



Tua Assicurazioni S.p.A.

Gruppo Cattolica Assicurazioni

Contratto di assicurazione sugli infortuni e responsabilità civile dello sportivo

Assicurì Sportivo

Il presente Fascicolo Informativo, contenente

- a) Nota informativa, comprensiva del glossario**
- b) Condizioni di assicurazione**

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (Reg. n. 35/2010), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Le consigliamo infine di conservare la presente informativa unitamente alla documentazione di polizza.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet www.tuaassicurazioni.it

A – INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1 Informazioni generali

TUA Assicurazioni S.p.A. – Gruppo Cattolica Assicurazioni - ha sede legale e sociale in Italia, Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano (MI) - Telefono: 02/2773399 - Fax: 02/2773355 – Sito internet www.tuaassicurazioni.it – e-mail: servizioclienti@tuaassicurazioni.it – PEC: tuassicurazioni@pec.it

TUA Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 1041 del 20/11/1998 pubblicato sulla gazzetta ufficiale n. 277 del 26/11/1998. È iscritta all'albo imprese IVASS n. 1.00132 del 03.01.2008.

Registro delle Imprese Milano n. 2816710236.

2 Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 56,5 milioni di euro (capitale sociale: 23,2 milioni di euro – totale riserve patrimoniali: 19,6 milioni di euro).

L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 2,09 ed è determinato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente

B – INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto è stipulato senza tacito rinnovo (vedasi articolo 10 delle condizioni generali di assicurazione), pertanto non è prevista alcuna

na disdetta alla scadenza annua.

3 COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle condizioni generali di assicurazione, sono quelle riportate sul simplo di polizza, previste tra le seguenti:

SEZIONE ASSISTENZA ALLA PERSONA

- **Assistenza:** TUA mette a disposizione dell'assicurato, nei limiti e con le prestazioni previste nelle condizioni generali di assicurazione, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà nell'ambito della pratica sportiva, a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti dagli articoli A.2 e seguenti, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio. Le prestazioni vengono erogate per il tramite di Europe Assistance S.p.A., Piazza Trento 8 – 20135 Milano.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo o erogazione della prestazione, così come meglio discipli-

nato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 12, A.1 e seguenti, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti alcuni massimali alla copertura assicurativa offerta così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli A.1 e seguenti, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 2.000 euro

Danno: 3.000 euro

Indennizzo: 2.000 euro

SEZIONE TUTELA IN CASO DI INFORTUNI

Le garanzie della presente sezione possono essere fornite solo per la pratica sportiva non professionistica, come evidenziato sul simplo di polizza; si rimanda all'articolo B.1 per gli aspetti di dettaglio.

- **Invalità permanente:** Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'assicurato totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde l'indennizzo secondo i criteri indicati nell'articolo B.4, nei limiti della somma assicurata indicata in polizza. È possibile aumentare o diminuire la valutazione del grado di invalidità accertata. Si rimanda agli articoli da B.1 a B.3 e da B.4 a B.7 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di

assicurazione dagli articoli 12, da B.1 a B.3, da B.4 a B.7, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti franchigie e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.4, da B.6 a B.7 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento della franchigia:

Somma assicurata (massimale): 50.000 euro

Danno (IP accertata): 12%

Franchigia: 10%

Indennizzo: 1.000 euro (12-10%= 2% di 50.000 euro)

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 50.000 euro

Danno (al netto dell'eventuale franchigia): 10.000 euro

Indennizzo: 10.000 euro

- **Rimborso spese di cura:** In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, comportante una invalidità permanente di qualsiasi grado, TUA assicura fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle spese effettivamente sostenute indicate nell'articolo B.8 sia in caso di ricovero che senza ricovero. Si rimanda agli articoli da B.1 a B.3 e da B.8 a B.9 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 12, da B.1 a B.3, B.8 e B.9 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE

- **Responsabilità civile:** TUA tiene indenne l'assicurato, nei limiti del massimale indicato, di quanto sia tenuto a risarcire quali civilmente responsabile di danni cagionati involontariamente a terzi, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi nell'ambito della pratica di sportiva non agonistica. Si rimanda all'articolo C.1 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo o erogazione della prestazione, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 12, C.1 e seguenti.

SEZIONE TUTELA LEGALE

- **Tutela Legale per la pratica sportiva:** Avvalendosi di ARAG per la gestione dei sinistri, TUA, nei limiti del massimale convenuto e delle condizioni generali di assicurazione, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nell'ambito della pratica sportiva non agonistica, per sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento per danni extracontrattuali subiti, o per la difesa penale. Si rimanda all'articolo D.1 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo al-

Per tutte le sezioni di polizza vale inoltre la seguente:

AVVERTENZA: gli sport per i quali possono essere prestate le garanzie del presente prodotto assicurativo sono esclusivamente quelle indicate nella Tabella A – Elenco degli sport compresi in garanzia, prevista nelle condizioni generali di assicurazione. Tali sport non devono essere svolti a livello professionistico o agonistico (vedasi anche la "Premessa" alle condizioni generali di assicurazione).

