



SAFP INSURANCE PROGRAM 2016/2017



**PERSONAL ACCIDENT POLICY
FOR PROFESSIONAL FOOTBALL PLAYERS**

SOMMARIO/SUMMARY

A. Polizza infortuni SAFP (italiano)

A1. PPL italiano

B. Personal Accident Policy SAFP (english)

B1. PPL english

C. Police Accidents SAFP (français)

C1. PPL français

D. Unfallversicherung SAFP (deutsch)

D1. PPL deutsch

E. Tassi di Premio/Premium Rates

F. Esempio di copertura/Example of coverage

POLIZZA INFORTUNI SAFP

italiano

DEFINIZIONI

Assicurato	Il calciatore professionista tesserato per una società di calcio di Super League o di Challenge League.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione, cioè la garanzia e la copertura assicurativa prestata con lo stesso.
Beneficiario	L'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.
Certificato di Assicurazione	La singola polizza stipulata dall'assicurato, emessa in applicazione alla polizza convenzione.
Contraente	I calciatori professionisti di Super League e Challenge League.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte o una Invalidità Permanente.
Invalidità Permanente	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale della capacità generica dell'Assicurato di svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Invalidità Permanente Specifica	Lesioni da cui residuino postumi permanenti con conseguenze dirette sull'attività professionale sportiva praticata dall'Assicurato; l'accertamento deve essere esperito da un medico legale.
Invalidità Permanente da Malattia	La perdita – a seguito di malattia – definitiva ed irrimediabile ovvero una riduzione permanente della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Premio	La somma dovuta dall'assicurato alla Società per il singolo certificato di assicurazione
Polizza Convenzione	Il Contratto stipulato tra la Contraente e la Società
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società e/o Assicuratore	La Compagnia di assicurazione.
Somma assicurata	L'importo massimo della prestazione della Società.

CONDIZIONI SPECIALI DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO

Il presente documento rappresenta le condizioni generali di assicurazione negoziate tra gli Assicuratori ed SAFF. In applicazione al presente accordo verranno emessi di volta in volta delle singole polizze/certificati di Assicurazione, stipulati in base alle adesioni facoltative individuali dei calciatori. Solo ed unicamente tali certificati di Assicurazione rappresenteranno l'effettiva copertura assicurativa prestata dagli assicuratori.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni derivanti dall'attività professionale come dichiarato nel questionario, per gli infortuni extra-professionali e per quelli derivanti da ogni altra attività lavorativa o imprenditoriale avente o meno carattere professionale. La copertura è prestata esclusivamente per coloro che svolgono professionalmente l'attività di giocatore di calcio, con esclusione di qualsiasi altro sportivo professionista.

Art. 2 Rischi compresi nell'assicurazione

Sono compresi in garanzia:

1. Gli infortuni derivanti dalla guida e dall'uso di autoveicoli, motocicli in genere e natanti da diporto, sempre che l'Assicurato, se alla guida al momento del sinistro, sia abilitato a norma delle disposizioni di legge vigenti;
2. Gli infortuni subiti in conseguenza di aggressioni per motivi sportivi;
3. Gli infortuni subiti per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana ed in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
4. La conseguenza dei colpi di sole, di calore, di freddo, le folgorazioni, nonché gli effetti della prolungata esposizione al caldo ed al freddo cui l'Assicurato non si sia potuto sottrarre a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza;
5. Gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze e negligenze gravi, nonché in stato di malore e incoscienza;
6. Le infezioni (esclusa quella malarica e le malattie tropicali) dipendenti da infortunio indennizzabile, nonché gli avvelenamenti causati da morsi di animali, da punture di insetti e da

ingestione di funghi, l'annegamento, l'asfissia e gli avvelenamenti da effusioni di gas e di vapori;

7. Le conseguenze di assorbimento ed ingestione di sostanze dovute a causa fortuita e violenta, restando escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici, psicofarmaci ed allucinogeni;
8. Le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.
La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate a favore degli stessi assicurati per le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.
9. Gli infortuni subiti durante il servizio militare comunque effettuato, sempre che in tempo di pace.

Art. 3 Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti:

1. Dalla guida ed uso di aeromobili di ogni tipo (fermo quanto previsto dall'Art. 17 seguente), guida od uso di mezzi di locomozione subacquei;
2. Dalla pratica, anche a livello non professionale, dei seguenti sport: salto con gli sci dal trampolino, bob, guidoslitta, escursioni aeree, volo a motore e a vela, paracadutismo, parapendio, sport aerei in genere, pugilato, lotta nelle sue varie forme, scalate di roccia e ghiacciaio, speleologia, rugby, football americano;
3. Dalla partecipazione a corse o gare motoristiche ed alle relative prove od allenamenti, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura indette dall'ACS;
4. Da guerra (fermo quanto previsto dall'Art. 16), insurrezioni, atti violenti od aggressioni che abbiano movente politico o sociale, ai quali l'Assicurato abbia preso parte attiva;

5. Da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc...);
6. Nel caso in cui l'Assicurato sia sotto l'effetto di alcolici, secondo quanto previsto dalle norme dello Stato che regolano la circolazione stradale, o sotto l'influenza di droghe o allucinogeni, nonché le conseguenze di proprie azioni delittuose, di partecipazione ad imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
7. Dalla guida di veicoli o natanti, se l'Assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
8. Da conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio, gli infarti e qualsiasi tipo di ernia.

Art. 4 Esclusione terrorismo

In deroga a quanto eventualmente contrariamente previsto nel presente contratto di assicurazione o in qualsiasi appendice alla stessa, resta convenuto che è escluso dalla presente assicurazione ogni danno, costo o spesa di qualsiasi genere cagionato direttamente o indirettamente o derivante da o connesso con qualsiasi atto terroristico in relazione al quale ed indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisse insieme con altri eventi in qualunque sequenza al danno medesimo, si verificasse:

- a) lo sprigionamento o la minaccia di sprigionamento di germi, malattie o altri agenti di contagio o di contaminazione chimica o biologica, ovvero
- b) l'uso o la minaccia dell'uso di qualsiasi dispositivo nucleare o sostanza radioattiva.

Ai fini della presente appendice, per atto terroristico s'intende un atto che comprende, ma non si limita, all'uso della forza o della violenza e/o la minaccia di quest'uso, da parte di qualsiasi persona o

gruppo di persone, sia che agisca da solo sia che agisca in connessione con qualsiasi organizzazione o governo, e commesso per fini politici, religiosi, ideologici o simili, ivi compreso l'intento di influenzare un governo e/o incutere timore nel pubblico o in qualsiasi parte di questo. La presente appendice esclude altresì ogni danno, costo o spesa di qualsiasi genere cagionato direttamente o indirettamente o derivante da o connesso con gli eventuali interventi attuati per controllare, prevenire, sopprimere atti terroristici del tipo sopra descritto o che fosse in qualsiasi modo connesso con tali interventi.

Nel caso che la Società dovesse sostenere che in virtù della presente appendice, una perdita, un danno, un costo, una spesa non fosse indennizzabile nei termini della presente assicurazione, l'onere di dimostrare il contrario graverà sull'Assicurato. Nel caso che qualsiasi parte della presente clausola sia giudicata non valida o inapplicabile, quanto rimanesse resterà pienamente valido ed efficace.

Art. 5 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone colpite da apoplezia, paralisi, infermità mentale, alcoolismo, tossicodipendenza nonché da altre infermità gravi e permanenti e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Non sono assicurabili inoltre le persone affette da diabete in terapia con insulina ed epilessia ad eccezione delle persone in possesso di regolare Certificato di Idoneità Sportiva (sono comunque esclusi gli infortuni riconducibili al manifestarsi della malattia). Le persone con difetti fisici o mutilazioni rilevanti sono assicurabili soltanto con patto speciale.

Art. 6 Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 7 Decorrenza della convenzione, dei singoli certificati e pagamento del premio

La presente Polizza ha decorrenza dalle ore 24,00 del 01/07/2016.

I singoli Certificati di Assicurazione hanno effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la rata di premio sono stati pagati, altrimenti hanno effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 8 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione. Al momento dell'ingresso in copertura, l'Assicurato deve necessariamente e preventivamente compilare personalmente e firmare il "Questionario proposta per l'assicurazione infortuni dei Calciatori Professionisti", che verrà allegato alla polizza e formerà parte integrante del contratto.

Art. 9 Denuncia di altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. In caso di sinistro, l'Assicurato deve dare avviso alla Società di ogni assicurazione esistente e indicare a ciascun Assicuratore il nome degli altri.

Art. 10 Prova del contratto e validità delle variazioni

La presente polizza ed i relativi allegati, firmati dalla Società per mezzo delle persone all'uopo autorizzate e dall'Assicurato sono i soli documenti che fanno prova delle condizioni regolatrici dei rapporti tra le Parti. Qualunque modifica del contratto non è valida se non risulta da appendice sottoscritta dalle Parti.

Art. 11 Variazioni delle mansioni dell'assicurato

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni di rischio per cambiamento delle attività professionali principali e/o secondarie dichiarate o delle condizioni nelle quali dette attività sono esercitate, o variazioni nelle relazioni contrattuali tra Assicurato e Contraente, l'Assicurato deve darne comunicazione scritta alla Società. Se la variazione implica aggravamento del rischio, tale che la Società non avrebbe sottoscritto l'assicurazione, essa ha diritto di recedere dall'assicurazione con effetto immediato. Se la variazione implica aggravamento che comporti un premio maggiore, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso. Se invece la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvede a ridurre correlativamente il premio a partire dalla scadenza annuale successiva, comunicando all'Assicurato le condizioni di assicurazione e la misura del nuovo premio ridotto. Qualora nel corso di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato non sia più calciatore professionista come previsto nelle definizioni, ma continui l'attività di calciatore in società di calcio non professionistiche, la Società, in assenza di sinistri o circostanze dichiarate, considera cessata la copertura e provvede alla restituzione del premio non goduto.

Art. 12 Criteri di indennizzabilità

Si precisa e si conviene che, con effetto dalla data di decorrenza di ogni Certificato di Assicurazione, ogni richiesta di risarcimento derivante da infortunio o malattia o affezione ad ogni parte del corpo, qualora tale infortunio o malattia o affezione sia interamente o parzialmente, direttamente o indirettamente causato, agevolato o aggravato da menomazioni, difetti fisici, processi degenerativi o infermità esistenti già prima della data di decorrenza proposta, si intende esclusa dalla copertura. La Società sarà tenuta ad indennizzare solamente le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o successivamente sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni e, allo stesso modo, il pregiudizio che queste possono avere sugli esiti dell'infortunio sono conseguenze indirette e, come tali, non sono indennizzabili. Allo stesso modo, in caso di menomazioni o difetti fisici preesistenti, l'indennità per invalidità permanente sarà liquidata solo per le dirette conseguenze causate dall'infortunio come se quest'ultimo avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dal successivo Art. 13.

Art. 13 Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza del contratto, entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari stessi o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e

in conseguenza di esso, l'Assicurato muore, i beneficiari, che non sono tenuti ad alcun rimborso, hanno diritto di richiedere la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso morte. La liquidazione, sempre che non siano emersi nel frattempo elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta, col periodo minimo di due anni dalla scomparsa. Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

Art. 14 Invalidità permanente da infortunio

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla base dell'allegata scala di indennizzi parziali e la percentuale risultante, applicata alla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella allegata a pagina 12. In caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra, e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra menzionate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella

tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale, anatomica o funzionale di più organi od arti in uno stesso infortunio comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del cento per cento.

Art. 15 Franchigia per invalidità permanente da infortunio

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- Sulla parte di somma fino a Euro 600.000,00 di somma assicurata non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando essa sia di grado non superiore al 5% (cinque per cento) della totale; se invece essa risulterà superiore al 5% (cinque per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente;
- Sull'eccedenza di Euro 600.000,00 e fino ad Euro 1.000.000,00 di somma assicurata non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando essa sia di grado non superiore al 7% (sette per cento) della totale; se invece essa risulterà superiore al 7% (sette per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente.
- Sull'eccedenza di Euro 1.000.000,00 e fino ad Euro 5.000.000,00 di somma assicurata non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando essa sia di grado non superiore al 10% (dieci per cento) della

totale; se invece essa risulterà superiore al 10%(dieci per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente.

Art. 16 Stato di guerra

Sono esclusi gli infortuni derivanti da stato di guerra. Tuttavia l'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non) o da insurrezione popolare per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o della insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova al di fuori del territorio della Repubblica italiana, dello Stato del Vaticano e della Repubblica di San Marino. La presente estensione non opera in caso di infortuni aeronautici e per coloro che prestano il servizio militare.

Art. 17 Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri esercitati da società di traffico aereo regolare, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica e di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per i rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri esercitati da aeroclubs.

Art. 18 Bricolage

L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da attività inerenti ai piccoli lavori manuali – bricolage – eseguiti con l'uso di utensili domestici anche azionati da motore ed esercitate non a scopo di lucro o commercio.

Art. 19 Conversione della percentuale - supervalutazione

- 1) Qualora l'infortunio si riferisca agli arti inferiori, la percentuale di invalidità permanente accertata, qualora fosse superiore al 5% e secondo quanto previsto dall'Art. 14 delle Condizioni Generali, sarà elevata del:
 - 50% per l'atleta fino al 28° anno di età;
 - 25% per l'atleta oltre il 28° anno di età.
- 2) Per i "PORTIERI" la percentuale di supervalutazione di cui al punto 1) sono estese a tutto il corpo.
- 3) Resta inteso che per determinare la misura dell'invalidità permanente da cui detrarre la franchigia si farà riferimento alla percentuale di invalidità permanente riconosciuta all'Assicurato ed elevata secondo i criteri di cui al precedente punto 1).

Art. 20 Obbligo di cura

L'Assicurato infortunato è obbligato a sottoporsi a cure qualora esse possano portare ad un ripristino funzionale della parte lesa, restando inteso che la valutazione del grado di invalidità verrà espressa soltanto quando dalla terapia non si possa ottenere alcun miglioramento. Qualora l'Assicurato si rifiuti di sottoporsi a dette cure, l'invalidità riconosciuta verrà ridotta del presunto recupero funzionale non realizzato per il rifiuto opposto.

Art. 21 Età dell'assicurato

Per determinare l'età dell'Assicurato si dovrà fare riferimento all'età del suo ultimo compleanno purché da questo non siano trascorsi più di sei mesi, nel qual caso si farà riferimento al compleanno successivo.

Art. 22 Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto a Private Broking Srl – Via Vincenzo Monti 11 – 20123 Milano - tramite fax +39 02 36758814 o per e-mail marco.lestuzzi@privatebroking.it entro 30 giorni dalla data di accadimento dell'infortunio. La denuncia stessa deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e dovrà essere corredata da certificato medico. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale. La mancata denuncia entro i termini prescritti può portare alla perdita totale o parziale al diritto all'indennizzo.

