



SINTESI CONDIZIONI ASSICURATIVE 2026/2028

Per l'assicurazione Lesioni/Morte, Invalidità Permanente e Assistenza a favore degli
Organi Centrali e Periferici, delle Società affiliate e dei Tesserati della
LEGA NAZIONALE DILETTANTI

stipulata tra

L.N.D.

(Contraente)

Lega Nazionale Dilettanti
Piazzale Flaminio, 9
00196 Roma

e

ALLIANZ SPA

(Società)

Piazza Tre Torri, 3
20145 Milano
C.F./P.I.: 01333250320

Polizza N.

505756728

Decorrenza

ore 24.00 del 30/06/2026

Scadenza

ore 24.00 del 30/06/2028

SOMMARIO

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

SEZIONE 3 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

SEZIONE 5 - CONDIZIONI PARTICOLARI

SEZIONE 6 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

ALLEGATI

Allegato A - Tabella Lesioni

Allegato B - Elenco Grandi interventi

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI

Assicurato: Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e più precisamente i Tesserati e gli Ausiliari, in particolare le seguenti Categorie:

- A) Tutti i Calciatori, Allenatori, Tecnici, Medici e Massaggiatori tesserati per le Società Sportive affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, con esclusione dei calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa, Amatoriale e dei tesserati del Settore Giovanile e Scolastico
- B) Tutti i calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa ed Amatoriale. Attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, anche qualora venga organizzata a cavallo di due stagioni sportive.
- C) I Dirigenti e gli Ausiliari delle Società Sportive Affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, durante lo svolgimento delle seguenti attività: assistenti dell'arbitro durante le gare ufficiali, Dirigente delle società o degli organismi di Lega e qualunque altra funzione prevista dalla Lega per questo ruolo. I commissari di campo che possono essere designati anche per le attività di Beach Soccer della Lega stessa

Assicurazione: Il contratto di assicurazione.

Ausiliari: Tutte le persone con incarico di sovrintendere, controllare, assistere ed organizzare l'attività per la quale è prestata l'assicurazione, quali a titolo esemplificativo e non limitativo insegnanti, le persone componenti lo staff tecnico, dirigenti, accompagnatori, responsabili di attività e servizi, nonché i componenti lo staff dirigenziale ed amministrativo.

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

Contraente: FIGC LEGA NAZIONALE DILETTANTI (LND)

Franchigia/Scoperto: La parte del danno che rimane a carico del Contraente e/o dell'Assicurato, e in eccesso al quale vengono applicati il limite di indennizzo e/o gli eventuali sottolimiti.

Frattura: Una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da infortunio.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio: Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili; le quali abbiano per conseguenza la morte, una lesione oppure un'invalidità permanente e/o una inabilità temporanea. Sono equiparati all'infortunio, purché derivanti da causa violenta o improvvisa:

- le lesioni, tendinee o legamentose;
- le ernie traumatiche;

Restano escluse le conseguenze di patologie e malattie non direttamente causate da evento traumatico.

Invalidità Permanente: La perdita definitiva e irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di attività fisica e/o alla normale vita di relazione, indipendentemente dalla sua professione o attitudine lavorativa.

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

Lesione: Ogni modificazione delle strutture di una parte del corpo specificamente prevista nella Tabella purché determinata da infortunio.

Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Post-ricovero: Periodo di convalescenza successivo al ricovero.

Premio: La somma dovuta alla Società.

Residenza: Il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale in Italia.

Ricovero: Periodo di degenza in istituto di cura. Viene considerato ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purché certificata da cartella clinica.

Rimpatrio Sanitario: Il trasferimento dell'Assicurato dall'Esteri in Italia.

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: Il soggetto che presta l'assicurazione e stipula il relativo contratto.

Trasferimento Sanitario: Il trasporto dell'Assicurato ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:

- a) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato all'istituto di cura prescelto ed abilitato alle cure del caso;
- b) dal luogo del sinistro al più vicino ed idoneo istituto di cura;
- c) dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato al proprio domicilio, in caso di dimissione.

Trattamento chirurgico: Atto medico invasivo, a finalità diagnostica o terapeutica, effettuato da un medico abilitato, mediante incisione, sutura o altre tecniche operatorie, anche con l'ausilio di strumenti endoscopici o tecnologie minimamente invasive. Il trattamento chirurgico può essere eseguito:
- in regime di ricovero con pernottamento; - in regime di Day Hospital/DaySurgery.

Viaggio: Qualunque località al di fuori dell'Italia sia durante i trasferimenti che durante il soggiorno.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 – Omissis

Art. 2 – Omissis

Art. 3 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

La presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed indipendentemente da qualsiasi altra copertura assicurativa in corso per l'assicurato, 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. La Contraente è esonerata dall'obbligo di comunicare se i singoli Assicurati abbiano in corso altre polizze per lo stesso rischio.