AVVERTENZA: Gli assicurati devono avere la dimora in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano; si rimanda all'articolo B.10 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento del sinistro, così come previsto dall'articolo 1 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

5 AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da B.8 e B.9 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento dello scoperto:

Somma assicurata (massimale): 500 euro

Danno: 400 euro

Scoperto: 20% con il minimo di 100 euro

Indennizzo: 400 euro - 100 euro (il 20% di 400 è 80 euro, inferiore al minimo di 100 euro) = 300 euro

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 1.000 euro

Danno: 3.000 euro

Indennizzo (al netto di eventuali scoperti): 1.000 euro

AVVERTENZA: sono previsti franchigie e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione all'articolo C.1, C.3, C.4 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento della franchigia:

Danno: 1.000 euro

Franchigia: 250 euro

Risarcimento: 1.000 - 250 euro = 750 euro

Esempio di funzionamento del massimale:

Massimale: 250.000 euro

Danno: 1.000.000 euro

Risarcimento: 250.000 euro (pari al valore del massimale)

la riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 12, D.1, D.2, da D.3 a D.5 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli D.1, D.4 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

massimale: 2.500 euro

spese legali: 3.000 euro

indennizzo: 2.500 euro

L'assicurato o il contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta a TUA di qualsiasi aggravamento o diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione (da intendersi quale pratica sportiva non professionistica e non agonistica), così come previsto dagli articoli 3 e 4 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio modificazione del rischio: qualora l'assicurato abbia dichiarato in fase di stipula della polizza di svolgere attività sportiva non professionistica e non agonistica, e successivamente dovesse

diventare uno sportivo professionista, deve comunicarlo a TUA, trattandosi di attività esclusa dal contratto.

6 PREMI

Il pagamento del premio, che il cliente è tenuto a versare alle scadenze convenute (annuali) ed indicate in contratto, può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a TUA o all'agente in qualità di agente di TUA,
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario TUA o l'agente in qualità di agente di TUA,
- contante,

tali mezzi di pagamento possono essere utilizzati sempre nei limiti (anche di somme) previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Si rimanda all'articolo 7 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

È previsto il solo frazionamento annuale del premio.

7 DIRITTO DI RECESSO

AVVERTENZA: Dopo ogni denuncia di sinistro, il Contraente o TUA hanno la facoltà di recedere dal contratto comunicando tale intenzione all'altra parte, come meglio disciplinato dall'articolo 11 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

C – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11 SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA: per le garanzie delle sezioni "Tutela in caso di infortuni" il momento di insorgenza del sinistro si ha al verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

La denuncia del sinistro deve essere inviata (con le modalità ed informazioni indicate nelle condizioni generali di assicurazione) a TUA entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui l'assicurato ne ha avuto conoscenza e possibilità, come meglio disciplinato dagli articoli B.12, B.13, C.7 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: la gestione dei sinistri relativa alla sezione Tutela Legale è affidata ad ARAG Assicurazioni s.p.a; in caso di sinistro per tale sezione, l'assicurato o il contraente possono denunciare il sinistro anche ad ARAG, come meglio disciplinato dall'articolo D.6 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

La gestione dei sinistri relativa alla sezione Assistenza è affidata ad Europ Assistance s.p.a. con le modalità meglio disciplinate dagli articoli A.1 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

Per le garanzie della sezione "Tutela in caso di infortuni", potrà essere prevista la visita medica per la definizione del sinistro come meglio disciplinato dall'articolo B.14; inoltre le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato, come meglio disciplinato dall'articolo B.13.

AVVERTENZA: si rimanda anche agli articoli B.15, C.8, D.7, D.8 e D.9 per gli altri aspetti di dettaglio delle procedure di liquidazione e pagamento dell'indennizzo.

12 RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a TUA al seguente indirizzo:

8 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Così come previsto dall'articolo 2952 del Codice Civile:

- il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze;
- i diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;
- nell'assicurazione della responsabilità civile il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

9 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

10 REGIME FISCALE

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

Il premio relativo alle garanzie è soggetto all'imposta nella misura del:

Aliquota	Garanzia/Sezione
10,00%	Assistenza alla persona
2,5%	Tutela in caso di infortuni
22,25%	Responsabilità civile
21,25%	Tutela Legale

Tua Assicurazioni S.p.A. Servizio Reclami

c/o Società Cattolica di Assicurazione società cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia)

Fax: 02/2773470E-mail: reclami@tuaassicurazioni.it

Nel reclamo dovranno essere indicati i seguenti dati:

- nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- numero della polizza e nominativo del contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - Telefono 06/421331 - fax 06-42133745 o 06-42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da TUA e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico, denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'art. 16 del citato decreto.

13 ARBITRATO

Per le garanzie della sezione "Tutela in caso di infortuni", è previsto che TUA ed il contraente possano devolvere la risoluzione di una controversia tra di essi insorta per l'accertamento del danno ad un collegio di periti; in tal caso il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'assicurato (vedasi articolo B.14 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio).

AVVERTENZA: Resta in ogni caso fermo il diritto di TUA e del Contraente di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

14 MEDIAZIONE PER LA CONCILIAZIONE DELLE CONTROVERSIE

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di TUA Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari 1, 20143, Milano (MI), fax n. 022773355.

Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione sarà obbligatorio, cioè dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Glossario

Ai seguenti termini TUA ed il Contraente attribuiscono convenzionalmente questi significati:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Assicurato:	la persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Codice delle Assicurazioni:	il Decreto Legislativo n. 209 del 07 settembre 2005 recante "Riassetto normativo delle disposizioni in materia di assicurazioni private - Codice delle Assicurazioni private" e successivi atti attuativi e modificativi.
Contraente:	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e che paga il premio.
Franchigia:	la parte di danno, espressa in misura fissa, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Indennizzo:	la somma dovuta da TUA all'assicurato in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Invalidità Permanente:	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo.
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Massimale:	la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, TUA presta la garanzia.
Nucleo familiare:	l'insieme delle persone che compongono il nucleo familiare secondo quanto risulta dallo stato di famiglia, o che in forza di un rapporto personale con l'assicurato, duraturo, documentato e socialmente acclarato, sono con lui stabilmente conviventi, nell'abitazione indicata in polizza.
Partita:	singola garanzia o complesso di garanzie indicate in polizza che prevedono il pagamento di un premio.
Polizza:	il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio:	il costo della copertura assicurativa dovuto dal contraente a TUA.
Ricovero:	la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Risarcimento:	la somma dovuta da TUA all'assicurato in caso di sinistro per provvedere a tacitare il terzo danneggiato.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto:	la parte di danno, espressa in misura percentuale, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
TUA:	l'impresa assicuratrice TUA Assicurazioni S.p.A. - sede legale in Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI).

