

**CONVENZIONE ASSICURATIVA INFORTUNI
PER CONTO E A FAVORE DEI TESSERATI
AL MOVIMENTO SPORTIVO POPOLARE ITALIA,**

Tra il MOVIMENTO SPORTIVO POPOLARE ITALIA in seguito denominato Contraente o Ente e la Aig Europe SA, in seguito denominata Impresa o Assicuratore, viene stipulata la seguente Convenzione Infortuni a favore dei Tesserati al Movimento Sportivo Popolare Italia.

Le prestazioni garantite sono disciplinate nell'allegato "REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER IL MOVIMENTO SPORTIVO POPOLARE ITALIA".

Tale regolamento, forma parte integrante della presente Convenzione.

Art. 1. Titoli che danno diritto all'assicurazione

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative è, senza distinzione di attività praticata, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, la Tessera numerata.

Le tessere verranno rilasciate a cura del Movimento Sportivo Popolare Italia e dei suoi organi periferici (Comitati regionali e provinciali, territoriali, etc.), da questa specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Per il Movimento Sportivo Popolare Italia costituisce titolo il presente contratto.

Art. 2. Durata e decorrenza della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 1, con inizio dalle ore 24.00 del 31 agosto 2009 e termina alle ore 24.00 del 31 agosto 2010.

In mancanza di disdetta data da una delle Parti almeno 90 giorni prima della scadenza, la Convenzione è prorogata per la durata di un anno e così successivamente.

Art. 3. Obblighi dell'Ente

L'Ente si impegna a comunicare all'Impresa tutte le modifiche delle normative riguardanti l'Ente e 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 l'Impresa la facoltà di recedere dall'accordo.

Art. 4. Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Sede della Taverna SpA di Brokeraggio Assicurativo via G. Paisiello n.26 - - 00198 ROMA entro 3 giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui l'Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del Codice Civile.

Art. 5. Foro competente- clausola arbitrale

Le controversie che dovessero insorgere fra le parti della presente Convenzione, escluse quelle non compromettibili ad arbitri e per le quali è competente il Foro di Roma, inerenti la validità, l'interpretazione e/o l'esecuzione e/o lo scioglimento della presente Convenzione saranno deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre membri, nominati uno da ciascuna delle parti in contesa e il terzo, con funzioni di Presidente del Collegio, dai membri nominati dalle parti stesse, ovvero, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di Roma, il quale nominerà anche l'arbitro della parte che non vi avesse provveduto nel termine di giorni venti dalla richiesta fattale dall'altra parte, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il Collegio dovrà decidere, disponendo anche in ordine alle spese, nel termine di 60 giorni dalla sua costituzione, in via rituale e secondo diritto con libertà di procedura ma sempre con l'osservanza del rispetto del principio del contraddittorio. La sede del Collegio sarà Roma.

Art. 6. 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 all'Assicuratore per ciascun anno assicurativo,

si conviene che:

- il conguaglio dei premi in sede di regolazione premio sarà computato effettuando la somma (positiva e/o negativa) dei premi per singola categoria di assicurati sulla base degli effettivi assicurati.

Entro la data del 31 ottobre di ciascun anno la Contraente fornirà all'Assicuratore elenco riportante il numero degli Assicurati suddivisi per categoria e/o tipo di tessera associativa e tipo di copertura assicurativa prestata, riferiti all'anno assicurativo trascorso, affinché l'Assicuratore stesso possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

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

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

Art. 7 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla Taverna S.p.A. di Brokeraggio Assicurativo e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker, il quale tratterà con l'Impresa Assicuratrice..

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che devono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker si intenderanno come fatte all'Impresa.

L'opera del broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato assicurativo dalle Compagnie di assicurazione aggiudicatrici della presente Convenzione con un'aliquota provvigionale da applicarsi ai premi imponibili della Convenzione.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker, anche per il tramite dei suoi Collaboratori del cui operato espressamente risponde, si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2005.

**REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE
PER L' ASSICURAZIONE INFORTUNI A FAVORE DEGLI ISCRITTI
AL MOVIMENTO SPORTIVO POPOLARE ITALIA**

DEFINIZIONI

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Associato

Ogni singolo soggetto iscritto o aderente alla Contraente compreso in copertura.

Beneficiario

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

Day Hospital

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

Indennizzo

La somma dovuta dall' Assicuratore in caso di sinistro.

Infortunio

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

Invalidità permanente

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

Inabilità temporanea

Temporanea incapacità fisica dell' Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni.

Trattamento chirurgico

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

Istituto di cura

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

Ricovero

Periodo di degenza in istituto di cura. Viene considerata ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purchè certificata da cartella clinica.

Premio

La somma dovuta dal Contraente all' Assicuratore.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

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

Tesserato

Ogni singolo soggetto tesserato al Movimento Sportivo Popolare Italia.

Massimale

L'importo massimo della prestazione dell'Assicuratore.

Scoperto

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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1. Manifestazioni unitarie

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

Art. 2. Nuovi Tesserati

La Contraente e l'Impresa prendono atto e convengono che i premi relativi a ciascun tesserato sono da considerarsi su base annua anche se l'iscrizione al M.S.P. ITALIA risulti successiva alla data di inizio annuale della Convenzione.

L'Impresa rende noto di essere a conoscenza che la campagna di tesseramento potrà avvenire tanto su base anno solare (dal 31/12 al 31/12 anno successivo) che per annualità sportiva (31/08 – 31/08 anno successivo). Pertanto, in caso di sinistro, la validità della copertura assicurativa sarà subordinata, indipendentemente dal tipo di tesseramento (anno solare - annualità sportiva), al possesso da parte dell'infortunato della Tessera MSP Italia in regolare corso di validità (art.1 della Convenzione "Titoli che danno diritto all'assicurazione").

Art. 3. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio -Variazioni del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 (ex artt. c.c. 1892, 1893 e 1894).

L'omissione della dichiarazione da parte della Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza aggravante del rischio durante il corso della polizza medesima, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere all'Assicuratore il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 4. Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento delle rate di premio così come indicato in polizza.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui consegna il titolo che dà diritto all'assicurazione, ai sensi dell'art. 1 "Titoli che danno diritto all'assicurazione" della precedente Sezione, e cessa alle ore 24,00 del giorno di scadenza del titolo anzidetto.

I premi devono essere pagati all'Assicuratore per il tramite del Broker.

In deroga a quanto stabilito al primo comma, le parti convengono che l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31 agosto 2009, ferme restando le scadenze convenute indicate ai commi successivi che verranno pagate dal Contraente alla Tavema Spa di Brokeraggio Assicurativo.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo a termini di regolamento, in data posteriore alla adesione alla Convenzione, l'Impresa esprime riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del sinistro.

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

Art. 5. Modifiche dell' Assicurazione

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

Art. 6. Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero. Il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato in Euro e comunque in Italia.

Art. 7. Rinvio alle norme di legge

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

Art. 8. Altre assicurazioni

L'assicurato e/o la Contraente sono esonerati dall'obbligo di denunciare all' Assicuratore eventuali altre polizze da esso stipulate per il medesimo rischio.

Art. 9. Interpretazione del Contratto

In caso di eventuali dubbi di interpretazione sui contenuti delle clausole contrattuali, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

Art. 10. Foro competente

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI**Art. 1. Soggetti Assicurati**

L'assicurazione vale per tutti i Tesserati al Movimento Sportivo Popolare Italia.