Art. 23 Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. La liquidazione sarà effettuata entro massimo 60 giorni dalla concorde chiusura del sinistro. L'indennità verrà corrisposta in Italia ed in Euro.

Art. 24 Beneficiari

Il beneficiario del presente contratto, quando non sia l'Assicurato stesso, è indicato nella scheda di assicurazione. In mancanza di designazione, i beneficiari sono gli eredi legittimi e/o testamentari.

Art. 25 Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia al diritto di surrogazione verso i terzi.

Art. 26 Controversie sulla assicurabilità delle persone, sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni

In caso di controversie di natura medica sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 12, le Parti hanno facoltà di conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente Centro di Medicina e Chirurgia dello Sport, Via all'Ospedale 1, 6600 Locarno, Svizzera.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di 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 di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei Medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

È data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro tre anni; in tal caso il Collegio potrà concedere una somma da computarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio. Resta infine stabilito che, nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto la liquidazione dell'intera somma assicurata per la garanzia di cui al successivo Art. 35 punto 2 (criteri di indennizzo – condizione speciale di assicurazione - invalidità permanente da infortunio) o di cui all'Art. 40 (criteri di valutazione - invalidità permanente

specifica totale da malattia) - indennizzabile a termini di polizza - egli dovrà produrre al Collegio Medico unitamente alla necessaria documentazione sanitaria, certificazione di non idoneità all'attività agonistica sportiva Centro di Medicina e Chirurgia dello Sport, Via all'Ospedale 1, 6600 Locarno purchè riconosciuto dal ASF-SFV.

Art. 27 Competenza territoriale

Foro competente: **Zurigo**

Art. 28 Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 29 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti nel corso del contratto, devono essere fatte con lettera raccomandata al Broker incaricato della gestione del contratto e/o alla Società.

Art. 30 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato dalla presente polizza valgono le norme di legge e del Codice Civile.

Art. 31 Tasso lordo di premio

La presente assicurazione è prestata a fronte del pagamento di un premio per ogni singolo certificato individuale determinato dall'applicazione dei seguenti tassi lordi annui alla somma assicurata:

Età	Tassi fino a € 600.000	Tassi oltre € 600.000 fino a € 1.000.000	Tassi oltre € 1.000.000 fino a € 5.000.000
Fino a 24	1,20%	1,00%	0,90%
25 - 32	1,35%	1,15%	1,05%
33	1,5%	1,3%	1,2%
34 e oltre	1,65%	1,55%	1,45%

I tassi su esposti si intendono al lordo delle tasse e si riferiscono alle somme assicurate di pertinenza.

Pertanto, qualora un calciatore di anni 24 desiderasse assicurarsi per Euro 1.000.000, il tasso totale lordo sarà del 1,12% (premio totale annuo Euro 11.200,00).

Il Tasso del 1,12% è stato calcolato come segue:

- Somma Assicurata 600.000,00 tasso 1,2%
- Somma Assicurata 400.000,00 tasso 1%

Il Relativo premio è stato calcolato come segue:

- $600.000,00 \times 1,2\% = 7.200,00$
 - $400.000,00 \times 1\% = 4.000,00$
- Totale 1.000.000,00 = 11.200,00

Art. 32 Durata dell'assicurazione

La presente Polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

I Certificati di Assicurazione, emessi durante il periodo di validità della polizza convenzione, hanno durata annuale dalla data di ogni singola decorrenza, senza tacito rinnovo e scadranno anch'essi alla data della propria naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Art. 33 Recesso dal contratto e anticipata risoluzione

Entro 90 giorni dalla data di pagamento della prima rata di premio, la Società e l'Assicurato hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni. Parimenti, dopo ogni denuncia di infortunio e fino al novantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennità, la Società e l'Assicurato hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

In tali casi la Società rimborsa il premio netto in proporzione al tempo che decorre dal momento della cessazione al termine del periodo di assicurazione in corso.

Art. 34 Clausola broker e domiciliazione

Per la stipulazione e gestione della presente Polizza Convenzione e dei Certificati di Assicurazione il Contraente dichiara di aver affidato, per l'intera durata della copertura, l'incarico al Broker Special Risk Insurance Broker con Sede in Londra 34 Lime Street, London EC3M 7AT. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso. Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato.

**CONDIZIONI SPECIALI DI
ASSICURAZIONE
INVALIDITÀ PERMANENTE SPECIFICA
TOTALE DA INFORTUNIO**

Art. 35 Criteri di indennizzo

A parziale deroga di quanto riportato all'Art. 14 delle Condizioni Generali, gli infortuni indennizzabili ai sensi del presente contratto verranno liquidati adottando i seguenti criteri:

- 1) Se l'infortunio determina un'invalidità permanente accertata in base all'Art. 15 delle Condizioni Generali di Assicurazione di grado pari o inferiore alla percentuale delle franchigie previste, non si provvederà ad alcun indennizzo.
- 2) Per gli infortuni indennizzabili che comportino una incapacità totale all'esercizio dell'attività professionale sportiva - invalidità permanente specifica totale - la Società liquiderà l'invalidità permanente secondo la seguente scala di indennizzo, senza deduzione di alcuna franchigia:
 - ❑ 100% della somma assicurata per giocatori di età fino a 28 anni;
 - ❑ 90% della somma assicurata per giocatori di 29 anni;
 - ❑ 80% della somma assicurata per giocatori di 30 anni;
 - ❑ 70% della somma assicurata per giocatori di 31 anni
 - ❑ 60% della somma assicurata per giocatori di 32 anni
 - ❑ 50% della somma assicurata per giocatori di 33 anni
 - ❑ 40% della somma assicurata per giocatori oltre i 33 anni

Resta inteso che la perdita totale e permanente della capacità specifica ad occupare il ruolo di "Portiere" è considerata perdita totale permanente

della capacità specifica all'attività professionale sportiva.

- 3) Resta stabilito che, nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto la liquidazione dell'intera somma assicurata per invalidità permanente specifica totale conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di contratto, egli dovrà produrre, unitamente alla necessaria documentazione sanitaria, attestato di revoca del tesseramento per inidoneità ai sensi di quanto previsto dalle norme organizzative interne della relativa Federazione.

Relativamente agli assicurati aventi età superiore ai 28 anni, resta stabilito inoltre che, in caso di revoca / perdita / annullamento di licenza da gioco e/o inabilità alla pratica dell'attività professionale di calciatore, la Società pagherà un indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalidità permanente totale, solo ed esclusivamente se l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 20% (venti per cento) della totale, calcolata sulla base dell'allegata tabella di indennizzi parziali.

Art. 36 Cessazione del contratto

Resta convenuto tra le Parti che, qualora a seguito di infortunio che comporti un'incapacità totale all'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel Questionario, nonché in ogni altro caso in cui l'indennizzo comporti, nell'annualità assicurativa in corso, la liquidazione dell'intera somma assicurata, il presente contratto cesserà automaticamente di aver vigore.

**CONDIZIONI SPECIALI DI
ASSICURAZIONE
INVALIDITA' PERMANENTE SPECIFICA
TOTALE DA MALATTIA**

Art. 37 Limiti della garanzia

L'assicurazione è estesa all'invalidità permanente che comporti, a seguito di malattia insorta successivamente alla data della stipulazione del contratto, la perdita definitiva ed irrimediabile all'esercizio dell'attività professionale sportiva a condizione che tale invalidità permanente si verifichi entro 12 mesi dalla cessazione del contratto. Quanto precede vale a condizione che l'Assicurato sia in possesso di "Certificato di idoneità all'attività professionale sportiva" rilasciato a norma di legge. Resta stabilito che, nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto la liquidazione dell'intera somma assicurata per invalidità permanente totale conseguente a malattia, indennizzabile a termini di contratto, egli dovrà produrre, unitamente alla necessaria documentazione sanitaria, attestato di revoca del tesseramento per inidoneità ai sensi di quanto previsto dalle norme organizzative interne delle relative Federazioni.

**Art. 38 Persone non assicurabili -
esclusioni**

Non sono assicurabili le persone affette da tossicodipendenza, alcolismo o infermità mentali e l'assicurazione cessa automaticamente al loro manifestarsi. Sono comunque escluse dall'assicurazione le malattie derivanti direttamente o indirettamente da:

- Abuso di alcolici e uso, a scopo non farmaceutico, di psicofarmaci, stupefacenti ed allucinogeni;
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da malattie collegate

alla stessa (sindrome correlata all'AIDS);

- Trasmutazione del nucleo dell'atomo, ovvero radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- Guerre od insurrezioni.

Sono inoltre escluse dalla garanzia le conseguenze di infortunio, intendendosi per tale l'evento dovuto per causa fortuita, violenta ed esterna.

**Art. 39 Denuncia della malattia e
relativi obblighi**

L'Assicurato deve dare immediato avviso della malattia al Broker designato in polizza, quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata. La denuncia deve essere accompagnata dalla seguente documentazione, che deve essere presentata entro 30 giorni dalla denuncia di sinistro:

- Certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura della malattia, sul momento in cui è insorta, sul decorso della malattia, sulle sue possibili conseguenze nonché su ogni conseguenza che potrebbe già essersi verificata;
- L'Assicurato dovrà inoltre inviare alla Società – unitamente alla suddetta certificazione medica o successivamente ad essa, ma comunque non oltre un anno dopo la data del sinistro – un certificato medico che attesti l'avvenuta guarigione dalla malattia stessa.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti

dalla Società, fornire agli stessi ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale. Entro un anno dalla data di emissione del certificato medico che conferma l'avvenuta guarigione dalla malattia, l'Assicurato dovrà sottoporre documentazione medica che indichi il grado di invalidità permanente residua quale conseguenza diretta ed esclusiva della malattia.

Art. 40 Criteri di valutazione

Ferme ed invariate le condizioni dell'Art. 12 delle Condizioni Generali di assicurazione infortuni, che sono valide anche per questa estensione alla invalidità permanente da malattia, il riconoscimento della eventuale invalidità permanente da malattia, ai sensi dell'Art. 37, verrà effettuato, purché vi sia completa ed irrimediabile perdita della capacità di esercitare l'attività professionale sportiva e che determini la perdita dell'idoneità all'attività sportivo agonistica, riconosciuta dal Centro di Medicina e Chirurgia dello Sport, Via all'Ospedale 1, 6600 Locarno, secondo la seguente scala di indennizzo:

- ❑ 100% della somma assicurata per giocatori di età fino a 28 anni;
- ❑ 90% della somma assicurata per giocatori di 29 anni;
- ❑ 80% della somma assicurata per giocatori di 30 anni;
- ❑ 70% della somma assicurata per giocatori di 31 anni;
- ❑ 60% della somma assicurata per giocatori di 32 anni;
- ❑ 50% della somma assicurata per giocatori di 33 anni;
- ❑ 40% della somma assicurata per giocatori oltre i 33 anni.

La percentuale di invalidità permanente dovrà essere accertata non prima di un anno dalla denuncia della malattia. La Società pagherà l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalidità permanente derivante dalla malattia denunciata, esclusi i danni ulteriori attribuibili a situazioni patologiche o infermità preesistenti all'entrata in vigore del contratto e/o a difetti fisici.

Art. 41 Procedura per la liquidazione dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità verrà corrisposta in Svizzera ed in valuta svizzera. L'Assicurato infortunato è obbligato a sottoporsi a cure qualora esse possano, a giudizio del medico dell'Assicurato o del medico della Società, portare ad un ripristino funzionale della parte lesa, restando inteso che la valutazione del grado di invalidità verrà espresso soltanto quando dalla terapia non si possa ottenere alcun miglioramento. Qualora l'Assicurato si rifiuti di sottoporsi a dette cure, l'invalidità riconosciuta verrà ridotta del presunto recupero funzionale non realizzato per il rifiuto opposto.

Art. 42 Diritto all'indennizzo

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, in tal caso la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato ed offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 43	Controversie
----------------	---------------------

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone, sulla natura o sulle conseguenze della malattia, ai sensi dell'Art. 5 delle Condizioni Generali e dell'Art. 38 delle presenti condizioni per invalidità da malattia, si applicano le norme previste dall'Art. 26 delle Condizioni Generali di assicurazione.

INABILITA' TOTALE TEMPORANEA
(Garanzia valida solo se espressamente richiesta)

Art. 44 Invalidità Temporanea Totale

Nel caso in cui l'assicurato:

- a) incorra in una Invalidità Totale che inizi durante il periodo di validità della Polizza e prosegua senza Interruzione nel Periodo di Franchigia;
- b) abbia superato il Periodo di Franchigia;
- c) sia sotto costante cura di un Medico qualificato per tutta la durata dell'Invalidità Totale;
- d) presenti un'Invalidità Totale giudicata di natura continuativa da un Medico qualificato e tale da impedire all'Assicurato di partecipare all'Occupazione come specificato nel Prospetto e salvi i termini, le condizioni e le disposizioni della presente Polizza, l'Assicuratore conviene di corrispondere l'importo stabilito nel Prospetto.

Il pagamento del beneficio per l'Invalidità Totale Temporanea cesserà quando:

- i) l'Assicurato non presenti più una Invalidità Totale;
- ii) il Periodo Massimo Complessivo del beneficio sia esaurito, o il Limite Massimo Aggregato dell'Assicurazione sia raggiunto;
- iii) l'Assicurato deceda, o sia ritenuto invalido totale permanente a prescindere da quale di queste circostanze si verifichi per prima.

Art. 45 Invalidità ricorrente

Se, dopo un periodo di Invalidità Totale per cui sono stati corrisposti i relativi benefici, l'Assicurato torni alla propria Occupazione dichiarata per un periodo inferiore a 15 giorni consecutivi, qualsivoglia Invalidità Totale successiva, che un Medico qualificato stabilisca essere un Sinistro analogo al precedente, sarà ritenuta parte dell'Invalidità Totale precedente e non verrà applicato alcun ulteriore Periodo di Franchigia.

Se, dopo un periodo di Invalidità Totale per cui sono stati corrisposti i relativi benefici, l'Assicurato torni alla propria Occupazione dichiarata per un periodo inferiore a 15 giorni consecutivi e la successiva Invalidità Totale venga riconosciuta da un Medico qualificato di natura differente dal Sinistro precedente, verrà applicato un nuovo Periodo di Franchigia.

Se, dopo un periodo di Invalidità Totale per cui sono stati corrisposti i relativi benefici, l'Assicurato torni alla propria Occupazione dichiarata per un periodo di 15 giorni consecutivi o più, qualsivoglia Invalidità Totale che abbia inizio in un momento successivo verrà considerata una nuova Invalidità Totale e verrà applicato un nuovo Periodo di Franchigia.

In nessun caso qualsivoglia giorno perso a causa di una nuova Invalidità Totale, sarà considerato parte dei giorni relativi al Sinistro precedente.