Ad integrazione e parziale modifica delle "Definizioni" sopra riportate valide per tutte le sezioni, per la sezione Assistenza alla persona sono previste anche le seguenti:

Assicurato:	gli assicurati con le prestazioni Assistenza alla persona .
Centro Medico Internazionale di riferimento:	le strutture sanitarie ed i centri clinici della U.C.S.F. di Stanford (USA) che costituisce il fulcro del network internazionale di Ospedali e Medici Specialisti che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.
Centrale di Telemedicina:	è la struttura di SOIT - Second Opinion Italy s.r.l. costituita da: medici ed operatori che è in funzione dalle ore 9.00 alle ore 17.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, che in virtù dell'accordo con il Centro Medico Internazionale di riferimento provvede alla gestione ed all'erogazione della seconda opinione medica.
Centrale Operativa:	è la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da: medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con TUA provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico di TUA stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza ed intrattiene i contatti con la Centrale di Telemedicina.
Decorrenza e durata:	dalla data di decorrenza della polizza e per tutta la durata della stessa.
Estensione Territoriale:	Mondo.
Prestazioni:	sono le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'assicurato.
Sinistro:	il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità del Servizio e che determina la richiesta di assistenza dell'assicurato.

Ad integrazione e parziale modifica delle "Definizioni" sopra riportate valide per tutte le sezioni, per la sezione Tutela Legale sono previste anche le seguenti:

Caso assicurativo:	il sinistro, ovvero il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia - per il quale è prevista l'assicurazione.
Tutela Legale:	l'assicurazione Tutela Legale, ai sensi del D. L.vo 209/2005, artt 163/4 - 173/4 e correlati.
Unico caso assicurativo:	il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più assicurati.

TUA ASSICURAZIONI S.P.A. È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA.

Data di aggiornamento: 01/12/2010.

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

DOTT. MARCO CARDINALETTI



Premessa

Data di aggiornamento: 01/12/2010

Le seguenti condizioni (facenti parte del fascicolo informativo di cui al modello FASASP 5 ed. 12/2010) costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal contraente, identificata dal modello SRI901 1 edizione 12/2010.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca durante la pratica sportiva non professionistica per i 3 sport riportati nella scheda di polizza anche in occasione di manifestazioni per le quali sia previsto un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive.

Rimando al Glossario

TUA Assicurazioni s.p.a. ed il Contraente attribuiscono convenzionalmente ai termini indicati nel Glossario il significato in esso indicato.

Norme valide per tutte le sezioni di polizza**Art. 1 – Dichiarazioni e comunicazioni del contraente**

Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'assicurato o del contraente, rese al momento della stipulazione del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod. civ.

Art. 2 – Altre assicurazioni

L'assicurato deve comunicare per iscritto a TUA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo. In caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 cod. civ.

Art. 3 – Aggravamento del rischio

L'assicurato o il contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta a TUA di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da TUA possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 cod. civ.

Art. 4 – Diminuzione del rischio

L'assicurato o il contraente è tenuto a comunicare a TUA qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare la diminuzione del rischio stesso. In caso di accertata diminuzione del rischio TUA, ai sensi dell'art. 1897 cod. civ., è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio a decorrere dalla prima scadenza successiva alla suddetta comunicazione.

Art. 5 – Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo assicurato, ai sensi dell'art. 1891 cod. civ.

Art. 6 – Durata

La durata del presente contratto viene determinata concordemente tra le parti al momento della stipulazione dell'assicurazione e viene indicata in polizza.

Art. 7 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di TUA di esigere il pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 cod. civ.

Il premio o la prima rata di premio deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro rilascio di quietanze emesse dall'agenzia che devono indicare la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

Il pagamento deve essere eseguito presso l'agenzia cui è assegnato il contratto, la quale è autorizzata a rilasciare la quietanza, secondo le vigenti disposizioni normative.

Il pagamento del premio pattuito può essere eseguito dal contraente con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a TUA o all'Agente in qualità di agente di TUA. Per assegni bancari e postali di importi pari o superiori a 5.000 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento) dovranno necessariamente riportare il nome o la ragione sociale del beneficiario e la clausola di non trasferibilità, pena la comunicazione della violazione alle autorità competenti.
- ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario TUA o l'agente in qualità di agente di TUA.
- pagamento in contante per premi annui il cui importo sia pari o inferiore a 500 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento); è vietato il pagamento con denaro contante se il premio annuo è superiore a tale importo.

Avvertenze: è fatto comunque divieto, in presenza di pagamento di uno o più premi riferiti al medesimo o a diversi contratti, il trasferimento di denaro contante o titoli al portatore quando il valore dell'operazione, anche frazionata, è complessivamente pari o superiore a 5.000 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento).

Art. 8 – Comunicazioni e modifiche al contratto

Le comunicazioni tra le parti e le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 9 – Periodo di assicurazione

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 10 – Tacito rinnovo

La polizza si intende senza tacito rinnovo, pertanto l'assicurazione si intende estinta alle ora 24 del giorno di naturale scadenza in essa indicato.