Precisamente:

GRUPPO "A1": Soci/Atleti titolari di tessera "A1", durante la pratica di qualsiasi attività effettuata sotto l'egida del Contraente, salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO "A2": Soci/Atleti titolari di tessera "A2", durante la pratica di qualsiasi attività effettuata sotto l'egida del Contraente, salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO "A3": Soci/Atleti titolari di tessera "A3", durante la pratica di qualsiasi attività effettuata sotto l'egida del Contraente, salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO "Tesserati Sport motoristici", durante la pratica delle attività sportive del Motociclismo e dell'Automobilismo tutte esercitate in forma dilettantistica ed effettuata nel rispetto delle Norme di legge, dei Regolamenti MSP Italia, comunque autorizzate e svolte sotto l'egida del Contraente, salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO "B": Tesserati titolari di tessera "B": dirigenti, funzionari, impiegati, allenatori, istruttori, giudici e/o ufficiali di gara, cronometristi preposti e/o designati alle attività tipiche promosse dal Contraente con validità della garanzia limitata al solo ruolo ricoperto e all'attività svolta nell'ambito e per conto del Contraente, salvo quanto disposto dall'articolo Esclusioni

GRUPPO "C": Partecipanti alle manifestazioni giornaliere indette e organizzate dal Contraente o da altre associazioni a cui il Contraente è collegato o convenzionato e che lo stesso Contraente abbia precedentemente comunicato.

Il Contraente dovrà comunicare all'Impresa, entro le 48 ore successive alla data di inizio della manifestazione i seguenti dati:

- Denominazione della manifestazione da assicurare;
- Elenco e numero dei partecipanti (non tesserati);
- Decorrenza e durata della manifestazione

Art. 2. Limiti di età

L'assicurazione viene prestata senza limiti di età.

Art. 3. Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni che producano:

- la morte
- invalidità permanente
- spese di cura
- ricovero

L'Assicurazione, nei termini e con i limiti in seguito indicati, vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- in occasione di assemblee, riunioni organizzative, gare, allenamenti, riunioni di Consiglio Nazionale, Regionale, Provinciale, incarichi, missioni o altre attività rientranti negli scopi del Movimento Sportivo Popolare Italia e/o per il funzionamento dei suoi organi,
- in occasione di attività sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o riconosciute e/o organizzate sotto l'egida del Movimento Sportivo Popolare Italia, gare, allenamenti (anche individuali), durante le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara o di allenamento, durante lo svolgimento di concorsi e/o manifestazioni sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o organizzate sotto l'egida del Movimento Sportivo Popolare Italia per tutte le attività e discipline riconosciute.
- durante l'espletamento del mandato sportivo, anche in occasione di gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della M.S.P. ITALIA, riunioni organizzative, incarichi, missioni o altre attività rientranti negli scopi della Movimento Sportivo Popolare Italia;

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

Le predette garanzie saranno operanti sempreché documentate dal Movimento Sportivo Popolare Italia o dalle sue Strutture Periferiche competenti.

Per i componenti il Consiglio Nazionale ed il Collegio dei Revisori dei Conti le pratiche infortunistiche saranno istruite e gestite dalla Segreteria Nazionale.

Art. 4. Equiparazione ad infortunio -Estensioni di garanzia

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

La garanzia è estesa anche agli infortuni:

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

Art. 5. Esclusioni

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

- a. uso e guida di natanti, mezzi di locomozione subacquea;
- b. abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- c. guida e uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerea salvo quanto espressamente previsto al successivo art.11;
- d. azioni delittuose dell'assicurato;
- e. movimenti tellurici, inondazioni, ed eruzioni vulcaniche;
- f. guerra e insurrezione, salvo per i primi 14 giorni qualora l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace;

- g. trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- h. da detenzione od impiego di esplosivi.
- i. da operazioni chirurgiche, trattamenti e cure mediche, non resi necessari da infortunio;
- j. da atti dolosi compiuti o tentati dall' Assicurato;

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni direttamente derivanti dalla pratica di:

- k. Speleologia - guidoslitta – alpinismo- escursionismo con accesso a nevai o ghiacciai e arrampicata libera;
- l. salto dal trampolino con sci e idrosci ;
- m. paracadutismo in tutte le sue forme - sport aerei e di volo in genere (non è esclusa la pratica del Kite Surf) ;
- n. caccia e tiro;
- o. sport ed attività equestri in genere (con la sola eccezione delle lezioni impartite presso scuole di equitazione affiliate all'Ente)

Art. 6. 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 ai momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire. Se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente sana, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche, ma sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art. 7. Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che la Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Imprese per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, invalidità permanente, 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. 8. Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 9. Persone non assicurabili

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

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

Art.10 Criteri di indennizzabilità

L'Impresa 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.

