



Billa Volley Team

..Uniti nel gioco nel nome di un amico ..

Gentile genitore e/o atleta maggiorenne

Milano, 15 Settembre 2025

OGGETTO: Polizza Infortuni – Informazioni e gestione infortunio

Numerosi genitori ci hanno chiesto informazioni in merito alla polizza Base Fipav in caso di infortuni durante gli allenamenti e/o partite ed informazioni in merito alla polizza integrativa ad adesione facoltativa. Di seguito un breve sunto ed in allegato le informazioni e modalità di gestione.

Informazioni Polizze:

- La **polizza Base Fipav**, stipulata in convenzione con Allianz, compresa nel costo di tesseramento, prevede la copertura, alle condizioni specificate negli allegati, solo in caso di infortunio GRAVE (Fratture, per esempio), e non nel caso di infortuni “semplici” (distorsioni, per esempio).

- La **polizza Integrativa Facoltativa**, stipulata in convenzione con Allianz, alle condizioni indicate negli allegati, ha un costo per la stagione sportiva 2025/2026 di Euro 40,00 ad atleta e può essere attivata, da BILLA, SOLO al raggiungimento di un numero minimo di 13 atleti.
 - o In caso di vostra volontà ad aderire, scrivete gentilmente una mail ad info@billavolleyteam.it e vi faremo sapere se raggiungeremo il numero minimo per l’attivazione e le successive modalità di pagamento.

Gestione Infortunio:

- Dovrete avvisare tempestivamente allenatore e dirigente del grave infortunio e del fatto di esservi recati al Pronto soccorso di un ospedale
 - o A volte l’infortunio non sembra essere così “grave” e gli sviluppi negativi avvengono nella notte o giorni dopo
 - Le condizioni di polizza prevedono che ci si possa recare al PS o da un medico specialistico, entro 72 ore dall’accadimento!

- In caso di infortunio Grave (lesioni/fratture) dovete inviare, con cortese urgenza, il verbale di PS o il certificato del medico specialistico alla mail info@billavolleyteam.it.
 - o Sarà cura di BILLA prevedere alla prima denuncia alla compagnia assicurativa compilando e firmando digitalmente un modello denominato “Modulo ASS2_Attestazione”.

- Riceverete da Billa Volley, alla vostra mail, il modello ASS2_Attestazione, debitamente compilato e firmato digitalmente.

- Dovrete compilare a mano il modello di denuncia sinistro infortuni (Modulo ASS1)

- Entro trenta giorni dall’accadimento dovete inoltrare ad Allianz, esclusivamente via mail, come da istruzioni indicate,
 - o il verbale di PS (o certificato del medico specialistico)
 - o Il modulo ASS1
 - o Il modulo ASS2_Attestazione
 - o ogni altra documentazione a vostre mani



Billa Volley Team

..Uniti nel gioco nel nome di un amico ..

Sarete contattati direttamente da Allianz per il proseguo delle pratiche e per richieste aggiuntive SOLO se la pratica di denuncia sarà completa di tutta la documentazione sopra indicata. In assenza di risposte, vi consigliamo di sollecitarle via mail.

Al fine di gestire al meglio l'eventuale pratica di infortunio alleghiamo alla presente

- **ISTRUZIONI PER LA DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI_ 2025/2026**
- **MODULO DI DENUNCIA SINISTRO INFORTUNI ASS1 (da inviare poi ad Allianz debitamente compilata)**
- **CONDIZIONI GENERALI POLIZZA BASE FIPAV**
- **Estratto indicazioni polizza integrativa infortuni ad ADESIONE FACOLTATIVA**

Il direttivo rimane a vostra disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Buona pallavolo a tutti.

Billa Volley Team asd



ISTRUZIONI PER LA DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI_ 2025/2026

- 1) In caso di sinistro il tesserato, dovrà inviare entro 30 giorni dalla data di accadimento, comunicazione di denuncia sinistro, redatta conformemente alle seguenti istruzioni e completa della documentazione indicata nei successivi punti, all'agenzia di competenza:

Allianz004 srl

Agenzia Roma Buozzi 20056
Viale Bruno Buozzi, 11/13 00197 Roma
tel. 06/8073853 – fax 06/92932167
fipav@agenziaallianz004.it

- 2) La comunicazione di denuncia di sinistro dovrà essere **obbligatoriamente** corredata della seguente documentazione:

- a) Modulo di denuncia sinistro completo di consenso al trattamento dei dati personali (privacy), **MODULO ASS1_Denuncia**
- b) - Per **atleti, dirigenti e allenatori societari**: **Modulo ASS2_Attestazione** di “Attestazione di infortunio avvenuto durante attività sportiva federale”. Tale modulo, che non ha valore di denuncia di infortunio, è reperibile mediante l’accesso all’apposita sezione del portale www.federvolley.it - tesseramento online e dovrà essere compilato a cura del Presidente della Società di appartenenza e sottoscritto digitalmente dallo stesso (mediante smart card), stampato e consegnato all’interessato.
 - Per **Ufficiali di Gara** la copia della designazione o lettera di convocazione.
 - Per i **Componenti Comitati Territoriali**: copia della lettera di incarico / convocazione.
- c) **Documentazione medica relativa all’infortunio occorso**: **certificato di Pronto Soccorso o certificato medico specialistico redatto entro le 72 ore dal sinistro.**

La comunicazione di denuncia deve essere inviata esclusivamente via mail

- 3) Il tesserato, solo se la comunicazione di denuncia risulterà completa di tutta la documentazione indicata nei precedenti punti a), b) e c), riceverà comunicazione dalla Compagnia Assicurativa con tutti i riferimenti del sinistro ed i recapiti del Centro Liquidazione Danni con il quale prendere contatti per la definizione della pratica.

La comunicazione dei riferimenti da parte della Compagnia avverrà tramite posta ordinaria ai recapiti indicati dall’interessato.

- 4) Il tesserato inoltre dovrà:

- Documentare, fornendo le certificazioni mediche relative al decorso delle lesioni;
- Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni altro documento utile;
- Consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell’Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa, necessari ai fini dell’accertamento del diritto all’indennizzo ed alla sua quantificazione.



FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO
MODULO DI DENUNCIA SINISTRO INFORTUNI
CONVENZIONE ASSICURATIVA 2025-2026

**MODULO
ASS1
DENUNCIA**

DANNEGGIATO

CATEGORIA / RUOLO:

Atleta Dirigente Allenatore Massaggiatore Ufficiale di Gara

COGNOME/NOME _____ COD.FISC.: _____

LUOGO DI NASCITA _____ PROV _____ DATA NASCITA _____

INDIRIZZO _____ CITTÀ' _____ CAP _____ PROV _____

NUM. TEL. / CELL. _____ e-MAIL _____

Polizza Base Integrativa (barrare solo nel caso la Società sportiva di appartenenza ha esteso la copertura di base)

IBAN _____ INTESTATARIO _____

DATI GENITORI (se atleta minorenne)

Cognome e Nome: _____ Indirizzo: _____

Cap: _____ Località: _____ Prov: _____ Tel: _____

Cognome e Nome: _____ Indirizzo: _____

Cap: _____ Località: _____ Prov: _____ Tel: _____

EVENTO

Data evento _____ Ora: _____ Luogo/località: _____ Data denuncia: _____

Evento avvenuto durante:

Incontro ufficiale Allenamento Trasferimento Trasferimento aereo

Descrizione evento _____

Lesioni subite.: _____

Prestazioni sanitari ricevute: _____

Testimoni 1). _____ 2). _____

Il sottoscritto dichiara che le indicazioni di cui sopra sono complete e conformi al vero.

Data: _____ / _____ / _____

Firma dell'Assicurato (o chi per esso): _____

IMPORTANTE: si ricorda che la denuncia di sinistro risulterà perfezionata solo se completa di tutti i documenti indicati nelle "Istruzioni per la denuncia di sinistro" presente nel sito www.federvolley.it – sezione Documenti/Assicurazioni.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVAMENTE ALL'ATTIVITA' DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

La normativa vigente, definita in relazione al Regolamento Ue 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati) garantisce che il trattamento personale dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali assicurando che i dati siano trattati in modo lecito e secondo correttezza.

Nel rispetto di questo quadro normativo, Le chiediamo di fornirci i Suoi dati per poter per poter erogare i servizi assicurativi e soddisfare le richieste che pervengono dagli interessati, in particolare per poter procedere all'attività di liquidazione dei sinistri. A tal fine le precisiamo che la nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano come precisato nel presente documento.

1. Titolare del Trattamento e informazioni di contatto

Il titolare del trattamento dei dati è Allianz S.p.A., con sede **a Milano in Piazza Tre Torri 3**, che definisce modalità e finalità del trattamento dei Suoi dati personali.

La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel presente documento, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile agevolmente e gratuitamente scrivendo Allianz – Pronto Allianz – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, telefonando al numero verde 800686868 oppure accedendo al sito web di Allianz nella sezione "Pronto Allianz Online", ove sono disponibili anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Per Sua comodità, Le indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A., Piazza Tre Torri 3 – 20145 Milano oppure scrivendo all'indirizzo mail: dpo.allianz@allianz.it.