Art. 11 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro, il contraente, qualora rivesta la qualifica di "consumatore" ai sensi dell'art. 1469 bis cod. civ., o TUA hanno la facoltà di recedere dal contratto comunicando tale intenzione all'altra parte a mezzo lettera raccomandata A.R. entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo o risarcimento. In tal caso il recesso ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In ogni caso di recesso TUA rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data del recesso, la parte di premio versata, al netto dell'imposta, relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 12 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., da Parkinson, nonché le persone affette dalle seguenti infermità: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.

La sopravvenienza di tali affezioni costituisce causa di risoluzione del contratto. In questo caso TUA restituisce al contraente la parte di premio versata, relativa al periodo di premio di garanzia non

goduto.

Art. 13 – Foro Competente

Foro competente è quello di residenza o di domicilio elettivo dell'assicurato o del contraente.

Art. 14 – Oneri fiscali

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

Art. 15 – Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative e regolamentari.

Art. 16 – Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di TUA Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari 1, 20143, Milano (MI), fax n. 022773355.

Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione sarà obbligatorio, cioè dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Assistenza alla persona

Come richiedere i servizi di assistenza

Art. A.1 – Come richiedere i servizi di assistenza
Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

800.833.800

oppure al numero di Milano: 02.58.28.69.82

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
Piazza Trento, 8
20135 MILANO.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1) il tipo di assistenza di cui necessita;**
- 2) nome e cognome;**
- 3) numero di posizione preceduto dalla sigla TUST;**
- 4) indirizzo del luogo in cui si trova;**
- 5) il recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.**

La Centrale Operativa potrà richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Prestazioni "Assistenza"

Art. A.2 – Consulenza medica

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che **valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.**

Art. A.3 – Invio di un fisioterapista al domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di traumi o fratture e/o per riabilitazione cardiovascolare di base, derivanti da infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviarlo con oneri a carico di TUA **fino ad un massimo di 500 euro per nucleo familiare e per anno di durata della garanzia.**

Art. A.4 – Trasferimento centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'assicurato a seguito di infortunio sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Centrale Operativa **previa analisi del quadro clinico** e d'intesa con il medico curante, la Centrale Operativa provvederà:

1. ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'assicurato;
2. ad organizzare il trasporto dell'assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario;
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
 - treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso.

(La Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo per i trasferimenti verso Paesi Europei.);

3. ad assistere l'assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico **se ritenuto necessario dai Medici della Centrale Operativa.**

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'assicurato, nonché le terapie riabilitative.

Art. A.5 - Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'Art. A.4 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la

degenza, la Centrale Operativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Centrale Operativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

Le prestazioni che seguono sono fornite a seguito di un sinistro occorso all'assicurato quando si trovi ad oltre 50 km dal proprio comune di residenza:

Art. A.6 – Rientro sanitario

Qualora, a seguito di infortunio, le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario;
- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa.**

La Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi Europei.

TUA, qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio.

Art. A.7 - Rientro con un familiare

Qualora, successivamente alla prestazione di Rientro Sanitario

(Art. A.6), **i medici della Centrale Operativa non ritenessero necessaria l'assistenza sanitaria all'assicurato durante il viaggio**, ed un familiare assicurato desiderasse accompagnarlo fino al luogo di ricovero o alla sua residenza, la Centrale Operativa provvederà a far rientrare anche il familiare con lo stesso mezzo utilizzato per l'assicurato. **TUA avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dal familiare assicurato.**

TUA terrà a proprio carico i costi: fino alla concorrenza massima di 200 euro se il viaggio di rientro avverrà dall'Italia; fino alla concorrenza massima di 400 euro se il viaggio di rientro avverrà dall'estero.

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare.

Art. A.8 - Rientro degli altri assicurati

Qualora, successivamente alla prestazione di **Rientro Sanitario** (Art. A.6), le persone assicurate che viaggiavano con l'assicurato non fossero obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la Centrale Operativa provvederà a fornire loro un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica. **TUA avrà la facoltà di richiedere loro gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.**

TUA terrà a proprio carico il costo dei biglietti fino ad un importo massimo di 200 euro per persona assicurata.

Art. A.9 - Prolungamento del soggiorno

Qualora le condizioni di salute dell'assicurato, certificate da prescrizione medica scritta, non gli permettessero di intraprendere

il viaggio di rientro alla sua residenza in Italia nella data prestabilita, la Centrale Operativa provvederà all'eventuale prenotazione di un albergo.

TUA terrà a proprio carico le spese di albergo (camera e prima colazione) per il massimo di tre giorni successivi alla data stabilita per il rientro fino ad un importo massimo complessivo di 40 euro giornalieri per assicurato ammalato/infortunato.

Sono escluse dalla prestazione le spese di albergo diverse da camera e prima colazione.