Art. 46 Tassi di premio – Inabilità Temporanea Totale

Età	Tassi franchigia 30 giorni	Tassi franchigia 60 giorni	Tassi franchigia 90 giorni
Fino a 25	3,5%	3,0%	2,5%
26 – 28	3,7%	3,2%	2,7%
29 – 30	4,0%	3,5%	3,0%
31 – 32	4,5%	4,0%	3,5%
33	5,0%	4,5%	4,0%
Over 33	TBA	TBA	TBA

TABELLA INDENNIZZI PARZIALI

A deroga di quanto previsto dall'articolo 6 delle Condizioni Generali Form K (Switzerland), in caso di IP da infortunio si farà riferimento alle percentuali di seguito indicate.

LESIONE	INDENNITA'	
	a destra	a sinistra
Sordità completa di un orecchio		15%
Sordità completa bilaterale		60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi		40%
Altre menomazioni della facoltà visiva (si veda la relativa tabella sul retro)	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
Perdita della milza senza alterazione della crasi ematica		15%
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita del pollice	28%	23%
Perdita dell'indice	15%	13%
Perdita del medio		12%
Perdita dell'anulare		8%
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione massima o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%
Perdita di una coscia in un qualsiasi altro punto		70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%
Perdita di una gamba al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%
Perdita dell'avanpiede alla linea tarso-metatarso		30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%
Perdita totale del solo alluce		7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo a nessuna indennità ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i 5 centimetri		11%

N.B. In caso di constatato **mancinismo** le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

TABELLA DI VALUTAZIONI DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

Visus perduto	Visus residuo	Indennità per l'occhio con acutezza visiva (occhio peggiore) %	Indennità per l'occhio minore con acutezza visiva minore (occhio migliore) %
1/10	9/10	1	2
2/10	8/10	3	6
3/10	7/10	6	12
4/10	6/10	10	19
5/10	5/10	14	26
6/10	4/10	18	34
7/10	3/10	23	42
8/10	2/10	27	50
9/10	1/10	31	58
10/10	0	35	65

Note:

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%.
5. In caso di afachia monolaterale:

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

CONVENZIONE ASSICURATIVA SAFF/TORUS POLIZZA INFORTUNI CALCIATORI PROFESSIONISTI

QUESTIONARIO/PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

CONSIGLIO IMPORTANTE A TUTTI I PROPONENTI

Tutte le sezioni del presente Modulo devono essere interamente compilate, anche in occasione di un rinnovo o di una somma aggiuntiva di un'assicurazione già esistente. Tutti i dettagli della vostra storia clinica devono essere evidenziati e non devono essere omessi solo perché siete stati dichiarati in salute, o perché vi sia stato detto che i risultati di controlli medici sono positivi, o perché pensate, oppure vi venga detto, che tali dettagli siano irrilevanti. La mancata comunicazione di informazioni può rendere nulla la polizza.

TUTTE LE DOMANDE DEVONO ESSERE COMPLETATE

SEZIONE 1: Assicurando (Person to be insured)

Cognome: (Surname)		Nome: (Name)	
INDIRIZZO (ADDRESS)	Via: (Street)	Numero.: (Number)	
Città: (Town)		C .A.P.: (Postcode)	Provincia: (District)
Data di nascita: (Date of birth)		Luogo di nascita: (Place of birth)	
Nazionalità: (Nationality)		Codice Fiscale: (Fiscal Code)	
Squadra: (Team)	Categoria: (League)	Ruolo: (Position)	
Salario Annuo: (Annual Salary)		Altezza: (Height)	Peso: (Weight)
PERIODO DI COPERTURA (PERIOD OF COVERAGE)	Da: (From)	A: (To)	
Somma assicurata richiesta: (Requested Sum Insured)			

SEZIONE 2: Situazione sanitaria personale (Personal medical details)

1. E' attualmente libero da infortuni/malattie e sta giocando regolarmente per la sua squadra? (Are you currently free of injury/illness and regularly playing for your team?) Se si risponde "NO" fornire una spiegazione (If "NO" please give details)	SI / NO YES / NO
2. Negli ultimi 36 mesi ha saltato più di 4 partite consecutive a causa di infortuni/malattie? (During the last 36 months, have you missed more than 4 consecutive matches due to injury/illness?) Se si risponde "SI", inserire date, motivi e numero di partite perse (If "YES" please insert dates, reasons and total number of matches missed)	SI / NO YES / NO

<p>3. E' attualmente in buona salute e lo è stato nell'anno precedente la compilazione di questo questionario? (<i>Are you currently healthy and have you been in sound health for a year before filling in this proposal form?</i>) <i>Se si risponde "NO" fornire una spiegazione (If "NO" please give details)</i></p>	<p>SI / NO YES / NO</p>
<p>4. Ha un qualsiasi difetto fisico o infermità? (<i>Have you any physical defect or infirmity?</i>) <i>Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</i></p>	<p>SI / NO YES / NO</p>
<p>5. E' a conoscenza del fatto o ha qualche ragione di credere che le possa essere necessario qualche cura medica particolare o intervento chirurgico nel futuro? (<i>Have you been advised or do you have any reason to believe that you may need medical treatment or undergo surgery in the future?</i>) <i>Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</i></p>	<p>SI / NO YES / NO</p>
<p>6. Ha consultato un medico negli ultimi 2 anni a causa di qualche problema fisico ricorrente Si sta sottoponendo attualmente a cure mediche o trattamenti particolari (ad esempio terapia antinfiammatoria o antidolorifica)? (<i>Have you consulted a doctor in the last 2 years for any recurrent physical problem Are you taking a course of specific medical care or treatment (i.e. anti-inflammatory or pain reducing)?</i>) <i>Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</i></p>	<p>SI / NO YES / NO</p>
<p>7. Ha mai sofferto di appendicite, asma, pressione sanguigna, perdita di sangue dalla bocca, diabete, dispepsia, epilessia, gotta, ernia, paralisi, emorroidi, reumatismi, qualsiasi infezione della pelle, vene varicose, qualsiasi malattia o disturbo del torace o del sistema respiratorio, cuore stomaco o sistema nervoso? Ha qualche difetto alla vista? Ha qualche difetto all'udito? (<i>Have you ever suffered from appendicitis, asthma, blood pressure, blood-spitting, diabetes, dyspepsia, epilepsy, gout, hernia, paralysis, piles, rheumatism, any skin infection, varicose veins, any disease or disorder of the chest or respiratory system, heart, stomach or nervous system? Do you suffer from defective vision? Do you suffer from defective hearing?</i>) <i>Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</i></p>	<p>SI / NO YES / NO</p>
<p>8. E' mai stato sottoposto ad intervento chirurgico o sofferto di altre malattie o infortuni gravi? (<i>Have you ever had any operation or suffered from any other serious injury or illness?</i>) <i>Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</i></p>	<p>SI / NO YES / NO</p>

SEZIONE 3: Altre assicurazioni (Other insurance)

9. E' attualmente assicurato contro gli infortuni o malattie? (<i>Are you currently insured against accident or illness?</i>) <i>Se si risponde "SI" indicare con chi e per quali somme assicurate (If "YES" please say with whom and for what sum insured)</i>	SI / NO YES / NO
10. Le è mai stata rifiutata od accettata a condizioni speciali una copertura assicurativa per infortuni o malattia? Qualche assicuratore le ha mai annullato o si è rifiutato di rinnovare la sua copertura? (<i>Have you ever been declined or accepted on special terms, for accident or illness insurance? Has any insurer ever cancelled or declined to renew your policy?</i>) <i>Se si risponde "SI" fornire una spiegazione (If "YES" please give details)</i>	SI / NO YES / NO
11. Ha mai subito infortuni che hanno generato un sinistro pagato da qualsiasi polizza infortuni o malattia? (<i>Have you ever suffered an accident which has resulted in a claim paid by any insurance policy for accident or illness?</i>) <i>Se si risponde "SI", precisare l'ammontare del danno pagato (If "YES", please provide full information detailing the level to the amount of the claim paid)</i>	SI / NO YES / NO

Per quanto è di mia conoscenza le informazioni contenute in questo documento sono vere e nessun fatto è stato tenuto nascosto. Sono consapevole che la mancata rivelazione o l'errata descrizione di un fatto autorizza gli Assicuratori ad annullare la copertura. (Per fatto materiale si intende qualsiasi fatto che possa verosimilmente influenzare l'accettazione o la diversa valutazione della proposta da parte dell'Assicuratore).

Sono altresì consapevole che l'Assicuratore determinerà i termini e le condizioni sulla base delle informazioni contenute in questo questionario ma che la firma dello stesso non impegna me a sottoscrivere la copertura né l'Assicuratore ad accettarla.

To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance. I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete or Underwriters to accept this Insurance.

Firma del proponente _____
Proposer's signature

Data _____
Date

PERSONAL ACCIDENT POLICY SAFP

english

GENERAL CONDITIONS

INSURING CLAUSE

Art 1 Basic Warranty

The insurance is valid for accidents that the Insured might suffer:

- whilst carrying on his professional sporting activity;
- whilst carrying on other working or business activities whether or not a professional nature, and whilst carrying on any other normal activity of a non-professional nature.

This insurance operates only for professional football players, excluding any other professional sport activity.

Art 2 Risks Insured

The following are considered indemnifiable:

1. accidents deriving from the use and piloting of any vessel or motor vehicle, provided the Insured, if driving, is qualified under the legal provisions in force;
2. bodily injuries suffered on the occasion of violence due to sports events or related to the sport activity;
3. bodily injuries suffered in self-defence, out of a duty of human solidarity or on the occasion of attacks and acts of violence including those due to a political, social, union demands or terrorist motive, and those suffered during civil upheavals in which the Insured has taken no active part;
4. the consequence of sun, cold and heat stroke, lightning and the effects of excessive exposure to heat or cold that the Insured is unable to avoid because of an accident indemnifiable under the terms of the policy;
5. injuries suffered as a consequences of gross negligence and imprudence and/or injuries suffered in a state of faintness or unconsciousness;
6. infections (excluding malaria and tropical illness) and poisoning caused by the ingestion of mushrooms, animal bites and insect stings, drowning and asphyxia, poisoning due to effusion of gases and vapours;
7. the consequences of ingesting substances due to a fortuitous cause or to violence, though the consequences of poisoning due to the abuse of alcohol or psycho trope drugs or the use of narcotics and hallucinogens are excluded;
8. the consequences of earth movements, floods and volcanic eruptions
9. The insurance is valid during military service carried out in peacetime following call-up for ordinary exercises.

Art 3 Exclusions

The following injuries are excluded from the insurance:

1. muscular strain injuries, traumatic hernias and subcutaneous ruptures to tendons and muscles, traumatic detachments of the retina and traumatic hernias of the vertebral disk;
2. rupture of the nose and aesthetic damages;
3. piloting or using any kind of aircraft (except what is included in the following Art. 17), piloting or use of underwater vehicles;
4. accidents deriving from non-professional participation in these sport: ski-jumping, bobsledding, sledding, airborne sport in general, parachuting, paragliding, boxing, mountain climbing above the third degree, ice climbing, pot-holing, rugby and American football;
5. participation in motor races or competition and tests, or training for these, except in the case of automobile endurance competitions held by the A.C.I. under entirely standard procedures;
6. War (except what is included in the next Art.16), riots, acts of violence with political or social motives, where the Insured was actively involved;
7. The direct or indirect consequences of transmutation of the nucleus of the atom, and of radiation caused from the artificial acceleration of atomic particles (nuclear fission and fusion, radioactive isotopes, particle accelerators, x-rays, etc..) ;

8. abuse of alcohol, as defined in the legislation of the driving code, use of drugs or the use of narcotics and hallucinogens; deliberate exposure to an exceptional danger (except in an attempt to save a human life or in case of self-defence) or participation to criminal acts ;
9. Driving motor-vehicles or boats if the insured is not licensed.
10. Injuries consequent to surgical, medical examinations and therapies not deriving from accident, heart attack strokes and hernias.

Art 4 Terrorism exclusion

It is excluded, notwithstanding to what may be foreseen in this insurance contract or in any appendix thereto, any damage, cost or expense of any kind, caused directly or indirectly by, or arising from, or connected with any act of terrorism, regardless of any other cause or events in any sequence to the damage itself, causing:

- a) Release or threat of release of germs, diseases or other agents of infection and chemical or biological contamination, or
- b) The use or threat of use of any nuclear device or radioactive substance.

For the purposes of this Appendix, act of terrorism means an act including but not limited to the use of force or violence and / or the threat of such use, by any person or group of persons, whether acting alone or acting in connection with any organization or government, committed for political, religious, ideological or similar purposes, including the intention to influence any government and / or instilling fear in the public or in any part of this. This appendix also excludes any damage, cost or expense of any kind caused directly or indirectly by or arising from or connected with any action taken to control, prevent, suppress terrorist acts of the type described above or that it was in any way connected with such interventions .

In the event that the Company should claim that, by virtue of this Appendix, the incurred, losses, damages, costs, and expenditures are not eligible for compensation under the terms of this insurance, the burden of proving the contrary will fall upon the Policyholder. In the event that any part of this appendix is found to be invalid or unenforceable, the rest of the Policy will remain in full force and effect.

Art. 5 Uninsurable persons

Persons affected by apoplexy, paralysis, mental insanity, alcoholism, drug addiction and also by any acute and permanent infirmity and this insurance will cease upon their manifestation.

Persons affected by diabetes, treated with insulin, and epilepsy, with the exception of people in possession of a valid Certificate of Sports Eligibility (are anyway excluded the injuries related to the onset of the disease). Persons with relevant physical defects or mutilation are insurable only with special covenant.

Art. 6 Territorial Extension

The Insurance is valid Worldwide.

Art. 7 Start of the Insurance and Payment of the Premium

The General AIC Policy shall take effect on 01/07/2016.

Each individual insurance shall take effect from midnight of the date indicated on the Policy if the premium or the first instalment thereof has already been paid. Otherwise, it shall take effect from midnight of the date on which payment is made.

Should the Contracting Party, fail to pay the premium or subsequent instalments thereof, cover shall be suspended from midnight of fifteenth day after the due date and shall resume from midnight of the date on which payment is made, up until subsequent due dates.

Premiums shall be paid to the Broker to which the Policy is assigned.

Art. 8 Declarations of the Insured.

Any Incorrect or reticent declaration made by the Insured, which might influence the evaluation of the risk, might totally or partially prevent the right to indemnification, or lead to the suspension of this Insurance. After the coverage is activated, the Insured shall pre-emptively complete and sign the "Proposal for Personal Accident Insurance for Professional Footballers" here enclosed.

Art. 9 Other Insurance policies

The Insured must notify the Company of any other insurance policies that he might have in course or take out with other Companies.

If the Insured maliciously omits to give such notice, the Company is not liable to pay compensation. In the event of a claim, the Insured must notify the Company, indicating to each other the names.