2. Categorie di dati raccolti

La nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che riguardano Lei e/o i Suoi familiari. Tali dati potranno essere anche quelli appartenenti a categorie particolari solo in quanto siano strumentali alla gestione del rapporto assicurativo e adempimento di prestazioni ad esso strumentali o connesse.

Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

- **Dati personali,**
- **Dati sensibili** (quali, a titolo esemplificativo, i dati relativi alla salute, vita sessuale e orientamento sessuale della persona, origine razziale o etnica per visite mediche, per la sottoscrizione polizze vita e liquidazione sinistri e per i quali si richiede un **ESPRESSO CONSENTO** al trattamento, **ecc.**),
- **Dati giudiziari,**
- **Digital contacts**, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).

3. Finalità del trattamento

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti sono utilizzati dalla nostra società, da società del Gruppo Allianz SE e da terzi, a cui essi verranno comunicati, al fine di consentire alla società – anche per conto di altre società del Gruppo Allianz SE – di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirLe il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, in particolare procedere all'attività di liquidazione dei sinistri, nonché dare esecuzione a servizi connessi, accessori e strumentali all'erogazione della prestazione assicurativa (come nel caso di perizie mediche per la liquidazione di sinistri);
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione,
- limitatamente ad alcuni dati anche eventualmente comunicati ad Allianz da terzi, adempiere alla normativa vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo,
- I Suoi dati personali, anche sensibili e giudiziari, saranno trattati e potranno essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE per finalità di antifrode. I Suoi dati potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

3.a Base Giuridica del trattamento

Tenuto conto che Allianz ha previsto di chiederle il consenso al trattamento dei dati, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali. In via alternativa, in mancanza del suo espresso consenso la base giuridica dei trattamenti consiste nel fatto che, in talune circostanze, il trattamento è necessario all'esecuzione di prestazioni contrattuali, cui Allianz è tenuta, nell'ambito dell'attività di liquidazione dei sinistri, e adottate su richiesta dell'interessato stesso.

3.b Consenso facoltativo e obbligatorio, facoltà di rifiuto e conseguenze

Le chiediamo, quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi da Lei richiesti, in particolare del servizio di liquidazione dei danni che La riguardano.

Per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili" e/o giudiziari, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi. Come nel caso di perizie mediche utilizzate per la liquidazione dei sinistri.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

Premesso che il consenso al trattamento dei Suoi dati è facoltativo, preme precisarLe che, in caso di Suo rifiuto, Allianz si vedrà costretta a non poter procedere all'esecuzione del servizio assicurativo, in particolare del servizio di liquidazione dei danni che la riguardano, a meno che non risulti in modo inequivocabile che i dati sono stati da lei forniti per l'esecuzione della prestazione assicurativa, adottate su richiesta dell'interessato stesso.

4. Modalità d'uso dei dati

I Suoi dati personali sono trattati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi, in particolare il servizio di liquidazione sinistri e le informazioni da Lei richieste e, qualora vi acconsenta, anche mediante l'uso della posta cartacea, di chiamate tramite operatore, del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica, degli SMS,

tablet, smartphone, o di altre tecniche di comunicazione a distanza, di strumenti telematici, automatizzati, ed informatici. Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

5. Destinatari dei suoi dati personali. Chi potrà accedere ai suoi dati

Per taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguitamento delle finalità di fornitura del servizio assicurativo finalizzato alla liquidazione dei sinistri e per la ridistribuzione del rischio.

Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del "responsabile" o sono incaricati del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva quali agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti

Così pure i Suoi dati devono da noi essere comunicati, per obbligo di legge, a enti e organismi pubblici, quali Ivass – Consap – Casellario Centrale Infortuni – UIC – Motorizzazione Civile – Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo, infine, che, quali responsabili o soggetti incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei dati anche i nostri dipendenti e collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

La informiamo inoltre che i Suoi dati personali non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni da Lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del nostro Gruppo, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

5.a Possibili ulteriori destinatari dei suoi dati

Per le finalità descritte nel precedente paragrafo 3, inoltre, i dati personali potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

I Suoi dati potrebbero essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità connesse a quelle di cui alle lett. a) e b) del capitolo 1. (Finalità

del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE potrà visionare sul sito internet della Società. Nel caso in cui le suddette BCR non trovassero applicazione, attueremo tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurarLe una adeguata protezione per il trasferimento dei Suoi dati.

Nel caso in cui Lei voglia ottenerne una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti, P.zza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, numero verde: 800686868, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto.

In ogni caso, qualora i Suoi dati dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, Allianz garantisce che il destinatario dei dati personali assicura un adeguato livello di protezione, in particolare, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che sono state approvate dalla Commissione Europea.