Art. A.10 - Rientro dell'assicurato convalescente

Qualora, a causa di ricovero in Istituto di cura, l'assicurato non fosse in grado di rientrare alla propria residenza in Italia con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa gli fornirà, con spese a carico di TUA, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

Art. A.11 - Autista a disposizione

Qualora l'assicurato si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo a seguito di infortunio e nessuno degli eventuali passeggeri fosse in grado di sostituirlo **per ragioni obiettive**, la Centrale Operativa metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'assicurato, secondo l'itinerario più breve. **TUA terrà a proprio carico il costo dell'autista, mentre restano a carico dell'assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, ecc.).**

Esclusioni ed effetti giuridici relativi alle prestazioni

Art. A.15 - Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole prestazioni e/o garanzie, valgono inoltre le seguenti condizioni generali:

1. **l'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti di TUA e/o dei magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso;**
2. **salvo quanto diversamente specificato nelle rispettive condizioni particolari, tutte le prestazioni e/o garanzie non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:**
 - a) **guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
 - b) **scioperi, rivoluzioni, sommosse, movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;**
 - c) **dolo dell'assicurato, ivi compreso il suicidio o il tentato suicidio;**
 - d) **infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;**
 - e) **infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di**

stupefacenti e allucinogeni.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;

3. **TUA non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile;**
4. **qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni e/o garanzie, TUA non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione;**
5. **il diritto alle assistenze fornite dalla Centrale Operativa decade qualora l'assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa stessa al verificarsi del sinistro;**
6. **a parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del cod. civ., all'assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra compagnia di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del sinistro ad ogni compagnia assicuratrice e specificatamente a TUA nel termine di tre giorni a pena di decadenza.**
Nel caso in cui si attivasse altra compagnia, le presenti prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'assicurato degli eventuali maggiori costi lui addebitati dalla compagnia assicuratrice che ha erogato la prestazione;
7. **per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni di legge.**

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tutela in caso di infortuni

Art. B.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca durante la **pratica sportiva non professionistica** per i 3 sport riportati nella scheda di polizza anche in occasione di manifestazioni per le quali sia previsto un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive.

Art. B.2 – Le estensioni

La garanzia opera per infortuni subiti in occasione degli eventi assicurati anche se derivanti da:

- colpa grave dello stesso;
- aggressioni, atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che non vi abbia preso parte attiva;
- atti di temerarietà, esclusivamente se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

Inoltre l'assicurazione comprende:

- l'assfissia non dipendente da malattia;
- l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- le affezioni conseguenti a morsi o punture di animali, con esclusione della malaria;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti e delle ernie, salvo le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di invalidità permanente e inabilità temporanea, se previste dal contratto.

Art. B.3 – Le esclusioni

L'assicurazione non è operante per gli infortuni derivanti dalla pratica di:

- sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti);
- sport aerei in genere (compreso il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio) o dalla partecipazione a gare o competizioni sportive, ed alle relative prove e allenamenti, che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore;
- sport diversi da quelli riportati in polizza.

Invalidità permanente

Art. B.4 - Invalidità permanente da infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'assicurato totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde l'indennizzo secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

	Destro	Sinistro
un arto superiore	70%	60%
Una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
Una falange del pollice	9%	8%
Una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	

Sono altresì esclusi:

- gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'assicurato. Sono compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato stesso;
- gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, farmaci), nonché le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;
- gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile a termini di polizza;
- le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.

La garanzia vale invece per gli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata e non, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato, diverso dalla Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano, sino ad allora in pace;

- le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche e/o chimiche a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere. Per atti di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciata o applicata per scopi o motivi politici, religiosi, ideologici o etnici da una persona o un gruppo di persone che agisce per conto proprio, su incarico o d'intesa con un'organizzazione/i, un governo/i con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa. Per contaminazione si intende l'inquinamento, avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche.

totale, TUA corrisponde la somma assicurata;

- se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori, da intendersi quali massimi, delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
anchilosi della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
amputazione di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia		70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
amputazione di:		
- un piede		40%
- ambedue i piedi		100%
- un alluce		5%
- un altro dito del piede		1%
- una falange dell'alluce		2,5%
ernia addominale da sforzo solo nel caso in cui non sia operabile	max	10%
anchilosi dell'anca in posizione favorevole		35%
anchilosi del ginocchio in estensione		25%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastragala		15%
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno		15%
un occhio		25%
ambedue gli occhi		100%
perdita anatomica di un rene		15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%
sordità completa di un orecchio		10%
sordità completa di ambedue le orecchie		40%
perdita totale della voce		30%
stenosi nasale assoluta monolaterale		4%
stenosi nasale assoluta bilaterale		10%
esiti di frattura scomposta di una costa		1%
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale		12%
- una vertebra dorsale		5%
- dodicesima dorsale		10%
- una vertebra lombare		10%
esiti di frattura di un metamero sacrale		3%
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme		5%

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

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- 1) nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate alla lettera b), le percentuali sono calcolate entro il limite di quelle sopra indicate ed in proporzione alla funzionalità perduta;
- 2) nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- 3) nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera b) e ai criteri sopra

riportati, la stessa viene comunque determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

- 4) la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera b) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. B.5 – Criteri di indennizzabilità

TUA indennizza le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'assicurato non è fisicamente integro e sano, non è pertanto indennizzabile il maggior pregiudizio arrecato da invalidità preesistenti (sia in caso

di loro aggravamento, sia in caso di concorrenza con l'infortunio denunciato). Pertanto, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la valutazione sarà diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Se l'assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, TUA corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'assicurato.

Art. B.6 – Franchigia

Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio sono

Rimborso spese di cura

Art. B.8 – Oggetto della garanzia

In caso di infortunio indennizzabile, TUA assicura fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute, nei 360 giorni successivi all'infortunio:

- a) Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale
- a1) accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici);
 - a2) onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento; rette di degenza; assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
 - a3) esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**).