Art. 4 – Omissis

Art. 5 – Omissis

Art. 6 – Omissis

Art. 7 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbi interpretativi sull'operatività delle garanzie contrattuali, prevarrà l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato.

Art. 8 – Omissis

Art. 9 – Limiti d'età

L'assicurazione è prestata senza limiti d'età.

Art. 10 – Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio (ad esclusione degli infortuni derivanti da circolazione su strada).

Art. 11 – Omissis.**Art. 12 – Validità territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 13 – Omissis**Art. 14 – Omissis****Art. 15 – Omissis****Art. 16 – Foro competente**

Foro competente è quello dl luogo di residenza e/o domicilio della Contraente o dell'Assicurato.

Art. 17 – Omissis**Art. 18 – Omissis****Art. 19 – Omissis****Art. 20 – Omissis****Art. 21 – Omissis****Art. 22 – Omissis****Art. 23 – Omissis****Art. 24 – Omissis****Art. 25 – Omissis****Art. 26 – Omissis****SEZIONE 3 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO****Art. 27 – Omissis****Art. 28 – Omissis**

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 29 - Titoli che danno diritto all'assicurazione

I titoli che danno diritto alle garanzie assicurative sono costituiti dal tesseramento rilasciato dalla Contraente o dalla richiesta di tesseramento on-line in corso.

Art. 30 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a. dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare, competizioni e relative prove di veicoli a motore e di natanti a motore in genere;
- b. 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;
- c. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dall'Art. 38 - Rischio Volo;
- d. dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, hockey, rafting, canoa fluviale, rugby, football americano, paracadutismo e sports aerei in genere;
- e. dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f. da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h. dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi da lui commessi o tentati;
- i. da guerra e insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- j. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- k. da contaminazione biologica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- l. Sono altresì escluse, le ernie, salvo le ernie previste nella tabella lesioni allegata con l'intesa, per queste ultime, che qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 55 - Controversie sulla natura degli infortuni.

Art. 31 - Criteri di indennizzabilità

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

In ogni caso, l'assicurazione è operante a condizione che l'infortunato sia in regola con le visite mediche annuali previste dalle vigenti disposizioni regolamentari.

Art. 32 - Prestazioni

a) Morte e Invalidità Permanente

L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato 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, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Relativamente alle sole garanzie morte ed invalidità permanente, sono considerati infortunio anche l'infarto cardiaco, l'ictus provocato da emorragia cerebrale, la trombosi cerebrale, l'embolia, la rottura di aneurisma, l'arresto cardiaco-circolatorio (per crisi aritmiche improvvise, gravi bradicardie, sindrome del seno carotideo), le cardiopatie traumatiche (da lesioni non penetranti con conseguente rottura atri e ventricoli, aritmie, insufficienza cardiaca acuta da rottura valvolare, versamento pericardico emorragico), il trauma extratoracico con ipotensione polmonare (da shock) e conseguente ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrome), nonché qualsiasi evento riconducibile alle suindicate patologie, che causino la morte o un'invalidità permanente non inferiore al 60% della totale (grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità

Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio), verificatisi durante l'esercizio dell'attività sportiva, sul campo o entro il limite sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa.

b) Morte presunta

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

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

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

c) Lesioni

In caso di Infortunio, saranno indennizzate tutte le Lesioni previste ed indicate nella Tabella Lesioni di cui all'Allegato A.

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, fermo quanto previsto dall'Art. 31 Criteri di indennizzabilità.

In caso di evento che produca più lesioni comprese nella Tabella, La Società non corrisponderà complessivamente indennizzi superiori al capitale assicurato.

Precisazioni concernenti la garanzia Lesioni:

- 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 per le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomico-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione s'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 di 60 (sessanta) giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, gli verrà indennizzato un capitale pari a quello spettante per il caso morte.
- 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. Nei casi in cui l'intervento chirurgico avvenga oltre i sei mesi, per cause non imputabili all'Assicurato bensì alla struttura sanitaria, si prevede una deroga a quanto sopra indicato ove l'Assicurato sia in grado di produrre idonea documentazione comprovante l'avvenuta prenotazione dell'intervento chirurgico presso l'istituto sanitario a cui intende rivolgersi.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 (quindici) 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.
- In caso di lesioni multiple si sommeranno gli indennizzi previsti dalla tabella lesioni, di cui all'Allegato A.
- In caso di infortunio che produca lesioni multiple, qualora il complesso delle lesioni riportate risultasse superiore al 60%, si darà luogo alla liquidazione dell'intero capitale assicurato per la garanzia Lesioni art. 46 Garanzie prestate e Somme Assicurate.