Art. 11. Rischio volo

La garanzia è operante per le conseguenze degli infortuni che l' Assicurato subisca durante viaggi aerei di trasferimento che venissero da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri

in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.

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

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

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

- Euro 1.032.913,80 per il caso di Morte
- Euro 1.032.913,80 per il caso di invalidità permanente totale
- Euro 258,23 giornaliera per il caso di inabilità temporanea

e complessivamente, per aeromobile, di:

- Euro 15.000.000,00 per il caso di Morte
- Euro 15.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale
- Euro 5.164 ,57 giornaliera per il caso di inabilità temporanea.

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

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

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

Art. 12. Prestazioni

A. Caso Morte

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

L' indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l' Assicurato muore, l' Assicuratore corrisponde ai beneficiari la differenza fra l' indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove questa sia maggiore.

Qualora, a seguito di un infortunio, il corpo dell' Assicurato non venga ritrovato, l' Assicuratore liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell' istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 Cod. Civ. . Se, dopo che è stato pagato l'indennizzo, risulta che l' Assicurato è vivo, l' Assicuratore avrà diritto alla restituzione entro 30 giorni dalla richiesta della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

B. Caso Invalidità Permanente

L'indennizzo per Invalidità Permanente è determinato mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri di cui alla tabella A allegata alla presente Convenzione.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo 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. 10.

Precisazioni:

- o Per "frattura" s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- o Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- o Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- o Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
- o Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- o 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.
- o I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- o Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- o 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.
- o 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.
- o 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.
- o 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 post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.
L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.
- o 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.
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.

Franchigia

Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al la percentuale di franchigia identificata per ciascuna categoria nell'ambito della tabella di cui alla sezione "Somme assicurate"

Per invalidità permanente superiore a tali percentuali, l'indennizzo verrà corrisposto per la sola parte eccedente.

C. Rimborso spese di cura a seguito di infortunio

In caso di Infortunio indennizzabile, l'Impresa rimborsa, entro il limite della somma assicurata a questo titolo, le spese effettivamente sostenute per:

1. Prestazioni sanitarie relative al ricovero, ad 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.) :
 - a) 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);
 - b) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici;
 - c) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.
2. prestazioni sanitarie sostenute nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico o all'infortunio che non abbia determinato ricovero o intervento chirurgico:
 - 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, 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 garanzie previste nel presente articolo si intendono estese ai casi di forzata completa immobilità, limitatamente alle frattura vertebrale 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 € 50,00 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 € 1.500,00 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.

D. Diaria da ricovero a seguito di infortunio

In caso di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da infortunio e in assenza di richiesta di rimborso per spese effettuate durante il ricovero, l'Impresa corrisponde un'indennità di euro 30,00 per ogni giorno di ricovero. La diaria verrà corrisposta a decorrere dal 6° giorno successivo a quello del ricovero fino al giorno precedente a quello del termine del ricovero con un massimo di 30 giorni per ricovero.

Art. 13. Estensioni speciali

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.

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo delle entità della percentuale di invalidità permanente, 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 il 20% dell'indennizzo erogato per lesioni.

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, l'Impresa, fino alla concorrenza di Euro 2.600,00, 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 2.600,00.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Nel caso di nel caso di morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € 2.600,00 .

Avvelenamenti

Nel caso 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, sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € 2.600,00

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Nel di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di € 2.600,00

Danno estetico

Si conviene che l'Impresa rimborserà fino ad massimo di € 2.600,00, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza. Tale estensione di garanzia si intende valida solo ed esclusivamente per gli assicurati di età inferiore ai 14 anni .

Art. 14. 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. 15. Denuncia degli infortuni obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che le hanno determinate, corredata da ogni documentazione clinica atte ad accertare le lesioni subite e la loro indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto utilizzando i modelli di "Denuncia Infortunio" predisposti dal MSP Italia ed inviata alla Sede della Taverna SpA di Brokeraggio Assicurativo via G. Paisiello n.26 3° Piano – 00198 ROMA **entro 3 giorni** lavorativi dalla data dell'evento stesso e/o dal momento in cui l'Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto, la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del codice civile.