Allianz non trasferirà in alcun caso i Suoi dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento dei dati personali stessi.

7. I suoi diritti nello specifico

Si precisa che ogni interessato ha diritto di scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento e per esercitare (per i trattamenti effettuati dopo 25 maggio 2018) il diritto alla portabilità dei dati. Inoltre ogni interessato ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'interessato ha inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso esplicito, ove fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Qui di seguito riportiamo l'elenco specifico dei suoi diritti in relazione al trattamento dei suoi dati.

Lei potrà:

1. accedere ai Suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei Titolari del Trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
2. revocare il Suo consenso in ogni momento;
3. aggiornare o correggere i Suoi dati personali in ogni momento;
4. chiedere la cancellazione dei Suoi dati dai nostri sistemi (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrono i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
5. per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 restringere il campo di trattamento dei Suoi dati (limitazione) in determinate circostanze: per es. qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
6. conoscere dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato;
7. ottenere copia dei Suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
8. conoscere se i dati sono trasferiti a un paese terzo, informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della norma di riferimento;
9. adire la nostra funzione privacy ovvero il Garante della Privacy

7.a) Diritto alla cancellazione e all'oblio, rettifica e portabilità dei dati

In ogni momento, Lei potrà anche richiedere il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i Suoi dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto.

La eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo per il quale era stato manifestato il relativo consenso.

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi ad Allianz S.p.A. – Servizio Clienti, Piazza Tre Torri 3, - 20145 Milano, numero verde 800686868, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussiste la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, Allianz avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono i dati. I dati saranno perciò conservati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria. Si procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precise.

9. Diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo

Lei ha anche il diritto di proporre reclamo dinanzi al Garante della Privacy, secondo le modalità indicate sul sito web www.garanteprivacy.it.

Data Nome, cognome (o Denominazione) e firma degli interessati per il
consenso

----- -----
----- -----
----- -----
----- -----

Per i minori deve essere apposta la firma di chi esercita la patria potestà



CONDIZIONI GENERALI

ESTRATTO DA POLIZZA INFORTUNI E RIMBORSO SPESE MEDICHE

**ATLETI INDOOR - BEACH VOLLEY - SITTING VOLLEY - SNOW VOLLEY
E VOLLEY S3 - ADERENTI - ALLENATORI - UFFICIALI DI GARA -
MASSAGGIATORI - COMPONENTI COMITATI PERIFERICI**

505586669

STIPULATA TRA

**Il Contraente: FIPAV e la Società:
ALLIANZ SpA/ UNIPOL ASSICURAZIONI SpA**

Decorrenza 30.06.2025 Scadenza 30.06.2026

Allianz S.p.A.

Sede Legale Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - Telefono +39 02 7216.1 - Fax +39 02 2216.5000 -
allianz.spa@pec.allianz.it - www.allianz.it - Direzione Generale e uffici Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - Largo
Ugo Irneri 1, 34123 Trieste - C.F. e Registro Imprese di Milano n. 05032630963 - Rappresentante del Gruppo
IVA Allianz con P.IVA n. 01333250320 - Capitale Sociale euro 403.000.000 i.v. - Albo Imprese di Assicurazione
n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi Assicurativi n. 018 - Società con unico socio
soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco

Par.2 – DEFINIZIONI

Ai fini della presente gara e delle coperture assicurative che saranno aggiudicate in esito alla stessa, si definiscono, se non derogati nei successivi paragrafi concernenti le diverse coperture assicurative:

Assicurato:	la persona o l'ente garantito dalla copertura assicurativa
Società:	Compagnia Assicuratrice
Società affiliata:	Società aderente alla Contraente
Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Premio:	la somma dovuta dalla Contraente alla Società
Tesserato:	ogni singolo soggetto a qualunque titolo iscritto o aderente alla Contraente
Contraente:	la FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO (FIPAV) di seguito denominata "Federazione"
Beneficiari:	l'assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato
Franchigia:	è l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo.
Massimale:	è l'importo massimo della prestazione della Società
Scoperto:	è l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri.
Infortunio:	ogni evento improvviso che si verifichi indipendentemente dalla volontà dell'assicurato nell'esercizio e nello svolgimento dell'attività sportiva agonistica, non agonistica, amatoriale, ludica o comunque prevista dal presente capitolato, e che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza la morte, l'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Ricovero:	permanenza in istituto di cura (pubblico o privato) con almeno un pernottamento
Assistenza infermieristica:	l'assistenza prestata da personale munito di specifico diploma
Ambulatorio:	la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale
Istituto di cura:	l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche
Trattamento chirurgico:	provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista
Day Hospital:	struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica

Network

Rete convenzionata della Compagnia assicuratrice, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet di riferimento della Compagnia assicuratrice.

Nucleo familiare

L'Assicurato ed ogni suo familiare discendente, il coniuge, anche non fiscalmente a carico e non convivente purché non legalmente separato o divorziato, figli del dipendente fiscalmente a carico anche se non conviventi e figli del dipendente conviventi anche se non fiscalmente a carico. Il convivente "more uxorio", compresi i figli conviventi del convivente "more uxorio" e gli altri familiari. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidatari.

Struttura Sanitaria Convenzionata: Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Compagnia ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di Laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Ogni ciclo di Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

Par.1 - CONDIZIONI GENERALI DELLA COPERTURA INFORTUNI E RIMBORSO SPESE MEDICHE

1. Oggetto del rischio

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti nelle clausole successive, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività sportiva, ricreativa e culturale organizzata sotto l'egida della Federazione Italiana Pallavolo, purché oggettivamente riscontrabile e comunque confermata con apposita dichiarazione del legale rappresentante e/o del responsabile dell'attività in calce alla denuncia, ivi compresi gli allenamenti, le competizioni e/o gare, i ritiri e/o stages di preparazione e l'attività agonistica nazionale ed internazionale, anche se effettuati in impianti o strutture, di qualunque tipologia, che si trovano nella disponibilità di terzi. L'operatività della copertura è subordinata all'avvenuta presentazione, ove richiesto all'atto del tesseramento, del certificato di idoneità sportiva.

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente e delle Società affiliate, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio della Contraente e/o delle Società affiliate, nonché dei rischi connessi all'espletamento del mandato sportivo dei soggetti assicurati, anche in occasione di gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della FIPAV.

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della Contraente e delle Società affiliate, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio della Contraente e/o delle Società affiliate, nonché dei rischi connessi all'espletamento del mandato sportivo dei soggetti assicurati, anche in occasione di gare, concorsi e/o manifestazioni ufficiali organizzate sotto l'egida della FIPAV.

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) nel caso di attività da svolgersi nella sede di residenza, 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 della Contraente ed, in subordine, le convocazioni societarie. In tal caso la denuncia di sinistro dovrà riportare la 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.

2. Estensioni di garanzia

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. infezioni conseguenti a infortunio, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento involontario di sostanze;
3. gli infortuni causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti;
4. l'annegamento;
5. l'assideramento e/o il congelamento;
6. colpi di sole e/o di calore;
7. gli infortuni subiti in stato di malore od incoscienza;
8. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenze gravi;
9. le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
10. le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari.

3. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e dall'esercizio di sport aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo Art. 13 – Rischio volo;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- f) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- g) da guerra e insurrezioni;
- h) da contaminazioni biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere;
- i) da malaria, malattie tropicali e carbonchio;
- j) da trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratici, raggi X, ecc.);

4. Esonero denuncia di infermità

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

5. Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che il Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Compagnie per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in

polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, invalidità permanente, ed indennità di ricovero, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

6. Persone non assicurabili

Salvo diverse disposizioni aventi efficacia cogente, non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, o dalle seguenti infermità mentali: disturbi schizofrenici, paranoici, affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), sintomi e disturbi mentali organici.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

7. Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

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

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

8. Infortuni determinati da calamità naturali

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

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

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

9. Evento con pluralità di infortuni

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

10. Validità territoriale

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

11. Limite di età

La copertura è prestata senza limiti di età.

12. Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constabili dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche preesistenti all'infortunio stesso; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

In caso di perdita anatomica e/o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui al successivo punto 14 lett. c) Invalidità permanente, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In deroga a quanto stabilito al comma 1, per i soli infortuni che determinano la morte del soggetto assicurato, purché avvenuti in occasione di una manifestazione sportiva (indetta dalla

FIPAV o a cui partecipi la Società Sportiva previa approvazione della Federazione stessa per la quale il soggetto assicurato risulti tesserato) iscritta nei calendari ufficiali ed avvenuta nei limiti della struttura deputata allo svolgimento della manifestazione stessa, la prestazione assicurativa è dovuta anche se il decesso sia una conseguenza indiretta dell'infortunio.

13. Rischio volo

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

- da società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi per aeromobile:

Euro 5.200.000,00 per il caso morte

Euro 5.200.000,00 per il caso invalidità permanente Euro

5.200,00 al giorno per il caso inabilità temporanea;

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti ed il totale degli indennizzi dovuti.

La garanzia inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

14. Prestazioni

a) Morte

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

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

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

b) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso morte agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

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

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'indennizzo, risulti che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

c) Invalidità permanente

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di assicurazione sportiva dilettantistica:

- per i tutti gli Assicurati saranno operanti gli indennizzi previsti nella tabella allegata al decreto ministeriale 03.11.2010 "Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti", pubblicato sulla GU n. 296 del 20.12.2010 con la seguente miglioria: con riferimento agli indennizzi previsti dalla suddetta tabella "solo se le relative lesioni siano trattate chirurgicamente", gli stessi saranno riconosciuti, in caso di esiti permanentemente invalidanti, anche in assenza di intervento chirurgico. Sono fatte salve le franchigie stabilite nelle condizioni generali e particolari di assicurazione.

- Resta convenuto che in caso di mancato versamento del premio l'assicuratore è obbligato ad erogare la prestazione assicurativa a favore dell'assicurato, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti del soggetto obbligato.
- Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo per lesioni è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti fermo quanto previsto dall'art. 12.

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 natura non traumatica.
- 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 comminate 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 blosse 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 pari al 100% del massimale.
- 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 post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.
- L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.
- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrariscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.
- 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.

15. Controversie sulla natura degli infortuni

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

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

16. Anticipo indennizzo

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

17. Franchigia assoluta

Salve le diverse indicazioni contenute nelle allegate Schede di polizza, sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente non supera l'8%, ovvero la minore percentuale eventualmente offerta dalla Compagnia in sede di gara. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 8%, ovvero alla minore percentuale eventualmente offerta dalla Compagnia in sede di gara, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

18. Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

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

19. Pagamento dell'indennità

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

20. Estensioni speciali

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di evento previsto nella presente polizza che, a motivo delle entità delle lesioni, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, all'assicurato verrà corrisposto un indennizzo incrementato del 20%.

La predetta garanzia è operante anche nei confronti degli studenti assicurati che frequentano scuole nella Repubblica di San Marino, nonché scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, sarà aumentata del 100%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 3 lettera g) della presente sezione, l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Rimpatrio salma

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

Rientro sanitario

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

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 14 lett c) della presente sezione, per i morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate.

Avvelenamenti

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 14 lett c) della presente sezione, a seguito di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate

Assideramento – congelamento – colpi di sole o di calore

Fermo quanto previsto nel precedente Art. 14 lett c) della presente sezione, a seguito di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione al soggetto assicurato sono rimborsate le relative spese documentate

Danno estetico

Al soggetto assicurato sono rimborsate le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito.

21. Denuncia degli infortuni

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

- a) Darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato e/o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile. La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico (certificato di Pronto Soccorso o certificato medico specialistico redatto entro le 72 ore dal sinistro) e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento; alla stessa, qualora non fosse stato prestato in precedenza, deve inoltre essere allegato il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n.196/03; il mancato conferimento del consenso costituisce per la Compagnia legittimo impedimento alla trattazione del sinistro;
- b) Documentare, fornendo ulteriori certificati medici il decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
- c) Trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni documento – medico e non;
- d) Consentire in ogni caso alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti, anche di carattere medico sulla persona dell'Assicurato, ritenuti, ad insindacabile giudizio della stessa e comunque entro e non oltre 60 giorni dalla chiusura del sinistro, necessari ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo ed alla sua quantificazione.

22. Rinuncia al diritto di surrogazione

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

23. Rimborso Spese Mediche

Fermo restando quanto previsto dal precedente art. 14 è riconosciuto, al solo verificarsi dell'infortunio ed indipendentemente dal verificarsi o meno di un postumo invalidante, il rimborso delle spese mediche sostenute dall'assicurato entro il limite della somma assicurata a questo titolo indicata nelle rispettive condizioni particolari (vedi appendici di polizza), relativamente a: spese sostenute connesse ad intervento chirurgico anche in day hospital/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.) purché regolarmente prescritto dai presidi autorizzati, per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- b) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono
- c) spese per il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura con autoambulanza
- d) spese per medicinali prescritti dal medico curante,
- e) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, pre e post ricovero;

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

La Società effettua il rimborso delle spese sostenute agli eventi diritto, a cura ultimata, previa presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia ed in euro.

Le garanzie previste nel presente articolo si intendono estese ai casi di forzata completa immobilità, limitatamente alla frattura vertebrale anche se non dovesse comportare ricovero.

Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio di cui sopra viene corrisposto con il limite annuo e lo scoperto indicato nella rispettiva appendice di polizza allegata.

Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite annuo e lo scoperto indicato nella rispettiva appendice di polizza.

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.

Si precisa che sul Rimborso Spese mediche lo scoperto e la franchigia, ove previste, si applicano una sola volta al totale complessivo delle prestazioni erogate.

24. Condizioni particolari

Nelle diverse appendici di polizza sono indicate le coperture specifiche, integrative delle presenti condizioni generali, riferite alle diverse categorie di soggetti assicurati.

Par.1.1- CONDIZIONI PARTICOLARI INFORTUNI E RIMBORSO SPESE MEDICHE

1.1 ATLETI INDOOR BEACH SITTING VOLLEY E MINIVOLLEY – ADERENTI - ALLENATORI - UFFICIALI DI GARA - MASSAGGIATORI - COMPONENTI COMITATI TERRITORIALI	
CATEGORIE	NUMERI : 346.000, di cui: 140.000 180.000 26.000
<ul style="list-style-type: none"> • attività agonistica atleti indoor e beach attività agonistica (>13 anni) • attività non agonistica atleti indoor e beach (<=13 anni) • Ulteriori categorie allenatori - ufficiali di gara - massaggiatori - componenti territoriali 	
MORTE E INVALIDITA PERMANENTE	FRANCHIGIA
<ul style="list-style-type: none"> • MORTE 100.000 € • I.P. : 100.000 € 	Franchigia 8% per tutti i distretti anatomici
RIMBORSO SPESE MEDICHE INFORTUNIO	FRANCHIGIA E SCOPERTO
Massimale 1.000,00 € Sottolimite di 500 € per fisioterapia	Scoperto 10% minimo 250,00 €
CONDIZIONI INDENNIZZABILITA RSM SINISTRO	
<p>Al solo verificarsi dell'infarto ed indipendentemente dal verificarsi o meno di un postumo invalidante, il rimborso delle spese mediche sostenute dall'assicurato entro il limite della somma assicurata a questo titolo indicata nelle rispettive condizioni particolari, relativamente a spese sostenute connesse ad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervento chirurgico anche in day hospital/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.) 	

Integrativa infortuni ad ADESIONE FACOLTATIVA

Stagione sportiva 2025/2026

ATLETI INDOOR BEACH E MINIVOLLEY - SITTINGVOLLEY - ALLENATORI - MASSOFISIOTERAPISTI

MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE	FRANCHIGIA (solo su I.P.)
• MASSIMALE* MORTE: 180.000 €	8% sui primi 100.000 € assicurati con copertura base
• MASSIMALE * I.P. : 180.000 €	6% sugli ulteriori 80.000 €

RIMBORSO SPESE MEDICHE INFORTUNIO	FRANCHIGIA E SCOPERTO
• MASSIMALE* 2.000,00 € a seguito di 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.). Con sottolimite di 1.250,00 € per fisioterapia. • -MASSIMALE** 1.000,00 € anche senza intervento chirurgico 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.). Con sottolimite di 500,00 € per fisioterapia.	Scoperto 10% minimo 250,00 €

*** I MASSIMALI riportati si intendono comprensivi di quelli previsti in polizza base.**

**** Massimale non previsto nella copertura base**

SPECIFICHE
La garanzia copre, ferme le condizioni generali, le spese sostenute a seguito di infortunio <u>anche non comportante intervento chirurgico</u> , 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, 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.

Per accedere alla richiesta di rimborso obbligatorio certificato di Pronto Soccorso o certificato medico specialistico redatto entro le 72 ore dal sinistro.

PREMI DI POLIZZA	
1^ ADESIONE (minimo 13 tesserati per società)	N. 13 X € 40 = € 520,00
ULTERIORI ADESIONI A PREMIO INDIVIDUALE (per ciascuna ulteriore adesione anche singola)	€ 40,00
MODALITA' DI ADESIONE	

La società che intenda aderire, dovrà inizialmente estendere la copertura assicurativa per un numero minimo di 13 adesioni facoltative. Ulteriori eventuali adesioni potranno essere effettuate anche per singolo tesserato. Le adesioni facoltative potranno essere effettuate esclusivamente entro il termine ultimo del 30 novembre 2025

Oltre tale termine saranno consentite estensioni esclusivamente entro 15 giorni dalla data di tesseramento per:

- a) 1° nuovo tesseramento (atleta mai tesserato prima che entra a far parte di società già assicurata - che abbia cioè attivato entro il termine ultimo previsto, le prime 13 coperture)
- b) Trasferimento di atleta senza copertura facoltativa a società ricevente già assicurata, che abbia cioè attivato entro il termine ultimo previsto, le prime 13 coperture.

DECORRENZA DELLA GARANZIA	TERMINI DELLA GARANZIA
Dalla data di richiesta della società	30/06/2026

INTEGRATIVA INFORTUNI 2025 – 2026 MODALITA' E PROCEDURE

La Federazione Italiana Pallavolo, già da diversi anni, tutela tutti i propri tesserati, mediante una copertura assicurativa che, oltre a garantire le coperture morte e invalidità permanente - dovute in termini di legge - offre la garanzia Rimbors Spese Mediche (RSM) quale ulteriore servizio per i propri tesserati, le cui condizioni, termini e modalità sono pubblicate sul sito federale alla sezione documenti/assicurazioni "Specifiche di massima delle condizioni assicurative della copertura infortuni". La garanzia RSM, è un servizio aggiuntivo, che esula dall'obbligatorietà della copertura definita dalla normativa vigente (Presidenza del Consiglio dei Ministri - Decreto 3 novembre 2010 "Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti"), ma che la FIPAV, nell'intento di offrire un servizio maggiormente rispondente alle esigenze delle Società, ha ritenuto di fornire direttamente all'atto del tesseramento.

Qualora le società, nella condivisione dell'importanza di tutelare i propri atleti, ritenessero opportuno integrare ulteriormente tale copertura assicurativa di base (Morte, I.P, RSM), potranno stipulare la copertura integrativa, alle condizioni termini e modalità di cui al documento "Specifiche di massima polizza infortuni integrativa ad adesione facoltativa".

Tale copertura assicurativa facoltativa per atleti , allenatori, massofisioterapisti, permette di usufruire di tutele superiori, mediante il pagamento di un premio aggiuntivo.

PASSAGGIO dalla copertura BASE alla copertura INTEGRATIVA: costo pro capite **€ 40,00**.

Il versamento di tale premio permette di ampliare la garanzia "base" mediante il riconoscimento delle condizioni precise nel documento "Specifiche di massima polizza infortuni integrativa ad adesione facoltativa".

MODALITA' DI ADESIONE COPERTURA INTEGRATIVA

La società che intenda aderire, dovrà inizialmente estendere la copertura assicurativa per un numero minimo di 13 adesioni facoltative. Ulteriori eventuali adesioni potranno essere effettuate anche per singolo tesserato. Le adesioni facoltative potranno essere effettuate esclusivamente entro il termine ultimo del 14 dicembre 2025.

Oltre tale termine saranno consentite estensioni esclusivamente entro 15 giorni dalla data di tesseramento per:

- nuovo tesseramento** atleta mai tesserato in precedenza, che venga tesserato da società che abbia attivato entro il termine ultimo previsto, le prime 13 coperture;
- trasferimento** di atleta senza copertura facoltativa a società che abbia attivato entro il termine ultimo previsto 14 dicembre 2025, le prime 13 coperture.

PREMI DI POLIZZA:

- | | |
|---|----------------------------|
| a) 1 [^] Adesione (minimo 13 tesserati per società) | € 520,00 (N. 13 X € 40,00) |
| b) Ulteriori adesioni a premio individuale
(per ciascuna adesione anche singola) | € 40,00 |

DECORRENZA DELLA GARANZIA:

Dalla data di richiesta della società*

TERMINE DELLA GARANZIA:

30/06/2026

PROCEDURA DI ATTIVAZIONE COPERTURA INTEGRATIVA

Per attivare la **copertura assicurativa facoltativa infortuni** le Società interessate dovranno:

1. Compilare on line il modello ASS3 inserendo l'elenco dei nominativi degli atleti per i quali si intende attivare la copertura assicurativa facoltativa INTEGRATIVA. Questa operazione permetterà automaticamente di visualizzare il premio complessivo dovuto per le coperture facoltative scelte. Il modello in questa fase potrà essere solamente salvato sul sistema, ma non inviato;
2. Effettuare il pagamento del premio complessivo risultante tramite **bonifico bancario** sul conto corrente intestato a ALLIANZ 004 S.R.L. presso:

ALLIANZ BANK FINANCIAL ADVISOR SPA

IBAN: IT17 Q035 8901 6000 1057 0854 979

Nella causale del bonifico specificare “INTEGRATIVA FIPAV + CODICE SOCIETARIO”.

3. Inserire nel modello ASS3 gli estremi del bonifico bancario effettuato , firmare digitalmente il modello che, se completo, potrà essere assunto dal sistema del tesseramento on-line FIPAV, il quale provvederà all'inoltro automatico.

***NOTA IMPORTANTE**

Le coperture assicurative facoltative decorreranno dalle ore 24,00 del giorno di pagamento del premio dovuto e comunque, dopo l'inoltro del modello ASS3 sottoscritto digitalmente, che identifica i nominativi degli assicurati nelle relative fasce per cui viene richiesta l'estensione.