Art. 10 Proof of contract

This Policy and the relative endorsements signed by the Company, through the appointed personnel, and by the Insured are the only probative documents to regulate the relationship between the Parties. Any amendment of the contract will be deemed void if not agreed and undersigned by both the Parties on a proper addendum.

Art. 11 Change in Profession

If changes on main or secondary declared professional activities or the conditions under which these activities are exercised, or changes in the contractual relationship between the Contractor and Insured will occur during the contract which may affect the risk, the Insured must give written notice to the Company. If the change involves an increase in risk, such that the Company would not have subscribed the insurance, the Company has the right to withdraw from it with immediate effect. If the change involves aggravation, entailing a higher premium, the Company may require modifications of its ongoing conditions. If the change involves risk reduction, the Company shall correspondingly reduce the premium, starting from the next annual expiry, communicating to the Insured the insurance conditions and the extent of the new reduced premium. If during the terms of this insurance, the insured is no longer a professional footballer, as provided in the definitions, but continues the activity as a footballer with a non-professional football club, the Company, in the absence of claims or declared circumstances, will terminate the coverage and refund the part of premium not enjoyed.

Art. 12 Indemnification criteria

It's clarified, that starting from the inception of each individual Policy, each request of reimbursement due to accident or sickness, or affection to any other body part, should this injury, sickness or affection be partially or totally, directly or indirectly caused by, contributed or exacerbated by physical defects, degenerative processes or infirmities, existing prior to the proposed date of inception, will be excluded from the Coverage.

The Company will only pay indemnities for the direct and exclusive consequences of an accident which are independent of physical or pathological conditions already in existence or arising subsequently. Any effect that the accident might have had on such conditions and the prejudice that these might cause to the final state of the injuries produced by the accident are indirect consequences and therefore not indemnifiable.

Where impairments or physical defects already exist, the indemnity for permanent disablement will be paid solely for the direct consequences of the accident like if this had happened to a physically healthy person, without taking any account of the additional prejudice deriving from conditions already in existence; provided what is foreseen by the following Art. 13.

Art. 13 Death and Presumed death

The indemnification in case of death is due also if death occurs after the expiry of the contract, within 2 years from the date of accident. The indemnification will be settled to the beneficiaries or, in lack of a nomination, to the heirs of the Insured in equal parts. The indemnification in case of death and for Permanent Disability are not accruable. However, if after the payment of the indemnity due to Permanent Disability, the Insured died within 2 years from the date of accident and as a consequence of it, the beneficiaries, who are not entitled to receive any indemnification, have the right to claim the

difference between the indemnification set for the death of the Insured, if higher, and that which has been paid for Permanent Disability.

If as a result of an accident indemnifiable under the policy, the Insured's body disappears or is not recovered and he is presumed dead, the Company will pay the beneficiaries the sum insured for the event of death. Liquidation will be carried out, provided that in the meantime no facts have emerged such that it transpires that no indemnity is due for the damage, no sooner than six months after the application for declaration of presumed death is made and with the minimum of 2 years from disappearance.

In the event that, after payment it transpires that death did not occur or that it did not result from an indemnifiable accident, the Company will be entitled to reimbursement of the entire sum liquidated.

Art 14 Permanent Disability due to injury

If the accident result in permanent disability and this is verified within 2 years from the day on which the accident happened, the company settles for such claim an indemnity, calculating on the Sum Insured for permanent disablement basing on the percentages indicated in the attached scale of partial indemnification.

In the case of left-handedness, the percentages of permanent disablement fixed from the contract for the superior right limb and the right hand will be awarded for the superior left limb and left hand and vice versa.

In the cases of permanent disablement not specified in the table, the indemnity is established taking into account regard to the percentages of the cases listed of the measure in which the general capacity of the Insured is always lessened and any "useful work" independently of his profession.

In the case of anatomical or functional loss of more organs or limbs in the same accident, the indemnity is established through the addition of the corresponding percentages in each single injury until the maximum limit of 100%.

Art 15 Deductible on Permanent disablement

In case the injury is indemnifiable and causing a permanent disablement according to the policy, the indemnity will be calculated as follows:

For the part of sum insured up to Eur 600.000, this insurance won't indemnify injuries with a degree under 5% of the total sum insured. In respect of injuries with a degree over 5% of the total sum insured, the indemnification recognized, will be processed only for the exceeding part.

For the part of sum insured between Eur 600.000 and EUR 1.000.000, this insurance won't indemnify injuries with a degree under 7% of the total sum insured. In respect of injuries with a degree over 7% of the total sum insured, the indemnification recognized, will be processed only for the exceeding part.

For the part of sum insured between Eur 1.000.000 and EUR 5.000.000, this insurance won't indemnify injuries with a degree under 10% of the total sum insured. In respect of injuries with a degree over 10% of the total sum insured, the indemnification recognized, will be processed only for the exceeding part.

Art. 16 State of war

Accidents deriving from a state of war are excluded.

The insurance will however be valid for accidents deriving from a state of war (declared or undeclared) or popular uprising for a maximum period of 14 days from the time the hostilities or insurrection begin, if and insofar as the Insured is surprised by the onset of the above events whilst he is outside the territory of the Italian Republic, the Vatican City State and the Republic of San Marino.

This extension will not operate in the case of aeronautical accidents or for those who are on duty with the Army as National service.

Art 17 Transportation

The insurance covers injuries suffered by the Insured while travelling, as a passenger, by aircrafts and helicopters, which are handled by regular air traffic Companies, and also by civil and military authorities. The above is valid for civilian traffic, Tourism and transfer activities organized by Companies or Privates, aerial work Companies, exclusively during the public passengers transportation, and is provided for the amounts corresponding to those insured by this policy and the

risks provided for therein. Are excluded flights operated on aircraft and helicopters handled by aeroclubs.

Art 18 Do it yourself

The insurance is valid for accidents deriving from activities associated with small manual tasks - do it yourself - carried out using domestic utensils, including motor-operated ones, for non-profit-making and non-business purposes

Art. 19 Supervaluation

1) In case the Injury affects the upper limbs, the percentage of ascertained permanent disability, should it be higher than 5% and pursuant to the dispositions of Art. 14 of the General Conditions, will be increased as follows:

- 50% for footballers up to 28 years of age (28 included)
- 25% for footballers over 28 years of age

2) In respect of Goalkeepers, the percentages of supervaluation above, are extended to the whole body.

3) Supervaluation will be calculated before applying the deductible.

Art 20 Cures

Injured footballers are obliged to undergo treatment, if this is capable of bringing about restoration in the functioning of the injured part, it being understood that the degree of permanent disablement assessed will be expressed only once no further improvement can be obtained from therapy. If the victim refuses to submit to treatment, the degree of permanent disablement will be reduced by the presumed degree of functional recovery that was forfeited due to the refusal.

Art 21 Age of Insured

To determine the age of the footballers on the date of the accident, reference will be made to his age at his last birthday, provided that no more than six months have elapsed since then.

Art. 22 Notification of accident

In the event of an accident the Insured must give written notification to Private Broking Srl – Via Vincenzo Monti 11 – 20123 Milano - by telefax +39 02 36758814 or by e-mail marco.lestuzzi@privatebroking.it within 30 days from the date of the event.

The accident notification must include details of the place, date, time and cause of the event and be accompanied by medical certification.

The Insured or, in the event of death, the beneficiaries, must allow the Company to carry out any necessary investigation and checks.

Art. 23 Liquidation

Once the necessary documentation has been received and the appropriated verifications carried out, the Company will liquidate the indemnity that is due, notify the Insured of this and upon receiving notification of his acceptance, carry out payment.

Indemnities will be paid in Italy, in Euro currency, within 60 days from the mutual claim closure

The Company is not required to pay advances except as stipulated in the article "Disputes" below.

Art. 24 Beneficiaries

The Beneficiary of this Contract, whether different from the Insured Person himself, shall be named in the Insurance Form. Where not specifically assigned, are understood beneficiaries the heirs apparent and/or testamentary heirs.

Art. 25 Subrogation

The Company quitclaim its right of subrogation towards third Parties.

Art. 26 Disputes

In the event of disagreement over the nature or consequences of injuries, on the degree of permanent disablement, or the application of the indemnification criteria as per Art. 12, the Parties undertake to confer a mandate in written form to decide whether and for what amount indemnities are due under the terms and within the limits of the Policy Conditions, by private contract, upon a Panel of three doctors, one of them to be appointed by the Insured, one by the company and the third by mutual agreement between the parties or, in the event of disagreement over the nomination, by the President of the Sport Centre of Medicine and Surgery, Via all'Ospedale 1, 6600 Locarno, Switzerland.

The Medical Panel is located in Milan. Each of the Parties will bear its own costs and remunerate the appointed doctor, sharing the costs and fees of the third doctor.

The decisions of the Medical Panel will be taken by majority vote, without any legal formality, and will be binding on the Parties, who can only dispute the decision whether it has been taken notwithstanding the contractual dispositions, or with violence, fraud or mistake .

The outcome of the arbitration shall be written on a specific record, to be issued in 2 original copies, one for each Party. The decision of the Medical Panel will be binding on the Parties even if one of the doctors refuses to sign the report; this refusal shall be noted on the final report by the arbitrators.

The Medical Panel will be entitled, whether it's deemed appropriate, to postpone its final assessment of the Permanent Disability until a later time which will be set by the Panel itself, within three years; in this case the Panel may decide to pay a sum, which will be deducted when the final indemnity for the accident is liquidated.

Finally, it is stipulated that, in the event that the Insured claims for liquidation of the entire sum insured, pursuant to the dispositions of the following Art. 34, point 2 (Indemnification criteria – special conditions of Insurance- Permanent Disability due to accident) or Art. 42 (Evaluation criteria – specific Permanent Total Disability due to sickness) - indemnifiable under the terms of the policy - he shall provide the Medical Panel with the necessary medical documentation, a certificate of withdrawal from the professional activity issued by the Sport Centre of Medicine and Surgery, Via all'Ospedale 1, 6600 Locarno, Switzerland.

Art. 27 Territorial jurisdiction

The Court of Zurich, Switzerland.

Art. 28 Tax burdens

Present and future tax burdens related to the Insurance Premium, the Contract and all the other following acts, shall be borne by the Insured or by his assignee, even if the Company advanced the payment.

Art. 29 Communications

All the communications appertaining to the Insured or to his assignee shall be processed to the Broker via registered mail.

Art. 30 Competent Laws

For what is not governed herein, the Civil Code will apply.

Art. 31 Premium rates

This Insurance is issued after the payment of premium for each individual certificate, which is determined by multiplying the following annual gross rates by the single sum insured:

Age	Rates up to € 600.000	Rates from € 600.000 to € 1.000.000	Rates from € 1.000.000 to € 5.000.000
Up to 24	1,20%	1,00%	0,90%
25 - 32	1,35%	1,15%	1,05%
33	1,50%	1,30%	1,20%
34 and over	1,65%	1,55%	1,45%

Art. 32 Duration of the Contract

This Contract will cease with its natural expiry, with no need of cancellation notice. Each Individual Policy, issued during the validity of the General AIC Policy, will last for one year starting from its individual inception date, excluding any tacit renewal.

Art. 33 Right of withdrawal and early dissolution

The Company and the Insured can exercise their right of withdrawal with a 30 days notice, within 90 days from the payment of the first instalment of the Premium. Likewise, after any Claim and within the 90th day from the payment or rejection of the indemnification, the Company and the Insured have the right to withdraw from the contract with a 30 days notice.

In such cases, the Company will refund the net Premium, calculated on the days elapsed from the moment of the withdrawal until the expiry of the current insurance

Art. 34 Broker Clause and domiciliation

Pursuant to Art. 108 of D.Lgs 209/2005 and s.m.i., for the whole duration of the Policy, the contracting Party declares that he entrusted Broker Special Risk Insurance Broker, 34 Lime Street, London EC3M 7AT.

Therefore, pursuant to the conditions of this Policy, the Insurers hereby acknowledge that each communication given by the Insured/contracting Party to the Broker is understood as it's given directly to the Insurers, and at the same time, each communication given by the Broker to the Insurers is understood as it's given directly by the Insured/contracting Party.

Furthermore, the Insurers acknowledge that the payment of the Premiums will be processed directly by the appointed Broker.

SPECIAL CONDITIONS: Permanent Total Disablement due to injury**Art 35 Indemnification criteria**

As partial derogation of what is stated under Art. 14 of the General Conditions, the indemnifiable injuries under the contract hereby, will be settled with the following criteria:

1. This insurance will not provide indemnification for permanent disablement when this may be of a level not greater than the deductibles of the above art.15.
2. For indemnifiable accident leading to total inability to carry on the professional sporting activity - total specific permanent - the insurers will pay out the entire sum insured for permanent disablement, but according to the following table:

- 100% of the sum insured for Players up to 28 years old;
- 90% of the sum insured for players of 29 years old;
- 80% of the sum insured for players of 30 years old;
- 70% of the sum insured for players of 31 years old;
- 60% of the sum insured for players of 32 years old;
- 50% of the sum insured for players of 33 years old;
- 40% of the sum insured for players over 33 years old.

It is understood that the total and permanent loss of the specific ability to play as “Goalkeeper”, is considered total permanent loss of the ability to perform sport at professional level.

3. It is agreed that, in the event that the Insured has requested the indemnification of the sum insured for specific total permanent disability due to accident, covered by the terms of the contract, he will have to produce, together with the necessary medical documentation, a certificate of revocation of membership due to unsuitability, pursuant to the internal provisions of the relevant Federations.

With regard to the insured Persons older than 28 years of age, is established that, in case of revocation / loss / cancellation of license to play and / or unsuitability to play, the Company will compensate the direct and exclusive permanent total disability, only when the permanent disability is ascertained being of a grade higher than 20% (twenty percent) of the total, calculated on the basis of the attached scale of partial indemnification.

Art. 36 Premature cancellation - Withdrawal from the contract.

It is understood that if the Company has liquidated the entire sum insured under the terms of the policy for permanent disablement due to total inability to carry on the professional sporting activity, the contract will cease to have any further effect whatsoever in respect of the footballer in whose favour liquidation has been carried out.

In other cases the Company may withdraw from the contract only at its natural expiry date.

SUPPLEMENTARY INSURANCE FOR P.T.D. FROM ILLNESS

Art. 37 Cover limits

The insurance is extended to Permanent Disablement resulting from an illness arising after the date the contract was taken out which entails permanent and irremediable loss of the ability to carry on the professional sporting activity provided that this permanent disablement occurs within two years from when the policy terminates.

This warranty may not combine with the warranties of the above articles 13 - “Permanent Disablement” and 15 - “Total Permanent Disablement”.