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

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

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

Art. 16. Denuncia della morte e obblighi relativi

La denuncia della morte, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che l'hanno determinata, corredata dalla documentazione atta ad accertare l'indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto ed inviata alla Sede della Taverna SpA di Brokeraggio Assicurativo via G. Paisiello n.26 – 00198 ROMA, entro 30 giorni dall'evento stesso e/o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt.1913 e 1915 del codice civile.

Art.17. Limite di indennizzo per singolo evento

In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati con la presente polizza convenzione, le somme delle garanzie di cui alla presente garanzia infortuni non potranno superare l'importo di Euro 2.065.827,60.

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

Art. 18 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

L'Impresa s'impegna a fornire mensilmente al Broker il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

Art.19. Copertura Infortuni Integrativa

Le A.S.A.(Associazioni/Società/Scuole Sportive) affiliate all'MSP Italia in occasione del tesseramento potranno **elevare** i massimali della copertura Infortuni dei propri tesserati (indipendentemente dalla categoria) come previsto nella Sezione Somme Assicurate – Copertura Integrativa.

Avranno diritto alle garanzie previste dalla Copertura Integrativa i Tesserati di quelle A.S.A. che abbiano inoltrato al M.S.P. ITALIA formale comunicazione con allegato elenco identificativo dei Tesserati beneficiari .

**SEZIONE
SOMME ASSICURATE**

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera A1

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 80.000,00
Invalità Permanente franchigia Assoluta 9%	Euro 80.000,00 - Tabella Allegato "A"

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera A2

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 80.000,00
Invalità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 80.000,00 - Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€ 560,00 Scoperto 10% con un minimo di € 50,00

Categoria Socio/Atleta titolare della tessera A3

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 100.000,00
Invalidità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 100.000,00 - Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€ 3.000,00 Scoperto 10% con un minimo di € 50,00

Categorie – Tesserati sport motoristici

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 80.000,00
Invalidità Permanente franchigia Assoluta 9%	Euro 80.000,00 - Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€ 560,00 Scoperto 10% con un minimo di € 50,00

Categoria B - Tecnici – Dirigenti – Dirigenti Centrali

Garanzie	Massimali
Morte	Euro 100.000,00
Invalidità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 100.000,00 - Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€ 1.200,00 Scoperto 10% con un minimo di € 50,00

Categoria C - PARTECIPANTI A MANIFESTAZIONI GIORNALIERE

Garanzie	Massimali	
Morte	Euro 80.000,00	
Invalidità Permanente franchigia Assoluta 5%	Euro 80.000,00	- Tabella Allegato "A"
Premio per singolo tesserato		Euro 0,05

Copertura Infortuni Integrativa

Garanzie	Massimali	
Morte	Euro 120.000,00	
Invalidità Permanente franchigia relativa 5%	Euro 120.000,00	- Tabella Allegato "A"
Rimborso spese Mediche	€ 6.000,00 Scoperto 10% con un minimo di € 50,00	
Diaria da ricovero	€ 30,00 – franchigia 5 gg massimo 30	

Allegato 1

Tabella "A"

TIPOLOGIA DI LESIONE

LESIONI APPARATO SCHELETRICO

CRANIO

FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	7,00%
FRATTURA SFENOIDE	5,00%
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	3,00%
FRATTURA LEFORT I (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	4,00%
FRATTURA LEFORT II O III (non cumulabili tra loro né con LEFORT I)	7,00%
FRATTURA ETMOIDE	3,00%
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	2,00%
FRATTURA OSSA NASALI	2,50%
FRATTURA MANDIBOLARE(PER LATO)	4,00%
LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA	5,00%
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	8,00%

COLONNA VERTEBRALE

TRATTO CERVICALE

FRATTURA CORPO III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	6,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II VERTEBRA	8,00%
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO o PROCESSI ARTICOLARI) I-VERTEBRA	10,00%