Per le spese di cui ai punti a1) e a3) il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 20% della somma assicurata, con una franchigia di 100 euro;

- a4) tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio. **Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata.**

- b) Se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (**escluse le spese di natura alberghiera**). **Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo scoperto pari al 20% della spesa documentata e con il minimo di 100 euro per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato. Il rimborso non potrà comunque superare il 30% della somma assicurata.**

Norme comuni alla sezione

Art. B.10 – Estensione territoriale

L'assicurazione opera per il mondo intero ed **esclusivamente per assicurati che abbiano la propria dimora in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.**

soggette all'applicazione di una franchigia del 10% sul grado di invalidità permanente accertato. Pertanto l'indennizzo viene corrisposto esclusivamente per la parte eccedente solo se l'invalidità permanente accertata supera tale percentuale.

Art. B.7 – Invalidità permanenti gravi

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale, non si applica la franchigia dell'articolo che precede; in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 66% della totale TUA riconoscerà l'intera somma assicurata.

- c) Cure e protesi dentarie da infortunio:
- c1) cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche;
 - c2) protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Tali spese vengono rimborsate con il limite del 20% della somma assicurata, con una franchigia di 100 euro.

Nel caso in cui l'assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", la Società rimborserà le spese non riconosciute dal preitato Servizio, compresi eventuali ticket, sostenute dall'assicurato per le prestazioni sopra descritte.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in valuta corrente. Qualora l'assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Art. B.9 – Garanzie speciali

Qualora prevista in polizza la garanzia **Rimborso spese di cura**, indipendentemente dalla somma assicurata con la stessa, sono rese operanti le seguenti **Garanzie speciali**:

Contagio da H.I.V

A parziale deroga dell'Art. 12, in caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue, o di emoderivati, **resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del ricovero**, TUA corrisponde un indennizzo di 10.000 euro.

Perdita anno scolastico

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti l'impossibilità alla frequenza delle lezioni (di scuola di istruzione primaria o secondaria in Italia o Repubblica di San Marino o Città del Vaticano) per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, TUA corrisponde una indennità pari a 2.500 euro, **su presentazione della certificazione rilasciata dalla segreteria scolastica o dal Provveditorato agli Studi dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenza dalle lezioni e della certificazione medica che attesti che tali assenze sono conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio indennizzabile a termini di polizza.**

Art. B.11 – Rinuncia all'azione di rivalsa

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, TUA rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 cod. civ.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Denuncia e gestione del sinistro

Art. B.12 – Cosa fare in caso di sinistro

Il contraente o l'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, ovvero in caso di morte il beneficiario, deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o a TUA, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto conoscenza e possibilità.

Art. B.13 – Denuncia del sinistro

Con la denuncia del sinistro, sarà richiesta l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.

Per la garanzia Invalidità permanente alla denuncia deve far seguito la seguente documentazione:

- *certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze dell'infortunio;*
- *certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica dall'infortunio;*
- *copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.*

Per la garanzia Rimborso spese di cura, TUA provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione, a cura ultimata, della seguente documentazione:

- *intervento chirurgico, alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa;*
- *accertamenti diagnostici ambulatoriali, alla richiesta di rimborso vanno allegati il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la relativa diagnosi e gli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate.*

Qualora il debito per spese mediche dell'assicurato venga sostenuto in parte da terzi, a titolo definitivo, TUA pagherà la parte del debito che resti effettivamente a carico dell'assicurato, dedotte le franchigie pattuite. TUA effettuerà il pagamento di quanto dovuto ai termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute. TUA si impegna a restituire gli originali delle fatture, notule, ricevute, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato.

Art. B.14 – Determinazione dell'indennizzo e operazioni peritali

Premesso che TUA si riserva di determinare l'efficacia della polizza e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. Nel caso di disaccordo fra i suddetti, questi ne eleggeranno un terzo e le decisioni saranno prese a maggioranza.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre, l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Art. B.15 – Pagamento dell'indennizzo

TUA, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Responsabilità Civile

Art. C.1 – Oggetto della garanzia

TUA si obbliga a tenere indenne l'assicurato, **nei limiti del massimale indicato**, di quanto sia tenuto a versare a titolo di risarcimento (per capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile di danni cagionati involontariamente a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi nell'ambito della pratica sportiva non professionistica, per i 3 sport riportati nella scheda di polizza anche in occasione di manifestazioni per le quali sia previsto un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive, compreso la proprietà e l'uso di mezzi non a motore necessari per la pratica sportiva quali biciclette, mountain bike, skateboard, pattini, monopattini, surf, windsurf, barche a vela di lunghezza non superiore a 6,50 metri.

Art. C.2 – Le esclusioni

L'assicurazione non comprende i danni:

- 1) **incendio, esplosione o scoppio, nonché a cose altrui che l'assicurato detenga a qualunque titolo;**
- 2) **derivanti dalla proprietà, custodia e uso di animali;**
- 3) **da partecipazione ad attività sportive, gare ed allenamenti compresi, svolti non a livello amatoriale o con l'ausilio di mezzi a motore, nonché dalla pratica del paracadutismo e sport aerei in genere;**
- 4) **per rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria per i veicoli a motore e i natanti di cui al Codice delle Assicurazioni. Sono altresì esclusi i danni da impiego di aeromobili, compresi i trasportati;**
- 5) **da detenzione o da impiego di esplosivi;**