This Insurance is extended to permanent disability leading to, as a result of sickness arising after the expiry the contract, the definitive and irremediable disability to carry out the professional sporting activity, provided that such permanent disability occurs within 12 months from the expiry the contract. The above is valid, provided that the Insured is in possession of the "Certificate of suitability to the professional sporting activity", issued in accordance with law. It is agreed that, in the event that the Insured has requested the indemnification of the full sum insured for permanent total disability due to sickness, covered by the contract, he will have to produce, together with the relevant medical documentation, the certificate of revocation of membership due to unsuitability, pursuant to the internal provisions of the relevant Federations.

Art. 38 Non-insurable Persons – Exclusions

Are considered not-insurable those Persons who are addicted to drugs or alcohol, and who are affected by mental infirmity; the Insurance immediately ceases with their manifestation. Are anyway excluded from the Insurance those diseases arising directly or indirectly from:

- Abuse of alcohol and use, without pharmaceutical purpose, of psychopharmacological drugs, psychotropic drugs and hallucinogenic substances;

- Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or connected diseases (syndromes connected to AIDS);
- Transmutation of the nucleus of the atom and radiations caused by the artificial acceleration of atomic particles;
- Wars and/ or insurrections

Furthermore, are excluded from the warranty the consequences of an injury, intended as an event due to an accidental, violent and external cause.

Art. 39 Notification of sickness, and obligations

In case of sickness, the Insured shall give immediate notice to the Broker named in the policy when, according to a Doctor's opinion, there is reason to believe that this sickness, for its characteristics and presumable consequences, could affect the warranty provided hereby. The notification shall be give within 30 days from the date of loss, with the following documentation:

- Medical certificates with detailed information regarding the nature of the sickness, the moment it first arose, its natural course, its possible consequences and all the consequences that might have already appeared;
- Beside the aforementioned documentation, the Insured shall send the Company –together with the documentation, or subsequently, but within 1 year from the date of loss- a medical certificate, proving the full recovery from the sickness.

The Insured shall undergo the medical examinations arranged by the Company, provide any information and copy of the full medical files or other medical documentation, therefore releasing any Doctor from his professional secret.

Within one year from the certificate of recovery has been issued, the Insured shall provide medical documentation showing the residual percentage of Permanent Disability understood as a direct and exclusive consequence of this sickness.

Art. 40 Evaluation criteria

Keeping the conditions at Art.11 of the General Conditions of personal accident Insurance unchanged, which are also valid for Permanent Disability due to sickness, the eventual Permanent Disability due to sickness will be granted, pursuant to Art. 39, in case of total and irreparable loss of capability to perform the sporting activity to a professional level, according to Sport Centre of Medicine and Surgery, Via all'Ospedale 1, 6600 Locarno, Switzerland, leading to the withdrawal of the certificate of agonistic sports activity, based on the following Table of compensation:

- ❑ 100% of the Sum Insured, for Players up to 28 years of age;
- ❑ 90% of the Sum Insured, for 29 years old Players
- ❑ 80% of the Sum Insured, for 30 years old Players
- ❑ 70% of the Sum Insured, for 31 years old Players
- ❑ 60% of the Sum Insured, for 32 years old Players
- ❑ 50% of the Sum Insured, for 33 years old Players
- ❑ 40% of the Sum Insured, for Players older than 33 years of age.

The percentage of Disability shall not be ascertained before 1 year from the date the sickness has been notified. The Company will indemnify the direct and exclusive consequences of the Permanent Disability due to the notified sickness, beside those further damages due to pathological conditions, physical impairments or infirmities existing prior to the inception of this Contract.

Art. 41 Procedures of indemnification

After receiving the required documentation, and after carrying out the relevant verifications, the Company will calculate the due amount, inform the beneficiaries and, should they accept the offer, pay. The payment will be issued in Italy, in EURO currency. The Insured Person shall undergo medical treatments, should they lead to a functional improvement of the injured body part, according

to his and/or the Company's Practitioner; it's understood that the percentage of disability will be established only when it won't be possible to achieve any improvement from the medical treatment. Should the Insured Person refuse to undergo medical treatments, the ascertained disability will be reduced of the presumed functional rehabilitation not achieved due to the aforementioned refusal.

Art. 42 Right of indemnification

The right of indemnification is personal and therefore not transferable. Anyway, should the Insured pass away after the indemnification has already been calculated or offered, the Company will compensate the Insured's heirs, according to the inheritance legal dispositions, with the amount calculated or offered.

Art. 43 Litigations

In case of disagreement on the insurable persons, on the nature and consequences of the sickness, Art. 26 of the General Conditions of Insurance will apply, pursuant to Art. 5 of the General Conditions and Art. 38 of the conditions hereby in respect of Disability due to sickness.

TEMPORARY TOTAL DISABLEMENT (Valid only if called in the form)

Art. 44 Temporary Total Disablement

In the event that the **Insured**:

1. a) sustains **Total Disablement** due to an injury, included muscular strain injuries, traumatic hernias and subcutaneous ruptures to tendons and muscles, traumatic detachments of the retina and traumatic hernias of the vertebral disk, and/or sickness, which begins during the Policy period and continues without interruption for the **Excess Period**;
- b) has satisfied the **Excess Period**;
- c) is under the regular care of a **Health Care Practitioner** throughout the duration of the **Total Disablement**;
- d) has a **Total Disablement** which is determined by a **Health Care Practitioner** to be of continuous duration and prevents the **Insured** from participating in the **Occupation** as stated in the **Schedule**, subject to the terms, conditions and provisions of this Policy,

the **Insurer** agrees to pay the amount stated in the **Schedule**.

Payment of the **Temporary Total Disablement** benefit will cease when:

- i) the **Insured** no longer has a **Total Disablement**; or
- ii) the Total Maximum Benefit Period is exhausted, or the Aggregate Maximum Limit of Insurance is exhausted; or
- iii) the **Insured** dies, or is deemed to be permanently totally disabled whichever first occurs.

Art. 45 Recurrent Disablement

If, after a period of **Total Disablement** for which benefits have been paid, the **Insured** returns to the stated **Occupation** for less than 15 consecutive days, any subsequent **Total Disablement**, which is medically determined by a **Health Care Practitioner** to be the same as the prior **Loss**, will be deemed to be part of the prior **Total Disablement**, and no new **Excess Period** will apply.

If, after a period of **Total Disablement** for which benefits have been paid, the **Insured** returns to the stated **Occupation** for less than 15 consecutive days and the subsequent **Total Disablement** is medically determined by a **Health Care Practitioner** to be different to the prior **Loss**, a new **Elimination Period** will apply.

If, after a period of **Total Disablement** for which benefits have been paid, the **Insured** returns to the stated **Occupation** for a period of 15 consecutive days or more, any **Total Disablement** which begins thereafter will be considered a new **Total Disablement**, and a new **Excess Period** will apply.

In no event will any day missed, as a result of a new **Total Disablement**, be deemed part of those days intended for the prior **Loss**.

Art. 46 TTD Premium Rates

Age	Premium rates – deductible 30 days	Premium rates – deductible 60 days	Premium rates – deductible 90 days
Up to 25	3,50%	3,00%	2,50%
26 – 28	3,70%	3,20%	2,70%
29 – 30	4,00%	3,50%	3,00%
31 – 32	4,50%	4,00%	3,50%
33	5,00%	4,50%	4,00%
Over 33	TBA	TBA	TBA

SCALE OF PARTIAL INDEMNIFICATION

Notwithstanding from what provided by Article 6 of the General Conditions Form K (Switzerland), in the case of IP from injury will be referred to the following rates.

LESION	BENEFIT	
	right side	left side
Complete deafness of one ear		15%
Complete bilateral deafness		60%
Total loss of sight of one eye		35%
Anatomical loss or atrophy of the eyeball without possible prostheses		40%
Other impairments of sight (see the schedule on the back)	
Total unilateral nasal stenosis		8%
Total bilateral nasal stenosis		18%
Loss of many teeth in a way that is grossly impaired masticatory function:		
a) with the possible application of effective prostheses		11%
b) without the possible application of effective prostheses		30%
Loss of a kidney with integrity of the remaining one		25%
Loss of the spleen without altering blood counts		15%
The loss of a testicle does not match any indemnity	
Fracture of the collarbone well-established without restriction of the movement of the arm		5%
Complete ankylosis of the scapulo-humeral articulation in a favorable position when coexist scapula's immobility	50%	40%
Complete ankylosis of the scapulo-humeral articulation in a favorable position with normal mobility of the scapula	40%	30%
Loss of arm:		
a) for scapulo-humeral dislocation	85%	75%
b) for amputaiotn in the upper third	80%	70%
Loss of the arm at the middle third or total of the forearm	75%	65%
Loss of the forearm at the middle third or loss of hand	70%	60%
Loss of all fingers of the hand	65%	55%
Loss of the thumb and of the first metacarpal	35%	30%
Total Loss of the thumb	28%	23%
Total Loss of the forefinger	15%	13%
Total Loss of the median		12%
Total Loss of the annular		8%
Total Loss of the unguual phalanx of thumb	15%	12%
Loss of the unguual phalanx of forefinger	7%	6%
Loss of the unguual phalanx of median		5%
Loss of the unguual phalanx of annular		3%
Loss of the unguual phalanx of little finger		5%
Loss of the last two phalanges of forefinger	11%	9%
Loss of the last two phalanges of median		8%
Loss of the last two phalanges of annular		6%
Loss of the last two phalanges of little finger		8%
Total ankylosis of the articulation of the elbow with an angle between 110° - 75°:		
a) in semiprone position	30%	25%
b) in prone position	35%	30%
c) in supine position	45%	40%
d) when the ankylosis is such as to allow the movement of pronosupination	25%	20%
Total ankylosis of the articulation of the elbow in maximum flexion or nearly	55%	50%
Total ankylosis of the articulation of the elbow in maximum extension or nearly:		
a) in semiprone position	40%	35%
b) in prone position	45%	40%
c) in n supine position	55%	50%
d) when the ankylosis is such as to allow the movement of pronosupination	35%	30%
Complete ankylosis of the radiocarpal articulation in a straight line extension	18%	15%
If there is simultaneously suppression of pronosupination movements :		
a) in semiprone position	22%	18%
b) in prone position	25%	22%
c) in supine position	35%	30%
Complete coxo-femoral ankylosis with limb in extension and in favourable position		45%
Total loss of one thigh for coxo-femoral disarticulation or high amputation that not allows the application of a prostheses		80%
Loss of one thigh in every other position		70%
Total loss of one leg or amputation of it at the upper third, when is not possible the application of an articulate unit		65%
Loss of one leg at the upper third, when is possible the application of an articulate unit		55%
Loss of a leg at the lower third or loss of a foot		50%
Partial loss of foot at the the tarsal-metatarsal line		30%
Loss of one thumb and of related metatarsus		16%
Total loss of the only thumb		7%
For the loss of any other finger of the foot no indemnity are provided but in case of loss of more fingers every single finger loss is evaluate in		3%
Complete rectilinear ankylosis of the knee		35%
Tibio – tarsal ankylosis at right angle		20%
Shortening of the lower limb from 3 to 5 cm.		11%

N.B. If the Insured Person is left – handed the percentages set out above for the various disabilities of the right upper limb means applied to the left limb and those of the left to the right.

TABLE OF EVALUATION OF IMPAIRMENT TO VISUAL ACUITY

Loss sight	Residual sight	Compensation for eye with reduced visual acuity (worse eye) %	Compensation for eye with reduced visual acuity (better eye) %
1/10	9/10	1	2
2/10	8/10	3	6
3/10	7/10	6	12
4/10	6/10	10	19
5/10	5/10	14	26
6/10	4/10	18	34
7/10	3/10	23	42
8/10	2/10	27	50
9/10	1/10	31	58
10/10	0	35	65

N.B.:

1. In cases of binocular impairment, we proceed to aggregating the assessments carried out in each eye.
2. Evaluation shall apply to visual acuity after optical correction, provided that such correction is tolerated; if not, evaluation shall apply to natural sight.
3. In cases where evaluation applies to visual acuity after correction, the degree of permanent disability calculated, on the basis of the above rules, shall be increased on a sliding scale from 2 to 10 in accordance with the degree of refraction defect.
4. The loss of 5/10 sight in one eye where the other eye is normal shall be evaluated at 16%
5. In cases of aphakia in one eye:

with corrected sight of 10/10, 9/10, 8/10	15%
with corrected sight of 7/10	18%
with corrected sight of 6/10	21%
with corrected sight of 5/10	24%
with corrected sight of 4/10	28%
with corrected sight of 3/10	32%
with corrected sight less than 3/10	35%

6. In cases of bilateral aphakia, assuming that visual correction is almost equal and therefore tolerated, the table of evaluation of impairment of the visual acuity shall be used, adding 15% for optical correction and for lack of reparability.

INSURANCE AGREEMENT SAFP/TORUS ACCIDENT POLICY FOR PROFESSIONAL FOOTBALL PLAYERS

INSURANCE PROPOSAL FORM

IMPORTANT ADVICE TO ALL THE PROPOSERS

All the sections of this form must be completely filled-out, also in case of renewal or for an additional sum of an insurance already existing. All the details of your clinical history must be highlighted and not omitted just because you have been declared in good health, or because your medical checks are positive, or because you thought, or someone told you, that this details are irrelevant. The missed communication of informations could make invalid the policy.

ALL THE QUESTIONS MUST BE ANSWERED

SECTION 1: Person to be insured

Surname:		Name:	
ADDRESS:			
Date of birth:		Place of birth:	
Nationality:		Fiscal Code:	
Team:		League:	Position:
Annual Salary:		Height:	Weight:
PERIOD OF COVERAGE		From:	To:
Requested Sum Insured:			

SECTION 2: Personal medical details

1. Are you currently free of injury/illness and regularly playing for your team? <i>If "NO" please give details</i>		YES / NO
2. During the last 36 months, have you missed more than 4 consecutive matches due to injury/illness? <i>If "YES" please insert dates, reasons and total number of matches missed)</i>		YES / NO

<p>3. Are you currently healthy and have you been in sound health for a year before filling in this proposal form? <i>If "NO" please give details</i></p>	<p>YES / NO</p>
<p>4. Have you any physical defect or infirmity? <i>If "YES" please give details</i></p>	<p>YES / NO</p>
<p>5. Have you been advised or do you have any reason to believe that you may need medical treatment or undergo surgery in the future? <i>If "YES" please give details</i></p>	<p>YES / NO</p>
<p>6. Have you consulted a doctor in the last 2 years for any recurrent physical problem Are you taking a course of specific medical care or treatment (i.e. anti-inflammatory or pain reducing)? <i>If "YES" please give details</i></p>	<p>YES / NO</p>
<p>7. Have you ever suffered from appendicitis, asthma, blood pressure, blood-spitting, diabetes, dyspepsia, epilepsy, gout, hernia, paralysis, piles, rheumatism, any skin infection, varicose veins, any disease or disorder of the chest or respiratory system, heart, stomach or nervous system? Do you suffer from defective vision? Do you suffer from defective hearing? <i>If "YES" please give details</i></p>	<p>YES / NO</p>
<p>8. Have you ever had any operation or suffered from any other serious injury or illness?) <i>If "YES" please give detail</i></p>	<p>YES / NO</p>

SECTION 3: Other insurance

9. Are you currently insured against accident or illness? <i>If "YES" please say with whom and for what sum insured</i>	YES / NO
10. Have you ever been declined or accepted on special terms, for accident or illness insurance? Has any insurer ever cancelled or declined to renew your policy? <i>If "YES" please give details</i>	YES / NO
11. Have you ever suffered an accident which has resulted in a claim paid by any insurance policy for accident or illness? <i>If "YES", please provide full information detailing the level to the amount of the claim paid</i>	YES / NO

To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Company to void the insurance. I understand that Company will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete or Company to accept this Insurance.