Art. 33 – Omissis

Art. 34 – Omissis

Art. 35 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV.

Art. 36 - Omissis

Art. 37 – Beneficiari

In caso di decesso dell'assicurato beneficiari dell'assicurazione, sono le persone di cui all'art. 2122 C.C., salvo diversa designazione da parte dell'assicurato, sempre suscettibile di revoca; in caso di invalidità permanente sono gli assicurati stessi.

Art. 38 – Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'assicurato subisca durante i voli effettuati in qualità di passeggero su aeromobili (compresi elicotteri) di qualsiasi tipo e da chiunque eserciti purché abilitati al volo da regolare certificato di navigabilità.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società non potrà superare complessivamente per aeromobile il capitale di:

€ 5.200.000,00 per il caso di Morte;

€ 5.200.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;

€ 5.200.000,00 per il caso Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o cumulative stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Art. 39 – Omissis

SEZIONE 5 - CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 40 - Soggetti Assicurati

Sono assicurati i soggetti appartenenti alle seguenti Categorie:

- A) Tutti i calciatori, Allenatori, Tecnici, Medici e Massaggiatori tesserati per le Società affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti, con esclusione dei calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa, Amatoriale e dei tesserati del Settore Giovanile e Scolastico.
- B) Tutti i calciatori partecipanti all'Attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore a una Stagione Sportiva).
- C) I Dirigenti e gli Ausiliari delle Società Sportive Affiliate alla Lega Nazionale Dilettanti sia durante lo svolgimento dell'attività di assistenti dell'arbitro durante gare ufficiali, sia durante lo svolgimento dell'attività di dirigente delle società o degli organismi di Lega, sia durante lo svolgimento di qualunque altra attività prevista dalla Lega per questo ruolo. Inoltre sono compresi i Commissari di campo che possono essere designati anche per le attività di Beach Soccer della Lega stessa.

Inoltre, su specifica richiesta della Contraente potranno essere assicurati anche soggetti non Tesserati con la LND (come, ad esempio, Atleti di altre discipline, Accompagnatori / Componenti delle Delegazioni sportive) in occasione di specifiche manifestazioni/stage, previa comunicazione di un elenco nominativo. Per tali soggetti, indipendentemente dai giorni di copertura e dalla Categoria di appartenenza, sarà corrisposto un premio pro capite come previsto per la Categoria A. Per il pagamento del premio dell'Appendice, relativa all'attivazione della copertura di soggetti non tesserati, si rimanda all'art. 2. – Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

Art. 41 - Oggetto del rischio

L'assicurazione prestata con la presente polizza, comprende gli infortuni che colpiscano gli Assicurati sul campo, o entro i limiti dell'impianto sportivo o luogo di svolgimento dell'attività stessa, in occasione di:

- Partecipazione a gara di campionato, di torneo o amichevoli, stages, ritiri, allenamenti nell'ambito dell'attività della LND. Si precisa che la validità della copertura assicurativa relativa ai tornei dell'attività ricreativa ed amatoriale opera in relazione alla durata del torneo, anche qualora venga organizzata a cavallo di due stagioni sportive;
- Progetto "E-Sport": per gli infortuni che i tesserati subiscano solo ed esclusivamente durante l'attività in oggetto nell'ambito dei locali all'uopo adibiti; si intende escluso il rischio in itinere.

L'assicurazione comprende gli infortuni che colpiscano gli Assicurati durante:

1. I trasferimenti collegiali effettuati su ordinari mezzi pubblici di trasporto, dalla residenza al luogo della manifestazione o dell'allenamento cui gli Assicurati stessi devono partecipare; o dal luogo dell'allenamento a quello della manifestazione e ritorno, sempreché il viaggio venga effettuato in comitiva regolarmente organizzata ed assistita dagli appositi accompagnatori. Ai fini delle norme del presente articolo, si considerano "mezzi pubblici di trasporto" anche gli automezzi di noleggio da rimessa, appositamente noleggiati con autista dell'impresa, per spostamenti collettivi di atleti o squadre, compreso il mezzo di proprietà della squadra.
2. I trasferimenti effettuati con mezzi privati limitatamente ai trasferimenti compiuti per partecipare alle gare ed allenamenti ufficiali controllati, partecipazione che dovrà risultare da documentazione ufficiale.
3. I trasferimenti su mezzi adibiti a pronto soccorso o privati, durante il trasporto al più vicino luogo di ricovero.

Tale assicurazione opera a condizione che l'infortunio sia occorso in una località compresa lungo una direttrice di marcia compatibile con il percorso necessario per recarsi presso il luogo deputato alle attività oggetto della copertura in data ed orario compatibili con la necessità di pervenire in tempo utile presso tale luogo ovvero lungo il percorso e con il tempo necessario per il rientro presso il luogo di destinazione dell'attività stessa.

Gli allenamenti devono intendersi quelli effettuati sotto il controllo di un tecnico e/o allenatore tesserato, o di un dirigente della Società anch'esso tesserato, che eventualmente sarà chiamato, insieme al Presidente, a controfirmare la denuncia, assumendosi la responsabilità della veridicità dei dati.

Art. 42 – Estensione di garanzia

Oltre a quanto sopra esplicitato, sono considerati infortunio anche:

- Gli avvelenamenti od intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento involontario di sostanze nocive in genere;
- L'asfissia non derivante da malattia;
- Le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali in genere, con l'esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari;
- L'annegamento;
- L'assideramento o il congelamento;
- I colpi di sole o di calore o di freddo;
- La folgorazione;
- Le lesioni derivanti da contatti improvvisi con corrosivi;
- Gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- Gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- Le lesioni, escluse le ernie non traumatiche, determinate da sforzi;
- Gli infortuni derivanti da atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- Atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- Movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe ed uragani.

Art. 43 - Infortuni derivanti da colpa grave e da tumulti popolari

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 c.c. si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 44 – Omissis**Art. 45 - Rappresentativa nazionale**

In occasione delle convocazioni per la Rappresentativa Nazionale, Regionale Provinciale e/o Distrettuale, per gli infortuni avvenuti sul terreno di gioco, i massimali s'intendono triplicati.

Art. 46 - Garanzie prestate e Somme Assicurate

L'assicurazione si intende prestata per ogni singolo Assicurato di cui all'Art. 40 Soggetti Assicurati, per le seguenti somme:

MORTE	€ 125.000,00
LESIONI	Come da Tabella Lesioni allegata
RIMBROSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE	€ 5.000,00
RIMBROSO SPESE DI CURA OSPEDALIERE IN CASO DI "GRANDI INTERVENTI"	€ 30.000,00
SPESE DI CURA PRE E POST INTERVENTO CHIRURGICO	€ 1.500,00
RIMBROSO SPESE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	€ 500,00
INDENNITÀ GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO	€ 75,00
RIMBORSO PER CURE DENTARIE E/O PROTESI DENTARIE	€ 6.000,00
INDENNITÀ FORFETTARIA PER APPLICAZIONE DI INGESSATURA	€ 200,00
PERDITA ANNO SCOLASTICO	20% di indennizzo in più, oppure € 5.000,00
DANNO ESTETICO	€ 4.000,00
MORSI DI ANIMALI COMPRESI ARACNOIDI ED INSETTI	€ 1.000,00
AVVELENAMENTI	€ 1.000,00
ASSIDERAMENTO, CONGELAMENTO - COLPI DI SOLE O DI CALORE	€ 1.000,00
INDENNITÀ AGGIUNTIVA PER INVALIDITÀ PERMANENTE $\geq 65\%$	€ 12.000,00
INDENNITÀ FORFETTARIA HIV	€ 16.000,00

Art. 47 – Estensioni Speciali

a) Perdita dell'anno scolastico

Qualora, a seguito di infortunio indennizzato a termini di polizza, l'Assicurato sia costretto ad un'assenza dalle regolari lezioni, tale da comportare la perdita dell'anno scolastico, espressamente motivata e convalidata dall'organismo scolastico preposto, l'indennità corrisposta verrà incrementata del 20% o qualora più vantaggiosa all'Assicurato sarà liquidata l'indennità di € 5.000,00.

b) Danno estetico

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzato a termine di polizza, la Società rimborserà all'assicurato, fino ad un massimo di Euro 4.000,00, le spese ospedaliere sostenute per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, allo scopo di ridurre o eliminare i danni estetici conseguenti a lesioni al viso con sfregi o con deformazioni permanenti.

Per gli assicurati che non abbiano compiuto i 18 anni, verranno rimborsate tutte le spese sostenute per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva.

È stabilito che restano escluse dall'assicurazione le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici al viso preesistenti all'evento nonché le spese relative a protesi, interventi e cure in genere odontoiatriche. Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

c) Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Per morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, verrà corrisposto l'importo di € 1.000,00.

d) Avvelenamenti

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, verrà corrisposto all'assicurato l'importo di € 1.000,00.

e) Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore

A seguito di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione, verrà corrisposto allo stesso l'importo di € 1.000,00.

f) Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore

Nel caso di morte di un assicurato genitore, il capitale spettante ai figli minorenni conviventi è aumentato del 70%. Ai figli minorenni sono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente superiore al 50%.

g) Indennità aggiuntiva per Invalidità Permanente pari o superiore al 65%

Qualora a seguito di infortunio indennizzato ai sensi di polizza, avvenuto durante l'esercizio dell'attività sportiva, derivi un'Invalidità Permanente non inferiore al 65%, l'Assicurazione liquida all'Assicurato un'indennità ulteriore necessaria per la costituzione di una rendita immediata di importo pari a € 12.000,00 annui, pagabile in due semestralità anticipate per la durata di 10 (dieci) anni, mediante la stipulazione di un apposito contratto di assicurazione con la stessa Società.

h) Indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile

Qualora, a seguito di infortunio indennizzato a termini di polizza, che abbia per conseguenza una frattura radiologicamente accertata e/o rottura di legamenti, e per il quale venga applicato un apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile, l'Assicuratore riconoscerà all'Assicurato un importo forfettario di € 200,00.

Per infortuni che abbiano per conseguenza fratture al viso, alle costole, o lussazioni della spalla, saranno considerati come apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile le applicazioni o fasciature di ogni genere.

Il diritto al riconoscimento dell'indennizzo maturerà solo dietro presentazione di regolare documentazione medica rilasciata da Istituto di Cura all'infortunato, dove si certifica l'applicazione e rimozione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile.

Si precisa che la rimozione dell'apparecchio gessato potrà avvenire anche da parte di un medico regolarmente iscritto all'Albo.

La presente Indennità Forfettaria non è operante a favore della Categoria B) di persone assicurate: Calciatori partecipanti all'attività Ricreativa ed Amatoriale (attività non agonistica, legata allo svolgimento di Tornei, con vincolo di tesseramento limitato alla durata di svolgimento della manifestazione, comunque non superiore ad una Stagione Sportiva).

i) Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 30 lettera i) "Rischi esclusi", l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

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

j) Virus H.I.V.

Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo a seguito di contagio da virus H.I.V. avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna durante lo svolgimento delle attività inerenti il contratto, o per causa di una trasfusione ematica avvenuta nel corso delle cure necessarie per un infortunio indennizzabile ai sensi di polizza occorso all'Assicurato, la Società mette a disposizione dell'Assicurato un capitale equivalente a Euro 16.000,00. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni della Società verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'assicurazione, le persone affette da emofilia e tossicomania, nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro. Il diritto a questa indennità è di carattere personale e, quindi non è trasmissibile agli eredi e deve essere esercitato, a pena di nullità, esclusivamente nelle seguenti forme:

a) qualora l'Assicurato ritenga o supponga di essere stato contagiato dal virus H.I.V., deve, entro il termine di 3 (tre) giorni da quando si è verificato il sinistro, denunciare alla Società, l'evento dannoso ritenuto causa del presunto contagio da virus H.I.V. È fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare alla Società, una relazione dettagliata dell'evento dannoso. L'Assicurato deve altresì, entro il termine di 6 (sei) giorni dall'evento, recarsi presso un ospedale o istituto di cura pubblico o privato e sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V.;

b) nel caso in cui dagli accertamenti clinici risultasse lo status di sieropositività, riconducendo pertanto l'avvenuto contagio ad un momento precedente l'evento denunciato, nulla sarà dovuto dalla Società, i cui impegni verso tale Assicurato cessano automaticamente senza che niente sia avuto a pretendere;

c) qualora invece i risultati di detti accertamenti clinici fossero negativi, l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso ospedale od istituto di cura pubblico o privato, ad un successivo test immunologico entro 180 (centottanta) giorni dalla data della denuncia. Se dal secondo test immunologico risultasse lo status di sieropositività, la Società provvederà a mettere a disposizione il capitale pattuito, esauendo con tale atto i propri impegni verso l'Assicurato, nei confronti del quale la garanzia cessa automaticamente all'atto del pagamento dell'indennizzo.

Il rispetto degli obblighi precedentemente indicati è determinante ai fini della validità della garanzia, pena la decadenza della stessa in caso di inadempimento, con conseguente perdita del diritto all'indennizzo. Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima; l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'ospedale od all'istituto di cura pubblico o privato dove vengono effettuate le analisi, prima di sottoporsi ad ogni test immunologico. Resta inteso che l'esposizione massima della Società per uno o più sinistri che dovessero interessare la presente garanzia sarà pari ad euro 200.000,00. Nell'eventualità che il sinistro dovesse colpire più di n. 20 assicurati gli indennizzi spettanti saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 48 - Garanzia Rimborso Spese Mediche

• Rimborso spese di cura ospedaliera

In caso di Infortunio che comporti l'indennizzo di una delle Lesioni previste nell'Allegato A, la Società rimborsa le spese mediche e chirurgiche documentate sostenute durante il ricovero (con o senza intervento), entro il massimale annuo previsto. In particolare, sono rimborsate le spese relative a:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli aiuti degli assistenti, degli anestesisti, diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- accertamenti diagnostici, cure;
- rette di degenze.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata.

Per le strutture non convenzionate si applica uno scoperto del 25%, con un minimo di € 300,00 per sinistro, in caso di Day Hospital tale minimo è elevato ad € 350,00.

Se le prestazioni vengono erogate da strutture convenzionate con la Società, la franchigia e/o scoperto si intendono ridotte del cinquanta per cento.

Per poter accedere alla struttura convenzionata ed usufruire della riduzione, è necessario che il tesserato faccia richiesta preventiva alla piattaforma incaricata della gestione sinistri, che gli rilascerà un attestato di validità del tesseramento alla data dell'infortunio e del diritto ad usufruire delle prestazioni della presente polizza Infortuni sottoscritta dalla LND con ALLIANZ SPA, che dovrà essere presentato alla struttura convenzionata.

- **Rimborso spese per "Grandi Interventi"**

Verranno rimborsate, fino alla concorrenza della somma pattuita per persona e per anno assicurativo, le spese ospedaliere in caso di "grandi interventi" a seguito di infortunio che produca una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A.

Per Grandi interventi si intendono quelli previsti nell'Allegato B "Grandi Interventi".

- **Spese di cura pre-post-intervento chirurgico**

In caso di intervento chirurgico conseguente ad infortunio che abbia come effetto una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, la Società mette a disposizione dell'Assicurato una somma per le spese mediche sostenute nei 90 (novanta) giorni precedenti e successivi all'intervento, con i seguenti sub-limiti:

- € 400,00 per sinistro, per le spese relative a trattamenti fisioterapici;
- € 300,00 per le spese di visite mediche.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 200,00 per sinistro.

Se le prestazioni vengono erogate da strutture convenzionate con la Società, la franchigia e/o scoperto si intendono ridotte del cinquanta per cento.

Per poter accedere alla struttura convenzionata ed usufruire della riduzione, è necessario che il tesserato faccia richiesta preventiva alla piattaforma incaricata della gestione sinistri, che gli rilascerà un attestato di validità del tesseramento alla data dell'infortunio e del diritto ad usufruire delle prestazioni della presente polizza Infortuni sottoscritta dalla LND con ALLIANZ SPA, che dovrà essere presentato alla struttura convenzionata.

- **Rimborso prestazioni specialistiche**

In caso di infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, la Società rimborsa all'Assicurato, le seguenti prestazioni specialistiche, Indipendentemente dal rimborso delle spese di cura in caso di ricovero e a quelle pre e post-intervento chirurgico già contemplate in polizza:

- TAC;
- Risonanza Magnetica;
- Radiografie;
- Ecografie;
- Tutori ortopedici;
- Artroscopia diagnostica.

Il rimborso delle prestazioni di cui sopra è prestato nel limite per persona previsto al punto "Somme Assicurate", per sinistro e per anno assicurativo, previa deduzione di una franchigia fissa ed assoluta di € 100,00 per sinistro. Se le prestazioni vengono erogate da strutture convenzionate con la Società, la franchigia e/o scoperto si intendono ridotte del cinquanta per cento.

Per poter accedere alla struttura convenzionata ed usufruire della riduzione, è necessario che il tesserato faccia richiesta preventiva alla piattaforma incaricata della gestione sinistri, che gli rilascerà un attestato di validità del tesseramento alla data dell'infortunio e del diritto ad usufruire delle prestazioni della presente polizza Infortuni sottoscritta dalla LND con ALLIANZ SPA, che dovrà essere presentato alla struttura convenzionata.

- **Indennità Giornaliera in caso di ricovero**

In caso di ricovero ospedaliero per infortunio che abbia come conseguenza una lesione indennizzata tra quelle previste nell'Allegato A, è prevista la corresponsione della diaria giornaliera prevista al punto "Somme Assicurate" per un massimo indennizzabile per anno assicurativo di 90 (novanta) giorni.

I primi due giorni del 1° ricovero non prevedono la corresponsione di alcuna diaria.

Nel caso in cui si abbiano più ricoveri a seguito di un unico sinistro, si procederà come segue:

- la franchigia verrà applicata sul primo ricovero;
- per i ricoveri successivi di durata pari o inferiore a 2 (due) giorni, non verrà corrisposta alcuna indennità giornaliera;
- per i ricoveri successivi di durata superiore ai 2 (due) giorni, verrà corrisposta l'indennità giornaliera senza nuova applicazione della franchigia di 2 (due) giorni

- in caso di Day-Hospital non verrà corrisposta alcuna Indennità Giornaliera.
La presente garanzia non è cumulabile con il Rimborso Spese da Ricovero

- **Rimborso spese per cure dentarie e/o protesi dentarie**

Nell'ambito della somma assicurata riferita alla garanzia "Rimborso spese da ricovero", l'assicurazione comprende il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per cure dentarie, conseguenti ad infortunio che produca una lesione indennizzata come previsto nell'Allegato A, anche se non effettuate in regime di ricovero, con il limite previsto per anno assicurativo e con una franchigia fissa di € 100,00 per sinistro e fino ad un massimo di € 500,00 per dente.

Sono riconosciuti eventuali danni a protesi dentarie. Le spese sostenute per cure dentarie saranno ammesse a rimborso solo se l'infortunio che le ha determinate sia avvenuto nel corso di una partita ufficiale e ne sia stata fatta menzione nel referto arbitrale.

Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente residuo (sono escluse le lesioni del tessuto parodontale e dei tessuti molli), comprovata da radiografia.

Se le prestazioni vengono erogate da strutture convenzionate con la Società, la franchigia e/o scoperto si intendono ridotte del cinquanta per cento.

Per poter accedere alla struttura convenzionata ed usufruire della riduzione, è necessario che il tesserato faccia richiesta preventiva alla piattaforma incaricata della gestione sinistri, che gli rilascerà un attestato di validità del tesseramento alla data dell'infortunio e del diritto ad usufruire delle prestazioni della presente polizza Infortuni sottoscritta dalla LND con ALLIANZ SPA, che dovrà essere presentato alla struttura convenzionata.

Art. 49 – Omissis

Art. 50 – Omissis

Art. 51 – Omissis

SEZIONE 6 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 52 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

La denuncia di sinistro, trasmessa dall'Assicurato potrà essere effettuata online accedendo alla piattaforma dedicata. L'Assicurato, o suo delegato, dovrà registrarsi sulla piattaforma e acquisire il ruolo di Firmatario, attraverso il quale firmare digitalmente il sinistro, caricare tutta la documentazione di follow-up ed avere accesso alla sua Area Privata da dove gestire l'intero iter del sinistro. Il Firmatario dovrà attenersi al Regolamento d'Uso della piattaforma seguendo le istruzioni fornite.

Solamente gli utenti permanentemente impossibilitati ad accedere alla piattaforma, potranno richiedere di effettuare la denuncia in modalità cartacea contattando il Supporto Tecnico al numero fornito dalla piattaforma, pubblicato sul sito della LND. L'eventuale delegato dall'Assicurato alla trasmissione della denuncia di sinistro, dovrà farlo esclusivamente online assicurandosi di compilare e firmare la specifica sezione di delega presente.

La denuncia, firmata digitalmente dall'Assicurato o da chi ne fa le veci o dai suoi aventi causa, deve essere timbrata e controfirmata dal Legale Rappresentante della Società sportiva di appartenenza o altra persona delegata dalla Società che abbia potere di firma.

La Società Sportiva e/o il Dirigente sportivo non ha la responsabilità per la ritardata o la mancata presentazione della denuncia. Resta inteso che la denuncia si intenderà perfezionata solo dopo la sottoscrizione della stessa da parte della Società Sportiva.

1^ Fase: Apertura Sinistro

L'apertura del sinistro deve essere effettuata entro 60 (sessanta) giorni dall'accadimento dell'evento.

In occasione della denuncia, l'infortunato dovrà caricare sulla piattaforma incaricato dalla LND:

- A.** certificato medico di pronto soccorso e/o primo soccorso;
- B.** documento comprovante che, alla data dell'evento, l'infortunato è un tesserato LND.

Per alcune categorie di tesserati (indicate nella piattaforma), la verifica di cui al punto "B" avverrà tramite controllo informatico tra la piattaforma e il portale di tesseramento LND.

Solo nel caso in cui dal suddetto controllo risulti un errore o anomalia, l'assicurato dovrà fornire tramite il portale la documentazione probatoria.

Per altre categorie di tesserati (indicate nella piattaforma), la verifica del tesseramento avverrà solo tramite caricamento della documentazione probatoria.

Uso di strutture convenzionate

Per poter accedere alla struttura convenzionata ed usufruire della riduzione dello scoperto/franchigia, è necessario che il tesserato faccia richiesta preventiva alla piattaforma incaricata della gestione sinistri, che gli rilascerà un attestato di validità del tesseramento alla data dell'infortunio e del diritto ad usufruire delle prestazioni della presente polizza Infortuni sottoscritta dalla LND con ALLIANZ S.P.A., che dovrà essere presentato alla struttura convenzionata.

2^ Fase: Documentazione di follow-up (seguito)

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato dovrà:

A. sottoporsi alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni;

B. caricare sulla piattaforma tutta la documentazione medica e amministrativa (documentazione di follow-up) utile alla definizione del sinistro.

Per i casi di infortunio che comportino un intervento chirurgico in strutture private, dovrà essere fornita copia dei referti e degli esami strumentali effettuati pre e post-intervento sulla parte lesa, pena la non indennizzabilità del sinistro denunciato;

C. fornire all'Assicuratore e/o ai suoi incaricati tutte le notizie che fossero necessarie alla documentazione della pratica.

Inoltre, l'infortunato, i suoi familiari e gli aventi causa, dovranno consentire le visite dei medici e qualsiasi tipo di indagine questi ritengano necessaria.

In base alla tipologia di lesione subita, l'assicurato dovrà caricare specifica documentazione che verrà comunicata dal gestore sinistri dopo l'apertura del sinistro e qui riportata a titolo di esempio:

- certificazione medica completa;
- copia dei referti e degli esami strumentali effettuati (RX, RNM, TAC, etc.);
- copia del verbale di gara (solo in presenza di lesioni dentarie);
- copia della Cartella Clinica in caso di ricovero;
- ricevute/fatture delle spese di cura e mediche sostenute;
- certificato medico di avvenuta guarigione clinica.

Si precisa che in assenza di ricezione di tale documentazione non si potrà procedere alla liquidazione del sinistro.

La validità dell'assicurazione è sospesa dalla data dell'infortunio fino alla guarigione clinica delle lesioni di infortunio comprovata dal rilascio, da parte del medico curante, del Certificato Medico di avvenuta guarigione. In assenza di tale certificato la validità dell'assicurazione è sospesa fino alla data di prescrizione del sinistro. Ove l'infortunato, autorizzato o no, riprenda l'attività sportiva prima del conseguimento della guarigione stessa, l'Assicuratore non riconoscerà eventuali altri infortuni nei quali possa incorrere in tale periodo, né l'eventuale conseguente aggravamento delle precedenti lesioni.

3^ Fase: Criteri di liquidazione

Terminato il caricamento dei documenti di follow-up da parte dell'Assicurato, il centro liquidazione sinistri esamina la documentazione e, se incompleta, viene richiesta l'integrazione necessaria. Se i documenti sono completi ed il diritto all'indennizzo non risulta prescritto o escluso dalle garanzie prestate, il sinistro viene liquidato con bonifico bancario. La liquidazione di quanto dovuto avverrà entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della documentazione completa.

Tempi e modalità di liquidazione

La liquidazione verrà effettuata a favore dell'Assicurato; in caso di morte di quest'ultimo il rimborso verrà effettuato a favore degli eredi legittimi e/o testamentari.

Motivi di mancata liquidazione del danno

Il centro liquidazione invierà una lettera di reiezione all'indirizzo e-mail indicato dall'Assicurato in fase di denuncia, quando: le lesioni o le spese mediche o l'indennità giornaliera in caso di ricovero o l'indennità forfettaria per applicazione di apparecchio gessato e/o immobilizzante e inamovibile, non rientrano tra le garanzie di polizza o sono assorbite dalla franchigia. La polizza non prevede il rimborso delle spese di patrocinio.

4^ Fase: Assistenza assicurato

L'assistenza agli assicurati viene garantita attraverso due canali:

- Contact center telefonico;
- Ticketing online.

Contact Center telefonico

Il Contact Center telefonico è raggiungibile al numero fornito dalla piattaforma e pubblicato sul sito della LND nei seguenti orari: dal lunedì al giovedì dalle ore 13.00 alle ore 18.00

Il servizio di Contact Center offre informazioni esclusivamente sulle condizioni di polizza e le modalità di apertura sinistro.

Ticketing online

Il Ticketing online è disponibile H24/7.

Ogni utente registrato sulla piattaforma può aprire un ticket, specificando le informazioni di cui ha bisogno e riceverà una risposta da parte del team degli operatori della piattaforma.

L'Assicuratore si impegna a effettuare incontri regolari con la piattaforma incaricata dalla Contraente al fine di analizzare i sinistri che presentano problematiche particolari ed eventuali altri punti riguardanti la gestione dei flussi e dei pagamenti.

Art. 53 - Esonero denuncia infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dalla denuncia di infermità, malattie, difetti fisici o mutilazioni da cui l'Assicurato fosse affetto al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 53 - Esonero denuncia Infermità

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato quanto disposto dall'Art. 31 - Criteri di indennizzabilità, fermo restando quanto previsto dall'Art. 35 - Persone non assicurabili. Pertanto, qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile, il relativo premio sarà restituito dall'Assicuratore a richiesta della Contraente.

Art. 54 - Responsabilità della Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dalla Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'art. 32 (lettera a) Morte e Invalidità Permanente), o soltanto qualcuno di essi, non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso la Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che la Contraente fosse tenuta a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore della Contraente, delle spese di causa da essa sostenute.

Art. 55 – 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 possono 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. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

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