con riferimento all'art. 1912 del Codice Civile, si pattuisce l'estensione dell'assicurazione agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche ma con il seguente limite:

- In caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del Ramo Infortuni raccolti nell'anno precedente l'evento, rilevabile nel relativo bilancio di esercizio.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 32 Evento con pluralità di infortuni

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di Euro 6.000.000,00.

Art. 33 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, con l'intesa che la valutazione e la liquidazione dei danni avvengono in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro.

Art. 34 Limite di età

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

Art. 35 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'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

In caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo Art. 37 lett. c) – lesioni o d) – Invalidità permanente, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (indetta dalla FSN o a cui partecipi la Società Sportiva previa approvazione della FIPSAS) iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa, la prestazione assicurativa è dovuta anche se il decesso sia una conseguenza indiretta dell'infortunio.

Art. 36 Rischio volo

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

- da società/azienda 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 per il caso morte
Euro 5.200.000,00 per il caso invalidità permanente
Euro 5.200,00 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 inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Art. 37 Prestazioni

a) 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.

b) 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 il capitale previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

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.

c) Lesioni

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

- per i tutti gli Assicurati sarando operanti le prestazioni previste nella tabella A allegata alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.

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 dall'art. 35.

Precisazioni:

- Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, 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 presa 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 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà venti volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.

- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.

- 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.

- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a 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 posttraumatico 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 sovrarisaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.

Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

d) Invalidità permanente

Garanzia valida ed operante solo ed esclusivamente per i casi previsti dall'art.24 Estensioni Punto 9.

La presente garanzia viene prestata con una franchigia fissa ed assoluta pari al 5%.

Pertanto qualora il sinistro dovesse eccedere la suddetta percentuale si darà luogo ad indennizzo solo per la parte eccedente tale percentuale.

I. Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

II. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, la Società corrisponde l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori di cui alla tabella allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza.

III. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti al precedente punto II, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- Nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica e/o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella tabella di cui al precedente punto II, le percentuali previste sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

- Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro verranno per il lato sinistro e viceversa;

- Nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alle singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

- Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori espressi nella tabella di cui al precedente punto II, ed ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione di capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

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

IV. La perdita anatomica e funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità permanente calcolata sulla base dei valori espressi nella tabella di cui al precedente punto II e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 38 Controversie sulla natura degli infortuni

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, 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.

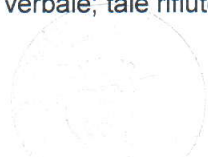
Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza 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 arbitrali devono essere raccolti 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.



Art. 39 Caso Lesioni – anticipo indennizzo

Qualora trascorsi tre mesi dal termine delle cure mediche, sia prevedibile che all'Assicurato residui un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 25%, la Società – quando richiesta - corrisponderà all'Assicurato, un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Art. 40 Caso Lesioni – franchigia assoluta

Sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'art. 37 lett. c) o d) non supera il 5%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Art. 41 Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

Nel caso in cui invalidità permanente sia di grado non inferiore al 60%, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

Art. 42 Pagamento dell'indennità

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

Art. 43 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 un indennizzo incrementato del 20%.

La predetta garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentano scuole nella Repubblica di San Marino, nonché 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 dell'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 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 infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

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, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 5.000,00.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 37 lett. c), per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 37 lett. c), 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, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 37 lett. c), 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 conseguenti all'infortunio subito.

Art. 44 Rimborso Spese Mediche

Entro il limite della somma assicurata a questo titolo, la Società rimborsa le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio che comporti intervento chirurgico anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, etc.) per:

- 1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- 2) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
- 3) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono;

Inoltre l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, per:

- a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- b) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
- c) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
- d) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- e) Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

Sono escluse le spese di viaggio e/o pernottamento per parenti e/o accompagnatori.

La garanzia prevista nel presente articolo si intendono estese ai casi di forzata completa immobilità, limitatamente alle fratture vertebrali anche se non dovesse comportare ricovero.

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 150,00 per evento.

Relativamente alle spese odontoiatriche derivanti da infortunio indennizzabile a termini della presente polizza, la garanzia si intende prestata con il limite di Euro 1.500,00 per anno e per persona.

Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di € 2.000,00 per anno e per persona ed un massimo di € 50,00 per singola prestazione.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la presente garanzia varrà per le spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché adeguatamente documentate.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in Euro.

Art. 45 Denuncia degli infortuni

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

- a) Darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile. La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed 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 Compagnia legittimo impedimento alla trattazione del sinistro;
- b) Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- c) Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;
- d) Consentire in ogni caso alla Compagnia 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 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

Art. 46 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 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.



SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Art. 47 Descrizione del rischio

L'assicurazione è prestata per tutte le attività inerenti l'esercizio, l'organizzazione e lo svolgimento di attività sportive e associative rientranti negli scopi della Contraente.

Sono comprese tutte le attività di allenamento, di corsi, manifestazioni sportive, ricreative e culturali, di gare, organizzate dalla F.I.P.S.A.S. per proprio conto, dai Comitati Territoriali, Regionali e dalle Società Sportive affiliate, Sezioni Provinciali o altro soggetti privati all'uopo delegati.

Art. 48 Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenne

- la Contraente, le sue strutture;
- i tesserati alla F.I.P.S.A.S.;
- le Società affiliate alla F.I.P.S.A.S.;
- le Sezioni Provinciali riconosciute dalla F.I.P.S.A.S.;
- i Centri Convenzionati F.I.P.S.A.S.;

per quanto siano tenute a pagare ai sensi di legge a titolo di risarcimento capitale, interessi e spese per danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'Assicurazione.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare ai sopracitati soggetti da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

L'assicurazione vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 Giugno 1984 n° 222.

Le garanzie previste dalla presente sezione devono intendersi estese ai sinistri derivanti, esclusivamente per le GG.PP.II., dall'uso di elettrostorditori.

Art. 49 Limiti Territoriali

La presente assicurazione vale per i danni che avvengono nel Mondo intero.

Non saranno risarciti i danni derivanti da condanne punitive e/o esemplari.

Art. 50 Responsabilità civile personale

L'assicurazione si estende alla responsabilità civile personale derivante ai tesserati partecipanti alle manifestazioni sportive, ricreative e culturali, comprese le attività di allenamento, di corsi, di gare organizzate dalla Contraente e dai Comitati Provinciali, Regionali e dalle Società Sportive affiliate, per danni involontariamente cagionati a terzi ai sensi di legge.

La presente estensione di garanzia è prestata entro i limiti della normativa e dei massimali convenuti per l'assicurazione di R.C.T. per danni a terzi, e, ove sia operante, di R.C.O. per danni a prestatori di lavoro. In ogni caso i massimali per sinistro della R.C.T. e della R.C.O. convenuti in polizza restano il limite entro cui la Società può essere chiamata a rispondere anche in caso di corresponsabilità dei soggetti sopra menzionati con l'Assicurato o fra di loro.

Art. 51 Novero dei terzi

Non sono considerati terzi i prestatori di lavoro - dipendenti e non dipendenti - nei confronti dei quali la Contraente, le sue strutture e le Società affiliate alla F.I.P.S.A.S. siano tenute all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L., quando subiscano il danno in occasione di servizio.

Sono considerati Terzi fra di loro:

- il coniuge, i genitori, i figli degli Assicurati, nonché qualsiasi parente o affine con essi convivente, esclusivamente nel caso in cui, pur sussistendo i precedenti rapporti, il danno si sia verificato durante l'effettivo svolgimento delle attività per cui è operante la garanzia ed alle quali partecipano contemporaneamente danneggiante e danneggiato.

Art. 52 Altre assicurazioni: secondo rischio per differenza di condizioni e di limiti

Qualora a favore dell'Assicurato fossero in corso al momento del sinistro altre assicurazioni sui medesimi rischi coperti dalla presente Polizza, quest'ultima si considera operante nei casi e con le modalità seguenti:

- a) se il rischio non fosse garantito nelle predette altre assicurazioni ma lo fosse in base alle garanzie prestate con la presente Polizza a favore dell'Assicurato stesso, saranno operanti per quel rischio i capitali e/o massimali e le condizioni previsti in quest'ultima, come se le predette altre assicurazioni non esistessero;
- b) se il rischio fosse garantito e liquidato in base alle predette altre assicurazioni ma i massimali e/o capitali o le somme in esse previsti fossero insufficienti a coprire l'intero danno, la presente Polizza risarcirà l'Assicurato per la sola parte di danno eccedente quella risarcita a norma delle predette altre assicurazioni, nei limiti ed alle condizioni tutte della presente Polizza.

Art. 53 Gestione delle vertenze e spese di resistenza

La Società assume, fino a quando né ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile sia penale, a nome dell'Assicurato, designando, previa intesa con lo stesso, ove occorra, legali e/o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti od azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa dal danneggiato contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali e/o tecnici che non siano designati nelle modalità di cui sopra e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.

La Società si impegna a fornire tempestivamente copia degli atti processuali ed ogni informazione relativa all'andamento delle liti giudiziali.