Data Protection

The insurance company is authorized to acquire and process the data necessary to handle the claim and the performance of the contract.

Furthermore it is also entitled to take the relevant information from third parties and also to examine the official documents.

The insurance company undertakes to treat, as confidential, the information received.

If required, the data can be transmitted to third parties involved, in particular to co-insurers, re-insurers and other insurers involved.

Moreover, in accordance to the right compensation, the information can be transmitted to their third part responsible.

The insurance company is authorized to communicate to third parties (for example to the competent authorities) to whom the insurance coverage had been previously confirmed the insurance coverage, the suspension, the modification or the cancellation of the policy.

Proposer's signature _____

Date _____

Police Accidents SAFP
(français)

DÉFINITIONS

Assuré	Footballeur professionnel membre d'une société de football de Super League ou de Challenge League.
Assurance	Contrat d'assurance, c'est-à-dire la garantie et la couverture d'assurance prêtée avec celui-ci.
Bénéficiaire	Assuré. En cas de décès et à défaut de désignation, les bénéficiaires seront les héritiers légitimes et/ou testamentaires de l'assuré.
Certificat d'assurance	Police stipulée, émise en application de la police de convention.
Contractant	Footballeurs professionnels de Super League et Challenge League.
Indemnisation	Somme due par la compagnie en cas de sinistre.
Accident	Tout événement dû à une cause fortuite, violente et extérieure produisant des lésions corporelles objectivement constatables, lesquelles aboutissent à la mort ou à une invalidité permanente.
Invalidité permanente	Perte permanente, définitive et irrémédiable, de façon partielle ou totale, de la capacité générique de l'assuré de fournir tout travail profitable quel qu'il soit, indépendamment de sa profession.
Invalidité permanente spécifique	Lésions entraînant des séquelles permanentes, avec des conséquences directes sur l'activité sportive pratiquée par l'assuré ; le contrôle doit être effectué par un médecin agréé.
Invalidité permanente due à une maladie	Perte – à la suite d'une maladie – définitive et irrémédiable ou réduction permanente de la capacité générique de l'assuré d'accomplir tout travail quel qu'il soit, indépendamment de sa profession.
Maladie	Altération de l'état de santé ne dépendant pas d'un accident.
Prime	Montant dû par l'assuré à la compagnie pour le certificat d'assurance
Police convention	Contrat stipulé entre le contractant et la compagnie
Risque	Probabilité qu'un sinistre ait lieu.
Sinistre	Événement nuisible pour lequel l'assurance est prêtée.
Compagnie et/ou assureur	Compagnie d'assurance
Montant assuré	Montant maximal de la prestation de la compagnie.

CONDITIONS SPÉCIALES DE PRISE DU RISQUE

Le présent document représente les conditions générales d'assurance négociées entre les assureurs et la SAFP. En application du présent accord, des polices/certificats d'assurance seront émis au cas par cas, stipulés sur la base des adhésions individuelles facultatives des footballeurs. Ces certificats d'assurance, seulement et uniquement, représenteront la couverture d'assurance effective prêtée par les assureurs.

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE

Art. 1 Objet de l'assurance

L'assurance est prêtée pour les accidents découlant de l'activité professionnelle déclarée dans le questionnaire, pour les accidents extra-professionnels et pour ceux qui découlent de toute autre activité professionnelle ou entrepreneuriale ayant ou n'ayant pas un caractère professionnel. La couverture est prêtée exclusivement pour ceux qui exercent au niveau professionnel l'activité de footballeur, à l'exclusion de tout autre sportif professionnel.

Art. 2 Risques compris dans l'assurance

Sont compris dans la garantie :

1. Les accidents découlant de la conduite et de l'utilisation de véhicules automobiles, de motocyclettes en général et de bateaux de plaisance, à condition que l'assuré, s'il est au volant au moment du sinistre, soit autorisé à le faire en fonction des dispositions législatives en vigueur ;
2. Les accidents subis à la suite d'agressions pour des motifs sportifs ;
3. Les accidents subis pour légitime défense, pour devoir de solidarité humaine et à l'occasion d'agressions et d'actes violents subis, même s'ils sont dus à des mouvements politiques; sociaux, syndicaux, ainsi que ceux susceptibles d'être subis à l'occasion de révoltes populaires auxquelles l'assuré n'aura pas pris activement part ;
4. La conséquence des coups de soleil, de chaleur, de froid, des fulgurations, ainsi que les effets d'une longue exposition à la chaleur ou au froid, à laquelle l'assuré n'aura pas pu se soustraire à cause de l'accident indemnisable en vertu de la police ;
5. Les accidents subis à cause d'imprudences et de négligences graves,

ainsi qu'en cas de malaise et d'inconscience ;

6. Les infections (malaria et maladies tropicales exclues) dépendant d'un accident indemnisable, ainsi que les empoisonnements dus à des morsures d'animaux, à des piqûres d'insectes et à la consommation de champignons, la noyade, l'asphyxie et les empoisonnements dus à des effusions de gaz et de vapeurs ;
7. Les conséquences de l'absorption et de l'ingestion de substances, dues à des causes fortuites et violentes, à l'exception des conséquences d'intoxications dus à l'abus d'alcool, de médicaments psychotropes et d'hallucinogènes ;
8. Les conséquences de tremblements de terre, d'inondations et d'éruptions volcaniques.
La somme des garanties visées à la présente police et d'éventuelles autres assurances stipulées par qui que ce soit en faveur des assurés pour les conséquences de tremblements de terre, d'inondations et d'éruptions volcaniques.
9. Les accidents subis pendant le service militaire, de quelque manière qu'il soit effectué, à condition qu'il se déroule en temps de paix.

Art. 3 Risques exclus de l'assurance

Sont exclus de la garantie les accidents dus:

1. Au pilotage ou à l'utilisation d'aéronefs de tous genres (sans préjudice de ce qui est mentionné dans l'Art. 17 ci-après), au pilotage ou à l'utilisation de moyens de locomotion sous-marins ;
2. De la pratique, même au niveau non professionnel, des sports suivants : saut à ski sur tremplin, bob, bobsleigh, excursions aériennes, vol à moteur et à voile, parachutisme, parapente, sports

aériens en général, boxe, lutte sous ses différentes formes, escalade sur roches et glaciers, spéléologie, rugby, football américain ;

3. De la participation à des courses ou compétitions d'engins à moteur et à leurs essais et entraînements, à moins qu'il ne s'agisse de courses automobiles purement régulières organisées par l'ACS ;
4. De guerres (sans préjudice de ce qui est prévu par l'Art. 16), insurrections, actes violents ou agressions ayant un mobile politique ou social, auxquelles l'assuré aura pris activement part ;
5. De transformations ou de régularisations énergétiques de l'atome, naturelles ou provoquées par l'accélération de particules atomiques (fission et fusion nucléaire, isotopes radioactifs, machines accélératrices, rayons X, etc.) ;
6. Si l'assuré est sous l'emprise des effets de l'alcool, selon ce que prévoient les lois de l'État réglementant la circulation routière, ou sous l'influence de drogues ou d'hallucinogènes, ainsi que les conséquences de ses propres actions délictueuses, de la participation à des entreprises téméraires, à l'exception des actes accomplis par l'assuré par devoir de solidarité humaine ou pour légitime défense ;
7. Du pilotage de véhicules ou de bateaux, si l'assuré n'y est pas autorisé en vertu des dispositions en vigueur ;
8. Des conséquences d'interventions chirurgicales et de soins médicaux non rendus nécessaires à la suite d'accidents, les infarctus et tous les types de hernies.

Art. 4 Exclusion du terrorisme

Par dérogation à ce qui serait éventuellement et contrairement prévu dans le contrat d'assurance ou dans tout appendice de celui-ci, il est convenu que sera exclu de la présente assurance tout dommage, coût ou frais de toutes natures dû directement ou indirectement ou découlant ou lié à un acte terroriste

quelconque en lien avec lequel, et indépendamment de toutes les autres causes ou événements, quelle que soit leur succession temporelle, vis-à-vis du dommage, aurait lieu :

- a) le dégagement ou la menace de dégagement de germes, maladies ou autres agents de contamination chimique ou biologique, ou bien
- b) l'utilisation ou la menace d'utiliser un quelconque dispositif nucléaire ou une substance radioactive.

Aux fins du présent appendice, par acte terroriste, on entend un acte comportant, sans s'y limiter, le recours à la force ou à la violence et/ou la menace de cette utilisation, de la part de n'importe quelle personne ou groupe de personnes agissant seul ou agissant de connivence avec n'importe quelle organisation ou gouvernement, et commis à des fins politiques, religieuses, idéologiques ou similaires, y compris l'intention de faire pression sur un gouvernement et/ou de terroriser le public ou une partie quelconque de celui-ci. Le présent appendice exclut tout autre dommage, coût ou frais de toutes natures dû directement ou indirectement ou découlant ou en lien avec les éventuelles interventions entreprises pour contrôler, prévenir, supprimer les actes terroristes du type mentionné ci-dessus ou qui pourraient être liés de quelque façon que ce soit à ces interventions.

Au cas où la compagnie affirmerait que, en vertu du présent appendice, une perte, un dommage, un coût ou un frais n'est pas indemnisable dans les termes de la présente assurance, la charge de démontrer le contraire reviendra à l'assuré. Au cas où une partie quelle qu'elle soit de la présente clause serait jugée non valable ou inapplicable, le reste sera pleinement valable et applicable.

Art. 5 Personnes non assurables

Ne peuvent être assurées les personnes frappées d'apoplexie, de paralysie, d'infirmité mentale, d'alcoolisme, de toxicomanie ainsi que d'autres infirmités graves et permanentes, et l'assurance cessera d'être dès qu'elles se manifesteront. Ne peuvent pas non plus être assurées les personnes diabétiques soignées par insuline et épileptiques, à l'exception des personnes détenant un Certificat d'Aptitude Sportive émis en bonne et due forme (sont de toute manière exclus les accidents dépendant de l'apparition de la maladie). Les personnes affectées de défauts physiques ou de mutilations importantes ne peuvent être assurées qu'avec un accord spécial.

Art. 6 Limites territoriales

L'assurance est valable pour le monde entier.

Art. 7 Entrée en vigueur de la convention, des différents certificats et paiement de la prime

La présente police entre en vigueur le à définir 01/07/2016 à 24 h 00.

Les différents certificats d'assurance sont valables à partir du jour indiqué dans la police à minuit, si la prime ou le versement de celle-ci a été effectué ; autrement, ils sont valables à compter du jour du paiement à 24 h 00.

Si le contractant ne paie pas les primes ou les versements de prime successifs, l'assurance est suspendue à partir de 24 h 00 du 15^{ème} jour qui suivra la date d'échéance et elle sera de nouveau en vigueur à compter du jour du paiement, à 24 heures, sous réserve du paiement des versements ultérieurs.

Art. 8 Déclarations relatives aux circonstances du risque

Les déclarations inexactes ou les réticences du contractant et de l'assuré quant aux circonstances qui influencent l'évaluation du

risque, peuvent comporter la perte totale ou partielle du droit à l'indemnité, ainsi que l'annulation de l'assurance elle-même. Au moment de l'entrée sous couverture, l'assuré doit nécessairement et préalablement remplir personnellement et signer le « Questionnaire proposé pour l'assurance accidents des footballeurs professionnels », qui sera joint à la police et formera partie intégrante du contrat.

Art. 9 Signalement d'autres assurances

L'assuré doit communiquer par écrit à la compagnie l'existence et la stipulation d'autres assurances couvrant le même risque. Si l'assuré omet frauduleusement de donner cette communication, la compagnie n'est pas tenue de verser l'indemnité. En cas de sinistre, l'assuré doit communiquer à la compagnie quelles sont les autres assurances existantes et indiquer à chaque assureur le nom des autres.

Art. 10 Preuve du contrat et validité des variations

La présente police et ses annexes, signées par la compagnie par le biais des personnes autorisées et par l'assuré, sont les seuls documents qui fournissent la preuve des conditions réglant les relations entre les parties. Toute modification du contrat n'est valable que si elle est présente sur une annexe signée par les parties.

Art. 11 Variations des fonctions de l'assuré

Au cas où auraient lieu des variations de risque au cours du contrat, à cause de changement d'activités professionnelles principales et/ou secondaires déclarées ou des conditions dans lesquelles ces activités sont exercées, ou des variations en ce qui concerne les relations contractuelles entre l'assuré et le contractant, l'assuré doit le

communiquer par écrit à la compagnie. Si la variation implique une aggravation du risque, au point que la compagnie n'aurait pas souscrit l'assurance, elle aura le droit de résilier l'assurance avec effet immédiat. Si la variation implique une aggravation comportant une prime plus élevée, la compagnie peut demander que soient modifiées les conditions en cours. Si, en revanche, la variation implique une diminution du risque, la compagnie réduit en conséquence la prime à compter de l'échéance annuelle suivante, en communiquant à l'assuré les conditions d'assurance et la mesure de la nouvelle prime réduite. Au cas où, au cours de la période de validité de l'assurance, l'assuré cesserait d'être footballeur professionnel comme il est mentionné dans les définitions, mais qu'il continuerait ses activités de footballeur dans des sociétés de football non professionnelles, la compagnie, en absence de sinistres ou de circonstances déclarées, considérera que la couverture est interrompue et elle restituera la prime dont l'assuré ne bénéficiera pas.

Art. 12 Critères d'indemnisation

Il est précisé et convenu que, à compter de la date d'entrée en vigueur de chaque certificat d'assurance, toute demande de dédommagement découlant d'un accident ou d'une maladie ou d'une affection de n'importe quelle partie du corps, au cas où cet accident ou maladie ou affection serait entièrement ou partiellement, directement ou indirectement, dû, favorisé ou aggravé par des altérations, des défauts physiques, des processus de dégénérescence ou des infirmités existant déjà avant la date d'entrée en vigueur proposée, sera considérée comme étant exclue de la couverture. La compagnie sera tenue d'indemniser seulement les conséquences directes et exclusives de l'accident, indépendamment des conditions physiques ou pathologiques préexistantes ou survenues par la suite ; aussi, l'influence que l'accident peut avoir exercé sur ces

conditions et, de la même manière, le préjudice que ces dernières peuvent avoir sur l'issue de l'accident sont des conséquences indirectes et, en tant que telles, ne sont pas indemnisables. De la même manière, en cas d'altérations ou de défauts physiques préexistants, l'indemnité pour invalidité permanente sera liquidée uniquement pour les conséquences directes dues à l'accident, comme si celui-ci avait frappé une personne physiquement intègre et saine, sans considérer le préjudice supplémentaire découlant des conditions préexistantes, sans préjudice de ce qui est établi par l'Art. 13 ci-après.