- 6) **derivanti dall'esercizio della caccia e dall'utilizzo o dalla detenzione di armi;**
- 7) **da interruzione di esercizio di attività professionali, commerciali, industriali, agricole e lavorative in genere;**
- 8) **derivanti dai maggiori oneri, conseguenti alla responsabilità solidale con terzi dell'assicurato;**
- 9) **da produzione, detenzione o impiego di sostanze radioattive;**
- 10) **da presenza, detenzione o impiego di amianto o prodotti dallo stesso derivati o contenenti;**
- 11) **da campi magnetici, elettrici o elettromagnetici o radianti;**
- 12) **da inquinamento e contaminazione in genere;**
- 13) **derivanti dalla pratica di sport diversi da quelli riportati in polizza;**
- 14) **da contaminazione chimica, radioattiva e batteriologica;**
- 15) **derivanti dal dovuto pagamento a titolo sanzionatorio (multe, ammende, penali) e a titolo non risarcitorio, danni punitivi di qualunque natura, nonché i danni che comportano perdite pecuniarie ovvero non comportanti danni corporali e/o materiali;**
- 16) **di qualunque natura e comunque occasionati, direttamente o indirettamente derivante dall'asbesto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'asbesto;**
- 17) **non materiali e/o perdite (esclusivamente patrimoniali) derivanti da perdita, alterazione o distruzione di dati, programmi di codifica o software, indisponibilità di dati e malfunzionamento di hardware, software e chips impressi, ed ogni interruzione di attività ad essi conseguenti.**

Norme comuni alla sezione

Art. C.3 – Limiti di risarcimento

Il risarcimento complessivo per ogni sinistro risarcibile in base alla presente sezione **Responsabilità civile, non potrà in alcun caso superare il massimale indicato in polizza** salvo quanto previsto dall'Art. C.8 Gestione delle vertenze e spese legali.

Art. C.4 – Franchigia

Salvo diverse disposizioni, **per ogni sinistro indennizzabile a**

termini di polizza verrà applicato una franchigia di 250 euro.

Art. C.5 – Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione i componenti del nucleo familiare.

Art. C.6 – Estensione territoriale

L'assicurazione s'intende operante in tutto il mondo.

Denuncia e gestione del sinistro

Art. C.7 – Cosa fare in caso di sinistro

Il contraente o l'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o a TUA, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui l'assicurato ne ha avuto conoscenza e possibilità.

Con la denuncia del sinistro, sarà richiesta l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e delle cause del sinistro, con la descrizione del fatto, con la precisazione delle conseguenze e l'indicazione di eventuali testimoni (nominativo e domicilio). L'assicurato dovrà altresì comunicare tutti i fatti, le notizie e i documenti ottenuti successivamente alla denuncia.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 cod. civ.

Art. C.8 – Gestione delle vertenze e spese legali

TUA assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, in sede stragiudiziale o giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'assicurato, designando, ove occorra, legali e tecnici, avvalendosi della collaborazione dell'assicurato e di tutti i diritti e

di tutte le azioni spettanti all'assicurato stesso.

L'assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze ed a comparire personalmente in giudizio, ove la procedura lo richieda.

L'assicurato deve trasmettere a TUA l'atto di citazione o qualunque atto giudiziario ricevuto in notificazione entro il termine di 10 (dieci) giorni dal ricevimento unitamente a tutti i documenti e gli elementi utili per la gestione della controversia e per la predisposizione delle difese tecnico giuridiche.

Nel caso in cui l'assicurato non adempia a tali oneri o incorra comunque nelle decadenze previste dalla legge, TUA si riserverà il diritto di non gestire la vertenza a nome dell'assicurato, al quale dovranno essere restituiti tutti gli atti e documenti.

Nel limite del massimale assicurato, sono altresì a carico di TUA le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra TUA ed assicurato in proporzione del rispettivo interesse. TUA non riconosce, peraltro, le spese incontrate dall'assicurato per

legali o tecnici che non siano stati da essa designati, e non risponde di multe od ammende, né delle spese di giustizia penale.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tutela Legale

Premessa

La gestione dei sinistri Tutela Legale è stata da TUA affidata a:
ARAG Assicurazioni Rischi Automobilistici e Generali SPA
con sede in Verona, 37135 Via delle Nazioni n° 9.
tel. centralino 045/8290411

fax invio nuove denunce di sinistro 045/8290557
fax invio successiva documentazione relativa
alla gestione del sinistro 045/8290449

in seguito denominata ARAG alla quale l'assicurato può rivolgersi direttamente.

L'assicurato può anche usufruire, nell'ambito di tutte le materie previste nella presente polizza, di un servizio di consulenza telefonica al numero verde **800.508.008** a disposizione in orario di ufficio per ottenere:

- una prima consulenza legale in materia di responsabilità extracontrattuale per pratica sportiva;
- informazioni su leggi, decreti e normative vigenti;
- chiarimenti sul contenuto e sulla portata delle garanzie previste nella presente polizza.

Tutela legale per pratica sportiva

Art. D.1 – Oggetto della garanzia

Avvalendosi di ARAG per la gestione dei sinistri, TUA, alle condizioni della presente polizza e **nei limiti del massimale convenuto**, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nell'ambito della pratica sportiva non agonistica per:

- a) sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento danni a persone e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi;
- b) sostenere l'esercizio di pretese che derivino da incidenti stradali nei quali le persone assicurate siano rimaste coinvolte come pedoni, ciclisti, alla guida di veicoli non soggetti all'assicurazione obbligatoria o come trasportati di veicoli a motore, di proprietà di terzi, privati o pubblici;
- c) sostenere la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni. La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.

Gli oneri di cui sopra sono:

- d) le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo;
- e) le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'assicurato, o di transazione autorizzata da ARAG ai sensi del successivo Art. D.8 comma 4;
- f) le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con ARAG ai sensi del successivo Art. D.8 comma 5;
- g) le spese processuali nel processo penale (art. 535 cod. Procedura Penale);
- h) le spese di giustizia;
- i) il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari (L. 23 dicembre 1999, n. 488 art. 9 - D.L. 11.03.2002 n° 28), **se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.**

È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'Art. D.6 comma 3.