Si precisa che la difesa dell'Assicurato viene assunta dalla Società in sede sia civile sia penale fino alla definitiva tacitazione dei terzi e ad esaurimento del giudizio nel grado in corso al momento della liquidazione del sinistro.

Art. 54 Esclusioni

L'assicurazione R.C.T. non comprende:

- a) le gare che coinvolgono i natanti in quanto soggette alla legge 990 del 24/12/1969;
- b) i rischi di responsabilità civile dei proprietari e/o dei conducenti degli autoveicoli e natanti al seguito di gare sportive.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i danni:

- c) conseguenti a inquinamento in genere, comunque cagionato; interruzioni, deviazioni, impoverimento ed alterazioni di sorgenti, di corsi d'acqua sotterranei, di falde acquifere e di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- d) provocati a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- e) provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da questi detenute;
- f) da furto;
- g) dovuti ad errori od omissioni, disguidi o ritardi nella redazione, consegna, conservazione, pubblicazione, diffusione di atti, documenti, valori e simili; da responsabilità volontariamente assunte e non derivanti direttamente per legge;
- h) alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate;
- i) ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano i lavori;
- j) derivanti dalla circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore e dalla navigazione di natanti a motore;
- k) derivanti dalla detenzione o dall'impiego di aeromobili;
- l) cagionati da opere ed installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori, nonché i danni cagionati da prodotti e cose dopo la consegna a terzi; per le opere che richiedono spostamenti successivi e, comunque, ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori che la riguardano e, comunque, dopo trenta giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso od aperta al pubblico;
- m) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli Artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile;
- n) da detenzione od impiego di esplosivi;
- o) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- p) di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, ne per i danni da campi elettromagnetici;
- q) verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;
- r) direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni;
- s) causato o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.

Art. 55 Franchigia

L'assicurazione si intende prestata previa detrazione di Euro 150,00 per ogni sinistro che comporti danni a cose. Tale importo non è comunque a carico della Federazione.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

Art. 56 Soggetti assicurati

Le garanzie previste nella presente sezione sono operanti per la Contraente, per le sue strutture Regionali e Provinciali e per le Società affiliate alla F.I.P.S.A.S. o soggetti all'uopo delegati dalla Contraente, quando svolgono attività organizzate F.I.P.S.A.S..

Art. 57 Oggetto dell'assicurazione -Responsabilità Civile verso figure soggette all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. (R.C.O.)

La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile verso i prestatori di lavoro subordinato da lui dipendenti, i prestatori di lavoro parasubordinati e quelli appartenenti all'area dirigenziale, siano essi:

- non soggetti all'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro;
- assicurati, ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, nonché ai sensi del Dlgs.23/02/2000 n° 38, per gli infortuni (escluse le malattie professionali) da essi sofferti.

Relativamente alla componente "Danno Biologico" l'assicurazione si intende prestata con l'applicazione della franchigia di € 2.582,28 per ogni persona infortunata.

La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. Non costituisce però causa di decadenza della copertura la mancata assicurazione di personale presso l'INAIL, se ciò deriva o da inesatta ed erronea interpretazione delle norme di legge vigenti, o da una involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL.

L'assicurazione R.C.O. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984, n. 222.

Art. 58 Estensione malattie professionali

A parziale deroga delle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione la garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) è estesa al rischio delle malattie professionali (escluse asbestosi e silicosi) tassativamente indicate nelle tabelle allegate al D.P.R. n.1124 del 30 giugno 1965, o contemplate dal D.P.R. del 9 giugno 1975 n.482 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni, in vigore al momento del sinistro, nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali dalla Magistratura.

L'estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino in data posteriore a quella della stipulazione del presente documento e siano conseguenza di fatti colposi commessi dall'Assicurato o da persone delle quali deve rispondere, verificatisi durante il tempo dell'assicurazione.

L'estensione non ha effetto per le malattie che si manifestino dopo 12 mesi dalla data di cessazione della polizza o della data di cessazione del rapporto di lavoro.

Ferme, in quanto compatibili, le Condizioni Generali di assicurazione in punto di denuncia dei sinistri, l'Assicurato ha l'obbligo di denunciare senza ritardo alla Società l'insorgenza di una malattia professionale rientrante nella garanzia e di fare seguito, con la massima tempestività, con le notizie, documenti e gli atti relativi al caso denunciato.

Art. 59 Esclusioni

La presente garanzia non comprende unicamente i danni:

- da detenzione od impiego di esplosivi;
- verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, ne per i danni da campi elettromagnetici;
- verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione;
- direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni;
- causato o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.

Art. 60 Denuncia dei sinistri e obblighi dell'assicurato

La Contraente e le sue strutture devono fare denuncia alla Società soltanto degli infortuni per i quali ha luogo l'inchiesta pretorile a norma della legge infortuni.

Inoltre, se per l'infortunio viene iniziato procedimento penale, deve darne avviso alla Società appena ne abbia notizia.

La Società ha diritto di avere in visione i documenti concernenti sia l'assicurazione obbligatoria sia l'infortunio denunciato in relazione all'assicurazione stessa che abbia dato luogo al reclamo per responsabilità civile.

SEZIONE INTEGRATIVA INFORTUNI AD ADESIONE

Art. 61 Oggetto della garanzia

Alle condizioni che seguono è data facoltà ai singoli tesserati, che ne facciano espressa richiesta e ne onorino il relativo premio, di estendere l'operatività delle garanzie equiparando tale operatività a quanto previsto dai regolamenti e/o dalle disposizioni federali per i detentori di tessera Atleta.

In aggiunta o in alternativa l'integrazione potrà riguardare la riduzione della franchigia di cui all'art. 40 di uno o due punti, con quotazione del relativo premio aggiuntivo da parte della compagnia che non andrà ad incidere sull'aggiudicazione.

Art. 62 Adesione alla formula integrativa

Al fine di aderire alla formula integrativa, il singolo tesserato dovrà provvedere alla compilazione del modulo dedicato ed al versamento del relativo premio.

Art. 63 Decorrenza e scadenza della formula integrativa

Le garanzie previste dalla formula integrativa decorreranno dalle ore 24.00 del giorno di adesione e scadranno inderogabilmente contestualmente alla tessera federale.

Art. 64 Premi

I premi previsti nella successiva sezione premi dovranno essere pagati direttamente all'assicurazione.



SEZIONE SOMME ASSICURATE

GARANZIA INFORTUNI

Tesserati - ALLENATORI, ISTRUTTORI, ISPETTORI E GUARDIE PARTICOLARI ITTICHE (GG.PP.II.)

Caso morte € 80.000,00

Caso lesioni € 80.000,00

Rimborso spese mediche € 5.000,00

GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Tesserati

per ogni sinistro € 1.000.000,00

ma con il limite per ogni persona danneggiata di € 1.000.000,00

e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di € 1.000.000,00

Sezioni Provinciali, Società affiliate, CCF o Soggetti delegati

per ogni sinistro € 3.000.000,00

ma con il limite per ogni persona danneggiata di € 3.000.000,00

e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di € 3.000.000,00

Contraente

per ogni sinistro € 5.000.000,00

Ma con il limite per ogni persona danneggiata di € 5.000.000,00

e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di € 5.000.000,00

GARANZIA RESPONSABILITÀ VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)

Contraente, Sezioni Provinciali, Società Affiliate, CCF o Soggetti delegati

per ogni sinistro € 3.000.000,00

Ma con il limite per ogni persona danneggiata di € 3.000.000,00

SEZIONE PREMI

PREMI UNITARI INFORTUNI

Tesserati n. 150.000 x €..... = €.....

Atleti n. 35.000 x €..... = €.....

=====

Totale Premi = €

PREMI UNITARI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI/ VERSO PRESTATORI DI LAVORO

Tesserati n. 185.000 x €..... = €.....

Società Affiliate n. 3.200 x €..... = €.....

Centri Convenzionati Federali n. 20 x €..... = €.....

Sezioni Provinciali n. 80 x €..... = €.....

Federazione = €.....

=====

Totale Premi = €.....

TOTALE PREMI GENERALE (UTILE AI FINI DELL'AGGIUDICAZIONE) €.....

PREMI UNITARI COPERTURE INTEGRATIVE AD ADESIONE (ININFLUENTE AI FINI DELL'AGGIUDICAZIONE)

Premio addizionale copertura integrativa equiparazione tessera atleta €.....

Premio addizionale copertura integrativa riduzione franchigia assoluta al 4% €.....

Premio addizionale copertura integrativa riduzione franchigia assoluta al 3% €.....

PREMIO MINIMO ANNUALE

La Contraente riconosce un premio annuale, corrispondente al totale dell'importo derivato dalla somma dei premi relativi alla SEZIONE PREMI, di Euro €.....

PAGAMENTO DEL PREMIO

La Contraente riconosce un premio minimo annuale complessivo di €.....

Il pagamento dei premi verrà corrisposto in 2 rate di €..... ciascuna.

**FEDERAZIONE ITALIANA
PESCA SPORTIVA ED ATTIVITA'
SUBACQUEE**