Art. 13 Décès

L'indemnisation pour le cas de décès est due si la mort elle-même a lieu, même après la date d'échéance du contrat, dans les deux ans qui suivent le jour de l'accident. Cette indemnité est liquidée aux bénéficiaires ou, à défaut de désignation de ces derniers, en parts égales aux héritiers de l'assuré. L'indemnité pour cas de décès ne peut pas être cumulée avec celle de l'invalidité permanente. Cependant, si après le paiement d'une indemnité pour invalidité permanente, mais dans les deux ans qui suivront le jour de l'accident et, en conséquence de celui-ci, l'assuré meurt, les bénéficiaires, qui ne sont tenus à aucun remboursement, ont le droit de demander la différence entre l'indemnité pour décès, si elle est supérieure, à celle qui a déjà été payée pour l'invalidité permanente.

Au cas où, à la suite d'un accident indemnisable aux termes de la police, le corps de l'assuré disparaîtrait ou ne serait pas retrouvé et que l'on présume que le décès a eu lieu, la compagnie versera aux bénéficiaires le capital prévu pour le cas de mort. La liquidation, à condition que ne soit apparu, sur ces entrefaites, aucun élément susceptible de rendre le dommage non indemnisable, n'aura pas lieu avant que ne soient passés six mois à compter de la présentation de la demande pour la déclaration de mort présumée, avec une période minimale de deux ans à

compter de la disparition. Si, après le paiement, il s'avérerait que la mort n'a pas eu lieu ou que, pour le moins, elle ne dépend pas d'un accident indemnisable, la compagnie aura droit au remboursement de toute la somme liquidée.

Art. 14 Invalidité permanente due à un accident

L'indemnisation pour le cas d'invalidité permanente est due si l'invalidité en question a lieu dans les deux ans qui suivent le jour de l'accident. L'indemnité pour invalidité permanente partielle est calculée sur la base de l'échelle des indemnisations partielles jointe à cet effet et du taux en résultant, appliqué au montant assuré pour invalidité permanente totale, proportionnellement au degré d'invalidité attesté selon les critères et les taux indiqués sur la table présentée page 12. En cas de sinistralité, les taux d'invalidité prévus pour le membre supérieur droit et la main droite seront valables pour le membre supérieur gauche et la main gauche, et vice versa. Si la lésion comporte une réduction, au lieu de la perte totale, les taux mentionnés ci-dessus seront réduits proportionnellement à la fonctionnalité perdue. Dans les cas d'invalidité permanente non précisés dans la table visée ci-dessus, l'indemnité est établie en référence aux taux des cas indiqués, en tenant compte de la réduction de la capacité de travail générale, quelle que soit la profession de l'assuré. La perte totale, anatomique ou fonctionnelle de plusieurs organes ou membres au cours d'un même accident comporte l'application d'un taux d'invalidité permanente égal à la somme des différents taux dus pour chaque lésion, avec le plafond de cent pour cent.

Art. 15 Franchise pour invalidité permanente due à un accident

En cas d'accident indemnisable aux termes de la police, qui déterminerait une invalidité permanente, la liquidation de

l'indemnité sera effectuée de la manière suivante :

- Sur la partie de somme jusqu'à 600 000,00 euros de montant assuré, il n'y aura pas d'indemnisation pour invalidité permanente quand elle est d'un degré non supérieur à 5 % (cinq pour cent) de l'indemnité totale ; si, en revanche, elle est supérieure à 5 % (cinq pour cent) de l'indemnité totale, elle ne sera versée que pour la partie excédante ;
- Sur la partie excédant les 600 000, 00 euros et jusqu'à 1 000 000,00 euros de montant assuré, il n'y aura pas d'indemnisation pour invalidité permanente quand elle est d'un degré non supérieur à 7 % (sept pour cent) de l'indemnité totale ; si, en revanche, elle est supérieure à 7 % (sept pour cent) de l'indemnité totale, elle ne sera versée que pour la partie excédante ;
- Sur la partie excédant 1 000 000, 00 euros et jusqu'à 5 000 000,00 euros de montant assuré, il n'y aura pas d'indemnisation pour invalidité permanente quand elle est d'un degré non supérieur à 10 % (dix pour cent) de l'indemnité totale ; si, en revanche, elle est supérieure à 10 % (dix pour cent) de l'indemnité totale, elle ne sera versée que pour la partie excédante.

Art. 16 État de guerre

Les accidents découlant d'un état de guerre sont exclus. Toutefois, l'assurance est valable pour les accidents découlant d'un état de guerre (déclarée ou non) ou d'une insurrection populaire pendant une période maximale de 14 jours à compter du début des hostilités ou de l'insurrection, si et dans la mesure où l'assuré est surpris par les événements mentionnés ci-dessus alors qu'il se trouve hors du territoire de la République Italienne, de la Cité du Vatican et de la République de Saint-Marin. La

présente extension n'est pas valable en cas d'accidents aéronautiques et pour les individus qui sont sous les drapeaux.

Art. 17 Risque de vol

L'assurance comprend les accidents que l'assuré pourrait subir pendant les voyages aériens effectués en qualité de passager d'avions ou d'hélicoptères gérés par des compagnies aériennes régulières, ainsi que par des autorités civiles et militaires à l'occasion de trafic civil, d'entreprises et de particuliers s'adonnant à des activités touristiques et de transfert et par des sociétés de transport aérien, exclusivement pendant le transport public de passagers, et elle est prêtée pour les sommes correspondant aux montants assurés avec la présente police et pour les risques prévus par cette dernière. Restent dans tous les cas exclus les vols effectués sur des avions et des hélicoptères gérés par des aéroclubs.

Art. 18 Bricolage

L'assurance est valable pour les accidents découlant d'activités inhérentes aux petits travaux manuels – bricolage – effectués en utilisant des outils domestiques, même s'ils sont actionnés par des moteurs et accomplis dans un but non lucratif ou commercial.

Art. 19 Conversion du taux - surévaluation

1) Au cas où l'accident se référerait aux membres inférieurs, le taux d'invalidité permanente attesté, s'il est supérieur à 5 % et selon ce que prévoit l'Art. 14 des Conditions Générales, sera majoré de :

- 50 % pour l'athlète jusqu'à l'âge de 28 ans ;
- 25% pour l'athlète après l'âge de 28 ans ;

2) Pour les « GARDIENS DE BUT », le taux de surévaluation visé au par. 1) est étendu à tout le corps.

3) Il demeure entendu que, pour déterminer la mesure de l'invalidité permanente de laquelle sera déduite la franchise, il sera fait référence au taux d'invalidité permanente reconnu à l'assuré et majoré selon les critères visés au par. 1) ci-dessus.

Art. 20 Obligation de se soigner

L'assuré accidenté est obligé de se soumettre aux soins si ces derniers peuvent lui permettre de recouvrer la fonctionnalité de la partie blessée, sans préjudice du fait que l'évaluation du degré d'invalidité ne sera exprimée que lorsque la thérapie ne pourra donner aucune amélioration. Au cas où l'assuré refuserait de se soumettre à ces soins, l'invalidité reconnue sera réduite de la récupération fonctionnelle non obtenue en raison du refus.

Art. 21 Âge de l'assuré

Pour déterminer l'âge de l'assuré, il sera fait référence à l'âge de son dernier anniversaire, à condition que celui-ci ne soit pas passé depuis plus de six mois ; dans ce dernier cas, il sera fait référence à l'anniversaire suivant.

Art. 22 Signalement de l'accident et obligations relatives

En cas de sinistre, l'assuré doit le signaler par écrit à Private Broking Srl – Via Vincenzo Monti 11 – 20123 Milano - via télécopie +39 02 36758814 ou via courriel marco.lestuzzi@privatebroking.it dans les 30 jours qui suivront la date où l'accident a eu lieu. Le signalement doit contenir l'indication du lieu, jour, heure et cause de l'événement et il devra être accompagné d'un certificat médical. L'assuré ou, en cas

de décès, les bénéficiaires doivent permettre à la compagnie d'effectuer les enquêtes et les contrôles nécessaires, en libérant à cette fin tout médecin du secret professionnel. Le non-signalement dans les délais prescrits peut aboutir à la perte totale ou partielle du droit à l'indemnisation.

Art. 23 Liquidation

La documentation nécessaire étant reçue et les contrôles utiles étant accomplis, la compagnie liquide l'indemnité due, elle le communique aux intéressés et, ayant obtenu l'acceptation de ces derniers, elle procède au paiement. La liquidation sera effectuée dans un délai maximal de 60 jours à compter de l'accord de clore le sinistre. L'indemnité sera payée en Italie et en euros.

Art. 24 Bénéficiaires

Le bénéficiaire du présent contrat, si ce n'est pas l'assuré lui-même, est indiqué dans la fiche d'assurance. À défaut de désignation, les bénéficiaires sont les héritiers légitimes et/ou testamentaires.

Art.25 Renonciation au droit de subrogation

La compagnie renonce au droit de subrogation vis-à-vis de tiers.

Art. 26 Différends sur l'assurabilité des personnes, sur la nature et sur les conséquences des lésions

En cas de différends de nature médicale sur la nature ou sur les conséquences des lésions ou sur le degré d'invalidité permanente, ainsi que sur l'application des critères d'indemnisation visés à l'Art. 12, les parties ont la faculté de conférer, par écrit, un mandat de décider, conformément et dans les limites des conditions de la

police, à un collège de trois médecins, dont les deux premiers seront désignés par chacune des deux parties, tandis que le troisième sera désigné d'un commun accord par celles-ci ou, en cas contraire, par le Président du Centre de Médecine et de Chirurgie du Sport, Via all'Ospedale 1, 6600 Locarno, Suisse.

Chacune des parties soutient ses propres frais et rémunère le médecin qu'elle a désigné, et elle paie la moitié des frais et des honoraires du troisième médecin. Les décisions du collège médical sont prises à la majorité des suffrages, avec dispense de toutes les formalités prévues par la loi, et elles sont contraignantes pour les parties, lesquelles renoncent d'ores et déjà à toute opposition, sauf pour les cas de violence, dol, erreur ou violation des pactes contractuels. Les résultats des opérations arbitrales doivent être recueillis dans un procès-verbal rédigé en deux exemplaires, un pour chacune des deux parties. Les décisions du collège médical sont contraignantes pour les parties, même si l'un des médecins refuse de signer le procès-verbal ; ce refus doit être attesté par les arbitres dans le procès-verbal définitif.

Le collège a la faculté de renvoyer, s'il le juge opportun, l'attestation définitive de l'invalidité permanente à une époque à fixer par le collège lui-même, dans les trois ans ; dans ce cas, le collège pourra concéder un montant à comptabiliser dans la liquidation définitive de l'accident. Enfin, il demeure établi que, au cas où l'assuré aurait demandé la liquidation de toute la somme assurée pour la garantie visée à l'Art. 35 par. 2 ci-après (critères d'indemnisation – condition spéciale d'assurance - invalidité permanente due à un accident) ou à l'Art. 40 (critères d'évaluation - invalidité permanente spécifique totale due à une maladie) - indemnisable aux termes de la police - il devra présenter au collège médical, avec toute la documentation sanitaire nécessaire, la certification d'inaptitude aux compétitions sportives au Centre de Médecine et de Chirurgie du Sport, Via

all'Ospedale 1, 6600 Locarno, à condition que celui-ci soit reconnu par l'ASF-SFV.

Art. 27 Compétence territoriale

For compétent : **Zurich**

Art. 28 Impôts

Les impôts et autres charges établis par la loi, présents et futurs, relatifs à la prime, au contrat et aux actes dépendant de ce dernier, sont à la charge de l'assuré et de ses ayants droit, même si le paiement a été anticipé par la compagnie.

Art. 29 Communications

Toutes les communications que l'assuré ou ses ayants droit sont tenus d'effectuer au cours de la période de validité du contrat doivent être faites par lettre recommandée au courtier chargé de la gestion du contrat et/ou à la compagnie.

Art. 30 Renvoi aux dispositions législatives

Pour tout ce qui est pas expressément réglementé par la présente police, il sera fait référence aux normes prévues par les lois et par le Code Civil.

Art. 31 Taux brut de la prime (impôts inclus)

La présente assurance est prêtée contre paiement d'une prime pour chaque certificat individuel déterminé par l'application des différents taux bruts annuels sur la somme assurée :

Âge	Taux jusqu'à 600 000 €	Taux entre 600 000 € et 1 000 000 €	Taux entre 1 000 000 € et 5 000 000 €
Jusqu' à 24 ans	1,20%	1,00%	0,90%
25 - 32	1,35%	1,15%	1,05%
33	1,5%	1,3%	1,2%
34 et plus	1,65%	1,55%	1,45%

Les taux présentés ci-dessus sont donnés

avant impôts et ils se réfèrent aux sommes assurées aux termes de la police.

Ainsi, au cas où un footballeur de 24 ans désirerait s'assurer pour 1 000 000 €, le taux total brut sera de 1,12 % (prime totale annuelle : 11.200,00 €).

Le taux de 1,12 % a été calculé comme il est indiqué ci-dessous :

- Somme assurée : 600 000,00 taux 1,2 %
- Somme assurée : 400 000,00 taux 1 %

La prime correspondante a été calculée comme il est indiqué ci-dessous :

- 600 000,00 x 1% = 7.200,00
 - 400 000,00 x 1% = 4.000,00
- Total 1 000 000,00 = 10 000,00

Art. 32 Durée de l'assurance

La présente police échoira à son échéance naturelle sans obligation de dédit.

Les certificats d'assurance, émis pendant la période de validité de la police convention, ont une durée annuelle à compter de la date de chaque entrée en vigueur, sans renouvellement tacite et ils échoiront, eux aussi, à la date de leur échéance naturelle sans obligation de dédit.

Art. 33 Résolution du contrat et résiliation anticipée.

Dans les 90 jours qui suivent la date de paiement du premier versement de la prime, la compagnie et l'assuré ont la faculté de résilier le contrat avec un préavis de trente jours. De même, après tout signalement d'accident et jusqu'au quatre-vingt-dixième jour qui suit le paiement ou le refus d'indemnisation, la compagnie et l'assuré ont la faculté de résilier le contrat avec un préavis de 30 jours.

Dans de tels cas, la compagnie rembourse la prime nette proportionnellement au temps écoulé depuis la résiliation jusqu'à la fin de la période d'assurance en cours.