L'assicurato è tenuto a :

- j) **regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme**

relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo;

- k) **ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.**

Art. D.2 – Esclusioni

Le garanzie previste dall'Art. D.1, vengono prestate nell'ambito della pratica sportiva non agonistica con esclusione:

- 1) **di qualsiasi attività sportiva gare ed allenamenti compresi a livello professionale e/o ad attività sportive pericolose;**
- 2) **a sport aerei in genere (compreso il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio) o a gare o competizioni sportive, ed alle relative prove e allenamenti, che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;**
- 3) **ad alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani di fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista;**

Non sono altresì valide:

- 4) **per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;**
- 5) **per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;**
- 6) **per fatti dolosi della persona assicurata;**
- 7) **per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'assicurato viene perseguito in sede penale;**

Inoltre, TUA non si assume il pagamento di :

- 8) **multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;**
- 9) **spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assi-curato nei procedimenti penali (art. 541 cod. Procedura Penale);**
- 10) **spese per controversie con TUA.**

Norme comuni alla sezione

Art. D.3 – Prestazioni garantite e soggetti assicurati

Le garanzie previste dalla presente sezione, vengono prestate a favore dell'assicurato.

Art. D.4 – Insorgenza del caso assicurativo

Ai fini della presente sezione, per insorgenza del caso assicurativo

si intende:

- a) **per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali e per le spese di resistenza per danni extracontrattuali arrecati a terzi - il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;**

In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di

insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della prima violazione.

La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano insorti:

- b) durante il periodo di validità della polizza, se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali, di spese di resistenza per danni extracontrattuali arrecati a terzi, di procedimento penale e di ricorsi od opposizioni alle sanzioni amministrative;*
- c) trascorsi 3 mesi dalla decorrenza della polizza, in tutte le restanti ipotesi.*

Si considerano a tutti gli effetti unico caso assicurativo:

- d) vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;*
- e) indagini o rinvii a giudizio a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.*

In tale ipotesi la garanzia viene prestata a favore di tutti gli assicurati coinvolti, ma il relativo massimale resta unico e viene ripartito tra loro, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.

Art. D.5 – Estensione territoriale

Nell'ipotesi di diritto al risarcimento di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi, di spese di resistenza per danni extracontrattuali cagionati a terzi, nonché di procedimento penale l'assicurazione vale per i casi assicurativi che insorgono in Europa o negli stati extraeuropei posti nel Bacino del Mare Mediterraneo sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori.

In tutte le altre ipotesi la garanzia vale per i casi assicurativi che insorgono e devono essere trattati nella Repubblica Italiana, nella Città Stato del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.

Denuncia e gestione del caso assicurativo

Art. D.6 – Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del Legale
L'assicurato deve immediatamente denunciare a TUA o ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza.

In ogni caso deve fare pervenire a TUA o ad ARAG, notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 giorni dalla data della notifica stessa.

L'assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei suoi interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo a TUA contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.

Se l'assicurato non fornisce tale indicazione, ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'assicurato deve conferire mandato.

L'assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con TUA e/o ARAG.

Art. D.7 – Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa
Se l'assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- a) informare immediatamente TUA o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;*
- b) conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.*

Art. D.8 – Gestione del caso assicurativo

Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.

Ove ciò non riesca, se le pretese dell'assicurato presentino

possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini dell'Art. D.6.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione presenta possibilità di successo.

L'assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziarie che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG.

L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti in genere viene concordata con ARAG.

ARAG così come TUA, non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti in genere.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'assicurato e TUA e/o ARAG, la decisione può essere demandata, fermo il diritto dell'assicurato di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità.

L'arbitro viene designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

ARAG avverte l'assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Art. D.9 – Recupero di somme

Spettano integralmente all'assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Spettano invece ad ARAG, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tabella A - Elenco degli sport compresi in garanzia

Il codice degli sport compresi in garanzia è riportato in polizza sottoscritta dal contraente, identificata dal modello SRI001 1Ed. 09/2004, per il quale nella tabella che segue ne viene indicata la descrizione:

Descrizione sport	cod.
Alpinismo fino al 3° grado della scala di Monaco (non in solitaria) ad esclusione dell'arrampicata libera	01
Atletica leggera	02
Baseball	03
Basket	04
Bocce	05
Calcio	06
Canoa e kajak (escluso discesa nelle rapide dei tratti montani di fiumi e torrenti)	07
Canottaggio	08
Ciclismo e mountain bike (salvo l'uso di tali mezzi come mezzo di trasporto)	09
Danza sportiva - Ballo	33
Fitness	10
Football americano	11
Ginnastica	12
Golf	13
Hockey a rotelle e su ghiaccio	14
Immersioni subacquee con autorespiratore (purché l'assicurato sia in possesso di idoneo brevetto di attività subacquea)	15
Nuoto	16
Pallamano	17
Pallanuoto	18
Pattinaggio a rotelle e su ghiaccio	19
Pesca non subacquea	20
Rugby	21
Scherma	22
Sci di fondo	23
Sci da discesa e snowboard (escluso lo sci d'alpinismo e/o fuoripista)	24
Speleologia (purché effettuata in gruppo e con idonea attrezzatura)	25
Sport equestri	26
Surf	27
Tennis e tennistavolo	28
Tiro	29
Vela (esclusa la navigazione in mare in solitaria)	30
Volley	31
Windsurf	32

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco