

AON

2011/2014

**VADEMECUM ASSICURATIVO
ALLENATORI
E FISIOTERAPISTI**



Fipav Settore Assicurazioni

Edizione 2011



INFORMAZIONI AI TESSERATI	3
GESTIONE SINISTRI	3
INFORMAZIONI GENERALI DI NATURA ASSICURATIVA	3
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	4
COPERTURA INFORTUNI.....	5
SOMME ASSICURATE.....	5
MORTE.....	5
LESIONI - invalidita' permanente	5
RIMBORSO SPESE MEDICHE	6
DIARIA DA RICOVERO	6
LESIONI - NOTE E PRECISAZIONI	7
DENUNCIA DEL SINISTRO	8
MODALITA' APERTURA E GESTIONE SINISTRO	8
COME PROCEDERE UNA VOLTA APERTO IL SINISTRO	9



INFORMAZIONI AI TESSERATI

GESTIONE SINISTRI

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

Il numero 06/77276238 è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00; il martedì e giovedì anche dalle ore dalle ore 15:00 alle ore 17:30. Potrà essere contattato dai tesserati:

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

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

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

INFORMAZIONI GENERALI DI NATURA ASSICURATIVA

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



OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Inoltre le garanzie saranno operanti contro i rischi di infortuni nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante negli scopi della FIPAV, e più precisamente in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché documentati attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti ufficiali.

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

- a) il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro (se lavoratore dipendente) sino al luogo di gara in sede e/o allenamento, e/o viceversa, con il percorso più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività sportiva e comunque entro 2 (due) ore dall'inizio o termine della gara od entro 1 (una) ora dall'inizio o termine allenamento, salvo comprovati e documentati impedimenti;
- b) durante le trasferte per gare e/o ritiri e allenamenti fuori sede, il tempo necessario per raggiungere il campo di gara o di ritiro. Per l'identificazione delle persone danneggiate faranno fede i referti di gara e comunque qualsiasi documento ufficiale che comprovi il conferimento dell'incarico.
- 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.



COPERTURA INFORTUNI

SOMME ASSICURATE

Nella tabella che segue vengono riassunte le diverse tipologie delle coperture assicurative:

Caso morte	€ 80.000,00
Caso Lesioni	€ 80.000,00
Rimborso spese mediche a seguito lesione	€ 6.000,00
	(Scoperto 10 % Minimo € 200,00)
Spese fisioterapiche: entro il Massimale RSM	€ 2,000,00 (massimale per anno e per persona e limite di € 50,00 per singola prestazione)
Diaria da ricovero	€ 30,00

MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Compagnia 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 Compagnia corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per la morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

LESIONI - INVALIDITA' PERMANENTE

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

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

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

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

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



RIMBORSO SPESE MEDICHE

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

- a. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- b. assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici, durante il periodo di ricovero;
- c. rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.
- d. Inoltre l'Assicuratore rimborsa le eventuali spese sostenute anche extra ricovero, per:
- e. Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- f. Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, anche non connesse a ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
- g. Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
- h. Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- i. Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

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

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

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

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

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

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

DIARIA DA RICOVERO

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

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



LESIONI - NOTE E PRECISAZIONI

Salvo quanto previsto in relazione alla franchigia assoluta in caso di lesioni, l'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista: per i tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella tabella A alla quale verrà applicato il massimale di riferimento.

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

Precisazioni:

- Per “frattura” s'intende una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.
- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.
- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)
- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture “scomposte” determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle “amputazioni” si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.
- Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco dei 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà venti volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento.
- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.
- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella lesioni a seguito di “Frattura dell'osso frontale occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa”.

In presenza di frattura cranica l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma posttraumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni.

L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.

- Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovra riscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.

Per ustioni si intendono inoltre bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata; in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.



DENUNCIA DEL SINISTRO

MODALITA' APERTURA E GESTIONE SINISTRO

1. A partire dalla stagione 2011/2012 la stessa deve essere effettuata esclusivamente utilizzando il modulo **ASS 2** disponibile sul portale www.federvolley.it nella sezione tesseramento on-line società. La denuncia deve essere compilata dalla società con cui si è vincolati e firmata digitalmente dal Presidente della Società.
2. Il sistema del Tesseramento on-line della FIPAV provvederà automaticamente ad inoltrare alla Compagnia Assicurativa tutte le denunce di infortunio pervenute. La compagnia provvederà all'apertura del sinistro e a fornire all'interessato il relativo numero e tutte le indicazioni per il prosieguo della pratica, che per comodità si riepilogano di seguito.
3. Il sistema del Tesseramento on-line della FIPAV provvederà automaticamente ad inoltrare tutte le denunce di infortunio pervenute.
4. Il tesserato, dopo aver effettuato la denuncia on-line, riceverà una comunicazione dalla Compagnia Assicuratrice con il numero del sinistro ed i recapiti del centro di liquidazione danni con il quale dovrà prendere contatti per la definizione della pratica.
5. Inoltre il tesserato dovrà:
 - documentare, fornendo la documentazione medica relativa al decorso delle lesioni; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze;
 - trasmettere, in caso di ricovero, copia integrale della cartella clinica e di ogni 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 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.
6. Tutta la documentazione relativa alla liquidazione ed alla chiusura dell'infortunio dovrà essere inviata **entro il termine di legge di un anno dalla data dell'infortunio**. In mancanza, trascorso tale termine, l'infortunio verrà chiuso senza seguito.

Per qualsiasi informazione il numero 06/77276238 è a disposizione, dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00 e il martedì e giovedì anche dalle ore 15:00 alle ore 17:00. In alternativa è possibile utilizzare l'indirizzo di posta elettronica sinistri.federvolley@aon.it avendo cura di indicare sempre nome cognome e matricola del tesserato ed un recapito telefonico.



COME PROCEDERE UNA VOLTA APERTO IL SINISTRO

L'interessato sarà contattato dal Centro Liquidazione che ha in carico il sinistro.

Nel caso ciò non avvenisse entro 30 giorni dalla data della denuncia, l'assicurato dovrà rivolgersi al numero 06/77276238, utilizzare l'indirizzo e-mail **sinistri.federvolley@aon.it** per richiedere indicazioni circa il Centro di Liquidazione competente ai fini dell'invio di tutta la documentazione richiesta (a titolo esemplificativo: copia documento di identità, copia del modulo della denuncia di infortunio (ASS2), copia del referto di pronto soccorso/certificazione medica, copia eventuale cartella clinica, copia eventuali successivi referti medici, certificato di fine malattia, ricevute di pagamento in originale comprovanti le eventuali spese sostenute a seguito dell'infortunio).

Tutta la documentazione relativa alla liquidazione ed alla chiusura dell'infortunio dovrà essere inviata **entro il termine di legge di un anno dalla data dell'infortunio**.

In mancanza, trascorso tale termine, l'infortunio verrà chiuso senza seguito.

Il numero 06/77276238 è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00; il martedì e giovedì anche dalle ore dalle ore 15:00 alle ore 17:00.