

AON

2011/2014

**VADEMECUM ASSICURATIVO
ATLETI E DIRIGENTI**



Fipav Settore Assicurazioni

Edizione 2011



INFORMAZIONI AI TESSERATI

GESTIONE SINISTRI

Il presente Vademecum è un estratto delle principali condizioni previste dal contratto di assicurazione.

Il numero 06/77276238 potrà essere contattato dai soggetti assicurati, dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00; il martedì e giovedì anche dalle ore dalle ore 15:00 alle ore 17:30; per:

- tutte le problematiche relative alle coperture assicurative, con certezza di interlocuzione, completezza di risposte, senza perdite di tempo e senza costi;
- valutazioni circa i programmi assicurativi attivati con la corrente stagione sportiva;
- informazioni sull'attivazione delle coperture già previste;
- informazioni sulle procedure da seguire in caso di infortuni;
- tutte le informazioni riguardanti lo stato dei sinistri.

In alternativa, per le medesime questioni, è a disposizione dei tesserati l'indirizzo di posta elettronica **sinistri.federvolley@aon.it**.

Per il corretto utilizzo delle procedure previste del tesseramento on-line, è necessario attenersi alle indicazioni pubblicate nel Manuale Operativo (in fase di predisposizione) del settore assicurativo, disponibile nella sezione "Guida Pratica – Assicurazioni" del sito federale

INFORMAZIONI GENERALI DI NATURA ASSICURATIVA

In ogni caso, rimane comunque disponibile l'indirizzo di posta elettronica federale **assicura@federvolley.it** per quesiti di carattere generale inerenti il settore assicurativo, che esulano dalla trattazione dei sinistri.



OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva, ricreativa e culturale organizzata sotto l'egida della Federazione Italiana Pallavolo, ivi compresi gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale.

Inoltre le garanzie sono operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Federazione e delle Società affiliate, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio della FIPAV e/o delle Società affiliate.

Le garanzie di polizza sono operanti anche quando gli Assicurati in qualità di trasportati di mezzi pubblici o privati o quali conducenti di mezzi ad uso privato subiscano l'infortunio durante:

- a) il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro (se lavoratore dipendente) sino al luogo di gara in sede e/o allenamento, e/o viceversa, con il percorso più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività sportiva e comunque entro 2 (due) ore dall'inizio o termine della gara od entro 1 (una) ora dall'inizio o termine allenamento, salvo comprovati e documentati impedimenti;
- b) durante le trasferte per gare e/o ritiri e allenamenti fuori sede, il tempo necessario per raggiungere il campo di gara o di ritiro. Per l'identificazione delle persone danneggiate faranno fede i referti di gara ed, in subordine, la convocazione e/o ogni altro documento idoneo. In tal caso, se richiesto, alla denuncia di sinistro dovrà essere successivamente allegato un'attestazione a firma del Dirigente accompagnatore indicato nel predetto referto o convocazione. In questo caso la garanzia esplicherà il proprio effetto anche per il tragitto da casa o luogo di lavoro (se trattasi di lavoratore dipendente) sino al punto di raduno e viceversa entro i limiti previsti dal precedente punto a);
- c) il rischio in itinere sarà operante sempreché alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro.



GARANZIE E MASSIMALI

La Federazione Italiana Pallavolo, in collaborazione con la AON S.p.A., Broker assicurativo, ha stipulato, all'intervento della convenzione a favore dei tesserati, apposita formula integrativa da mettere a disposizione a tutti i propri tesserati.

Nella tabella che segue vengono riassunte le diverse tipologie delle coperture assicurative destinate agli atleti e ai dirigenti:

GARANZIE	BASE	INTEGRATIVA
CASO MORTE	€ 80.000, 00	€ 80.000, 00
CASO LESIONI	€ 80.000, 00 FRANCHIGIA ASSOLUTA 5%	€ 80.000, 00 FRANCHIGIA ASSOLUTA 3%
RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 3.000, 00 A seguito di lesioni indennizzabili a termini di polizza, <u>con</u> intervento chirurgico	€ 6.000, 00 A seguito di lesioni indennizzabili a termini di polizza, <u>con o senza</u> intervento chirurgico
DIARIA DA GESSO	Non prestata	€ 200, 00



COPERTURA POLIZZA BASE

SOMME ASSICURATE

GARANZIA INFORTUNI

Tesserati, Partecipanti a Corsi, Gare o Manifestazioni Sportive

Caso morte	€	80.000, 00
Caso Lesioni	€	80.000, 00
Rimborso spese mediche per intervento chirurgico	€	3.000, 00

LESIONI - FRANCHIGIA ASSOLUTA

Sul capitale assicurato non sarà corrisposto alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente accertato non supera il 5%.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

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

Salvo quanto sopra, l'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

- per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella tabella A (disponibile sul sito federale) alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.

RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO

La garanzia copre, fino a concorrenza della somma di € 3.000, 00, le seguenti spese sostenute in conseguenza di lesione indennizzabile a termine di polizza:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria
- spese per l'uso della sala operatoria
- rette di degenza
- spese per medicinali prescritti dal medico curante
- onorari dei medici
- spese relative ad accertamenti diagnostici
- spese per il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura con autoambulanza

La Compagnia effettua il rimborso delle spese sostenute agli eventi diritto previa presentazione dei documenti giustificativi a cura ultimata, con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 300, 00.



COPERTURA INTEGRATIVA

SOMME ASSICURATE

GARANZIA INFORTUNI

Caso morte	€	80.000, 00
Caso Lesioni	€	80.000, 00
Rimborso spese mediche	€	6.000, 00

LESIONI - FRANCHIGIA ASSOLUTA

All'atto dell'adesione alla presente formula integrativa, la percentuale di franchigia si intenderà ridotta al 3%.

Pertanto sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se la percentuale complessiva delle lesioni indennizzabili non supera il 3%.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 3% ed inferiore al 10%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 10% la franchigia si intenderà annullata e l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla percentuale di invalidità.

RIMBORSO SPESE MEDICHE

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

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

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

- a) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- b) cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;



- c) prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
- d) esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- e) cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

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

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

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con uno scoperto del 10% con il minimo di € 200, 00

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

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

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

INDENNITÀ DA RICOVERO

In caso di ricovero in Istituto di cura, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma assicurata indicata nella successiva sezione somme assicurate, per ogni giorno di degenza.

Il giorno di ricovero ed il giorno di dimissione saranno considerati come unico giorno.

INDENNITÀ DA GESSO

In caso di applicazione di gesso e/o di tutore immobilizzante equivalente (Don Joy, Desault, valva gessata, doccia gessata, bendaggio ad otto, air-cast, stecca di zimmer, ecc.) e/o di forzata completa immobilità, limitatamente ai casi di frattura vertebrale anche senza ricovero, reso necessario da infortunio, la Società liquiderà la somma assicurata indicata nella sezione somme assicurate.



MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

LESIONI

Salvo quanto previsto per la Franchigia assoluta, l'Assicuratore, corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue:

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

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggiore pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

PRECISAZIONI:

- Per “frattura” s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture “scomposte” determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle “amputazioni” si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.



- Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà venti volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di "Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa".
- In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma postraumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.
- L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.
- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovra riscaldati) 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.