TRATTO DORSALE

FRATTURA DEL CORPO DALLA I ALLA XI VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4,00%
FRATTURA DEL CORPO XII VERTEBRA	8,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA XII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%

TRATTO LOMBARE

FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	8,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA V VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%

OSSO SACRO

FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	4,00%
COCCIGI	
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	4,00%
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	3,00%
FRATTURA ACETABOLARE(PER LATO)	6,00%
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	4,00%
FRATTURA STERNO	2,00%
FRATTURA DI UNA COSTA(COMPOSTA)	0,50%
FRATTURA DI UNA COSTA(SCOMPOSTA)	1,50%
FRATTURA SCAPOLA(PER LATO)	3,00%
PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA	6,00%
PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA	10,00%
ARTO SUPERIORE (DX o Sn)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	3,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	6,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	6,00%
AVAMBRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	2,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO(FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	4,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO(FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	4,00%
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	2,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	4,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	4,00%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	4,00%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	5,00%
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	5,00%
FRATTURA SEMILUNARE	3,00%
FRATTURA PIRAMIDALE	2,00%
FRATTURA PISIFORME	1,00%
FRATTURA TRAPEZIO	2,00%
FRATTURA TRAPEZOIDE	2,00%

FRATTURA CAPITATO	2,00%
FRATTURA UNCINATO	2,00%
FRATTURA I METACARPALE	6,00%
FRATTURA II O III O IV O V METACARPALE	3,00%
SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	4,00%
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
POLLICE	4,00%
INDICE	3,00%
MEDIO	3,00%
ANULARE	2,00%
MIGNOLO	3,00%
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
POLLICE	3,00%
INDICE	2,50%
MEDIO	2,00%
ANULARE	1,00%
MIGNOLO	2,00%
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	2,00%
MEDIO	1,00%
ANULARE	1,00%
MIGNOLO	2,00%
ARTO INFERIORE (DX o Sx)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	6,00%
EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico)	10,00%
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	10,00%
FRATTURA ROTULA	4,00%
FRATTURA TIBIA	
DIAFISARIA	3,00%
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	5,00%
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	5,00%
FRATTURA PERONE	
DIAFISARIA	2,00%

ESTREMITA' SUPERIORE(capitello o faccetta articolare tibiale)	3,00%
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	4,00%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	5,00%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	6,00%

PIEDE TARSO

FRATTURA ASTRAGALO	6,00%
FRATTURA CALCAGNO	7,00%
FRATTURA SCAFOIDE	3,00%
FRATTURA CUSOIDE	4,00%
FRATTURA CUNEIFORME	1,00%

METATARSI

FRATTURA I METATARSALE	4,00%
FRATTURA II O III O IV O V METATARSALE	2,00%

FALANGI

FRATTURA ALLUCE (I o II Falange)	2,50%
FRATTURA I o II o III FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	1,00%

LESIONI DENTARIE

ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	0,70%
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	0,20%
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	0,50%
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	1,00%
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	0,50%
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	0,75%
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	1,50%
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)	1,00%
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	0,25%
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	0,50%

LESIONI PARTICOLARI

ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	8,00%
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	10,00%
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	15,00%

ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	10,00%
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	40,00%
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) -non cumulabile-	20,00%
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) --non cumulabile-	40,00%
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' DEL RETTO -non cumulabile-	15,00%
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	40,00%
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	60,00%
COLECISTECTOMIA -non cumulabile-	5,00%
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	4,00%
SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	6,00%
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	10,00%
PORTATORE ASINTOMATICO ANTICORPO POSITIVO (HIV +)	4,00%
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE -non cumulabile-	50,00%
ERNIA CRURALE O IPOEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	3,00%
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	5,00%
LOBECTOMIA POLMONARE	15,00%
PNEUMONECTOMIA	30,00%
PROTESI SU AORTA TORACICA	20,00%
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	15,00%
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	35,00%
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	25,00%
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	100,00%
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	12,00%
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	50,00%
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	30,00%
CORDECTOMIA	15,00%
EMILARINGECTOMIA	25,00%
LARINGECTOMIA	50,00%
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	70,00%
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	8,00%
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	15,00%
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima - trattata/e chirurgicamente-)	8,00%
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	4,00%
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	20,00%
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	25,00%

PATELLECTOMIA TOTALE	10,00%
PATELLECTOMIA PARZIALE	4,00%
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	5,00%
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	25,00%
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	30,00%
ISTERECTOMIA (non cumulabile)	20,00%
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	30,00%
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	5,00%
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (Documentate fotograficamente)	30,00%
PTOSI PALPEBRALE	5,00%
EVIRAZIONE COMPLETA	45,00%
PERDITA DEL PENE	35,00%
IMPOSSIBILITÀ ALL'EREZIONE	25,00%
CASTRAZIONE	25,00%

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	9,00%
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	5,00%
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	7,00%
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) -valore massimo per ogni dito-	3,00%
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	6,00%
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	4,00%
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	7,00%
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	5,00%
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	3,00%
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	6,00%
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente)-non cumulabile-	5,00%
LUSSAZIONE MF O IF 2 - 3 - 4 - 5 DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)-valore massimo per ogni dito-	2,50%
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	10,00%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	2,00%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II O III O IV O V DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	1,00%
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	5,00%
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente)-non cumulabili tra loro-	8,00%

LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	2,50%
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	2,50%
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	6,00%
LUSSAZIONE ULNO CARPICA	3,00%
LUSSAZIONE ROTULA	3,00%
LUSSAZIONE TIBIO TARSICA	6,00%
LUSSAZIONE VERTEBRALE	5,00%

AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	80,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	70,00%
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	65,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	52,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	58,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	56,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	50,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	44,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	45,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	42,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	47,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	38,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	43,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	40,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	32,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	37,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	30,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	35,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	35,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	28,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	33,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	24,00%
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	22,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	27,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	18,00%

AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	23,00%
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	20,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	20,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	14,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	10,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	7,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	12,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	13,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	5,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	3,50%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	2,50%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	4,50%
AMPUTAZIONE DELLA II E III FALANGE DELL'INDICE	10,00%
AMPUTAZIONE DELLA II E III FALANGE DEL MEDIO	8,00%
AMPUTAZIONE DELLA II E III FALANGE DELL'ANULARE	6,00%
AMPUTAZIONE DELLA II E III FALANGE DEL MIGNOLO	9,00%

ARTO INFERIORE

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	70,00%
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	65,00%
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	65,00%
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	50,00%
PERDITA DI UN PIEDE	45,00%
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	27,00%
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	100,00%
PERDITA DELL'ALLUCE	6,00%
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	3,00%
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	1,00%

LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (Permanenti - Stabilizzati)

ARTO SUPERIORE

LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	60,00%
SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE ERB C5-D1	45,00%
SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE KLUMPKE	45,00%
PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE	18,00%
PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE	35,00%

PARALISI BASSA NERVO RADIALE	25,00%
PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO	40,00%
PARALISI COMPLETA NERVO ULNA	25,00%
PARALISI BASSA NERVO ULNARE	20,00%

ARTO INFERIORE

PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARE D12-L4	35,00%
PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE	30,00%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	45,00%
PARALISI BASSA NERVO SCIATICO	38,00%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	20,00%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	22,00%

LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE

EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SPORADICHE	15,00%
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SETTIMANALI	30,00%
PARAPARESI CON DEFICITIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITÀ DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	40,00%
MONOPARESI DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITÀ AI MOVIEIMENTI FINI DELLA MANO	40,00%
MONOPARESI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	35,00%

USTIONI

CAPO

USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	3,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	10,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 16-25% DELLE SUPERFICIE DEL VISO	14,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	18,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUIOIO CAPELLUTO	5,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 30% DELLA SUPERFICIE DEL CUIOIO CAPELLUTO	10,00%

ARTI SUPERIORI E INFERIORI

USTIONE 2° O 3° GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	5,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	10,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 31-50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	15,00%
USTIONE 2° O 3° GRADO DI OLTRE IL 50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	20,00%