Art. 34 Clause de courtage et domiciliation

Pour la stipulation et la gestion de la présente police convention et des certificats d'assurance, le contractant déclare avoir recouru, pour toute la durée de la couverture, aux services de Broker Special Risk Insurance Broker, siège de Londres 34 Lime Street, London EC3M 7AT. Par conséquent, aux effets des conditions de la présente police, les assureurs reconnaissent que toute communication faite par le contractant/assuré chez le courtier sera reconnue comme ayant été faite aux assureurs eux-mêmes et vice versa, tout comme toute communication faite par le courtier aux assureurs sera considérée comme ayant été faite par le contractant/assuré lui-même. En outre, les assureurs reconnaissent que le paiement des primes est fait par le biais du courtier mentionné ci-dessus.

CONDITIONS SPÉCIALES D'ASSURANCE INVALIDITÉ PERMANENTE SPÉCIFIQUE DUE À UN ACCIDENT

Art. 35 Critères d'indemnisation

Par dérogation partielle à ce qui est visé à l'Art. 14 des Conditions Générales, les accidents indemnisables au sens du présent contrat seront liquidés selon les critères suivants :

- 4) Si l'accident entraîne une invalidité permanente attestée sur la base de l'Art. 15 des Conditions Générales d'Assurance d'un degré égal ou inférieur au taux des franchises prévues, aucune indemnisation ne sera reconnue.
- 5) Pour les accidents indemnisables comportant une incapacité totale à l'exercice des activités professionnelles

sportives - invalidité permanente spécifique totale - la compagnie liquidera l'invalidité permanente selon l'échelle d'indemnisation suivante, sans déduction d'aucune franchise :

- 100 % de la somme assurée pour les joueurs jusqu'à l'âge de 28 ans ;
- 90 % de la somme assurée pour les joueurs de 29 ans ;
- 80% de la somme assurée pour les joueurs de 30 ans ;
- 70 % de la somme assurée pour les joueurs de 31 ans ;
- 60% de la somme assurée pour les joueurs de 32 ans ;
- 50% de la somme assurée pour les joueurs de 33 ans ;
- 40 % de la somme assurée pour les joueurs de plus de 33 ans.

Il demeure entendu que la perte totale et permanente de la capacité spécifique à jouer le rôle de « gardien de but » est considérée comme étant la perte totale permanente de la capacité spécifique de l'activité professionnelle sportive.

- 6) Il demeure entendu que, au cas où l'assuré aurait demandé la liquidation de toute la somme assurée pour l'invalidité permanente spécifique totale découlant d'un accident indemnisable aux termes du contrat, il devra fournir, avec la documentation sanitaire nécessaire, une attestation de la révocation de son inscription au club pour inaptitude au sens de ce que prévoient les normes organisationnelles internes de la Fédération d'appartenance.

Concernant les assurés ayant plus de 28 ans, il est également entendu que, en cas de révocation / perte / annulation de licence de joueur et/ou d'inaptitude à la pratique de l'activité professionnelle de footballeur, la compagnie versera une indemnité pour les conséquences directes et exclusives de l'invalidité permanente

totale, seulement et exclusivement si l'invalidité permanente attestée est d'un niveau de plus de 20 % (vingt pour cent) du plafond, calculé sur la base de la table des indemnités partielles ci-jointe.

Art. 36 Cessation du contrat

Il demeure convenu entre les parties que, au cas ou à la suite d'un accident comportant une incapacité totale à l'exercice de l'activité professionnelle déclarée dans le questionnaire, ainsi que dans tous les autres cas où l'indemnisation comporterait, dans l'annuité d'assurance en cours, la liquidation de toute la somme assurée, le présent contrat cessera automatiquement d'être en vigueur.

CONDITIONS SPÉCIALES D'ASSURANCE INVALIDITÉ PERMANENTE SPÉCIFIQUE DUE À UNE MALADIE

Art. 37 Limites de la garantie

L'assurance est étendue à l'invalidité permanente comportant, à la suite d'une maladie apparue après la date de la stipulation du contrat, la perte définitive et irrémédiable de l'exercice de l'activité professionnelle sportive, à condition que cette invalidité permanente ait lieu dans les 12 mois suivant la cessation du contrat. Ce qui précède est valable à condition que l'assuré soit en possession du « Certificat d'aptitude à l'activité professionnelle sportive » délivré conformément à la loi. Il demeure entendu que, au cas où l'assuré aurait demandé la liquidation de toute la somme assurée pour l'invalidité permanente spécifique totale découlant d'une maladie, indemnisable aux termes du contrat, il devra fournir, avec la documentation sanitaire nécessaire, une attestation de la révocation de son inscription au club pour inaptitude au sens

de ce que prévoient les normes organisationnelles internes des Fédérations respectives.

Art. 38 Personnes non assurables - exclusions

Ne sont pas assurables les personnes souffrant de toxicomanie, d'alcoolisme ou d'infirmités mentales et l'assurance cesse automatiquement dès que ces problématiques se présentent. Sont, de toute manière, exclues de l'assurance les maladies découlant directement ou indirectement de :

- ❑ Abus d'alcool et emploi, à but non pharmaceutique, de médicaments psychotropes, de stupéfiants et d'hallucinogènes ;
- ❑ Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou maladies liées à ce dernier (syndrome lié au SIDA) ;
- ❑ Transmutation du noyau de l'atome, ou radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- ❑ Guerres ou insurrections.

Sont également exclues de la garantie les conséquences d'accident, si l'on considère comme tel l'événement dû à une cause fortuite, violente et extérieure.

Art. 39 Signalement de la maladie et obligations respectives

L'assuré doit communiquer immédiatement l'apparition de la maladie au courtier désigné dans la police, quand, d'après l'avis médical, il y a motif de croire que la maladie, en raison de ses caractéristiques et de ses conséquences présumables, pourrait concerner la garantie. La déclaration doit être accompagnée de la documentation

suivante, qui doit être présentée dans les 30 jours qui suivent la déclaration du sinistre :

- Certificats médicaux présentant des informations détaillées sur la nature de la maladie, sur le moment où elle s'est manifestée, sur le cours de la maladie, sur ses conséquences possibles ainsi que sur toutes les conséquences qui pourraient déjà être apparues ;
- L'assuré devra également envoyer à la compagnie – avec la certification médicale susdite ou après cette dernière, mais, dans tous les cas, pas plus d'un an à compter de la date du sinistre – un certificat médical attestant la guérison de la maladie.

L'assuré doit se soumettre aux visites et aux contrôles médicaux fixés par la compagnie, fournir aux médecins toutes les informations nécessaires et présenter la copie des éventuelles fiches médicales complètes et de tous les autres documents sanitaires, en libérant à cet effet tous les médecins du secret professionnel. Dans l'année qui suivra la date d'émission du certificat médical qui confirme la guérison de la maladie, l'assuré devra soumettre la documentation médicale indiquant le degré d'invalidité permanente résiduelle en tant que conséquence directe et exclusive de la maladie.

Art. 40	Critères d'évaluation
----------------	------------------------------

Sans aucun préjudice des conditions de l'Art. 12 des conditions générales d'assurance accidents, qui sont également valables pour cette extension à l'invalidité permanente due à la maladie, la reconnaissance de l'éventuelle invalidité permanente due à une maladie, au sens de l'Art. 37, sera effectuée, à condition que la perte de la capacité d'exercer l'activité professionnelle sportive soit complète et irrémédiable et qu'elle détermine la perte de l'aptitude aux activités de compétitions sportives, reconnue par le Centre de Médecine et de Chirurgie du Sport, Via

all'Ospedale 1, 6600 Locarno, selon l'échelle d'indemnisation suivante :

- 100 % de la somme assurée pour les joueurs jusqu'à l'âge de 28 ans ;
- 90 % de la somme assurée pour les joueurs de 29 ans ;
- 80% de la somme assurée pour les joueurs de 30 ans ;
- 70% de la somme assurée pour les joueurs de 31 ans ;
- 60% de la somme assurée pour les joueurs de 32 ans ;
- 50% de la somme assurée pour les joueurs de 33 ans ;
- 40 % de la somme assurée pour les joueurs de plus de 33 ans.

Le taux d'invalidité permanente devra être attesté au moins un an après la déclaration de la maladie. La compagnie paiera l'indemnité pour les conséquences directes et exclusives de l'invalidité permanente découlant de la maladie déclarée, avec exclusion des dommages ultérieurs attribuables à des situations pathologiques ou des infirmités préexistantes à l'entrée en vigueur du contrat et/ou à des défauts physiques.

Art. 41	Procédure	pour	la
liquidation de l'indemnité			

La documentation nécessaire étant reçue et les contrôles utiles étant accomplis, la compagnie liquide l'indemnité due, elle le communique aux intéressés et, ayant obtenu l'acceptation de ces derniers, elle procède au paiement. L'indemnité sera payée en Italie et en euros. L'assuré accidenté est obligé de se soumettre aux soins si ces derniers peuvent, au jugement du médecin de l'assuré ou du médecin de la compagnie, lui permettre de recouvrer la fonctionnalité de la partie blessée, sans

préjudice du fait que l'évaluation du degré d'invalidité ne sera exprimée que lorsque la thérapie ne pourra donner aucune amélioration. Au cas où l'assuré refuserait de se soumettre à ces soins, l'invalidité reconnue sera réduite de la récupération fonctionnelle non obtenue en raison du refus.

Art. 42 Droit à l'indemnité

Le droit à l'indemnité a un caractère personnel et ne peut donc pas être transféré. Toutefois, si l'assuré meurt après que l'indemnité a été payée ou, pour le moins, offerte dans une mesure déterminée, la compagnie paiera alors aux héritiers de l'assuré le montant liquidé et offert selon les normes de la succession testamentaire ou légitime.

Art. 43 Différends

En cas de divergence sur l'assurabilité des personnes, sur la nature ou sur les conséquences de la maladie, au sens de l'Art. 5 des Conditions Générales et de l'Art. 38 des présentes conditions pour invalidité de maladie, on appliquera les normes prévues par l'Art. 26 des Conditions Générales d'assurance.

INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE
(Garantie valable seulement si elle est expressément demandée)

Art. 44	Invalidité temporaire complète
----------------	---------------------------------------

Au cas où l'assuré :

- b) ferait l'objet d'une invalidité totale commençant pendant la période de validité de la police et se poursuivant sans interruption pendant la période de franchise ;
- b) aurait dépassé la période de franchise ;
- c) ferait l'objet de soins constants pratiqués par un médecin qualifié pendant toute la durée d'invalidité totale ;
- d) présenterait une invalidité totale jugée continue par un médecin qualifié et empêchant l'assuré de participer à ses occupations spécifiées dans le tableau et, sans préjudice des termes, conditions et dispositions de la présente police, l'assureur acceptera de verser le montant indiqué dans la table.

Le paiement de l'avantage pour l'invalidité totale temporaire cessera quand:

- iv) l'assuré ne présentera plus d'invalidité totale ;
- v) la période maximale globale de l'avantage sera terminée ou que la limite maximale agrégée de l'assurance sera atteinte ;
- vi) l'assuré décèdera ou qu'il sera déclaré invalide complet permanent, quelle que soit la circonstance qui se présentera la première.

Art. 45	Invalidité récurrente
----------------	------------------------------

Si, après une période d'invalidité totale pendant laquelle ont été versés les avantages respectifs, l'assuré retourne à ses occupations déclarées pendant une période de moins de 15 jours consécutifs, toute invalidité totale ultérieure, qu'un médecin qualifié attesterait être un sinistre analogue au précédent, sera jugée comme faisant partie de l'invalidité totale précédente et aucune période de franchise ultérieure ne sera appliquée.

Si, après une période d'invalidité totale pendant laquelle ont été versés les avantages respectifs, l'assuré retourne à ses occupations déclarées pendant une période de moins de 15 jours consécutifs et que l'invalidité totale est reconnue par un médecin qualifié comme étant d'une nature différente du sinistre précédent, une nouvelle période de franchise sera appliquée.

Si, après une période d'invalidité totale pendant laquelle ont été versés les avantages respectifs, l'assuré retourne à ses occupations déclarées pendant une période de 15 jours consécutifs ou plus, toute invalidité totale qui commencerait à un moment ultérieur sera considérée comme une nouvelle invalidité totale et une nouvelle période de franchise sera appliquée.

Aucune journée perdue à cause d'une nouvelle invalidité totale, ne sera en aucun cas considérée comme faisant partie des jours relatifs au sinistre précédent.

Art. 46**Taux de prime – Inaptitude temporaire totale**

Âge	Taux franchise 30 jours	Taux franchise 60 jours	Taux franchise 90 jours
Jusqu'à 25 ans	3,5%	3,0%	2,5%
26 – 28	3,7%	3,2%	2,7%
29 – 30	4,0%	3,5%	3,0%
31 – 32	4,5%	4,0%	3,5%
33	5,0%	4,5%	4,0%
Plus de 33	TBA	TBA	TBA

TABLE DES INDEMNITÉS PARTIELLES

Par dérogation à ce qui est prévu par l'article 6 des Conditions Générales Formulaire K (Suisse), en cas d'indemnisation partielle, il sera fait référence aux taux indiqués ci-après.

LÉSION	INDEMNITÉ	
	à droite	à gauche
Surdité complète d'une oreille	15%	
Surdité bilatérale totale	60%	
Perte totale de la faculté visuelle d'un œil	35%	
Perte anatomique ou atrophie du globe oculaire sans prothèse possible	40%	
Autres altérations de la faculté visuelle (voir la table présentée au dos)	
Sténose nasale absolue unilatérale	8%	
Sténose nasale absolue bilatérale	18%	
Perte de nombreuses dents, susceptible de compromettre gravement la fonction masticatoire.		
a) avec possibilité d'appliquer de prothèse efficace	11%	
b) sans possibilité d'appliquer de prothèse efficace	30%	
Perte d'un rein avec intégrité du rein survivant	25%	
Perte de la rate sans altération de la crase hématique	15%	
La perte d'un testicule ne donne droit à aucune indemnité	
Résultats de fracture de la clavicule bien consolidée, sans limitation du mouvement du bras	5%	
Ankylose complète de l'articulation scapulo-humérale avec membre en position favorable quand avec immobilité de l'omoplate	50%	40%
Ankylose complète de l'articulation scapulo-humérale avec membre en position favorable avec mobilité normale de l'omoplate	40%	30%
Perte du bras		
a) en cas de désarticulation scapulo-humérale	85%	75%
b) en cas d'amputation au tiers supérieur	80%	70%
Perte du bras au tiers moyen ou totale de l'avant-bras	75%	65%
Perte de l'avant-bras au tiers moyen ou perte de la main	70%	60%
Perte de tous les doigts de la main	65%	55%
Perte du pouce ou du premier métacarpe	35%	30%
Perte du pouce	28%	23%
Perte de l'index	15%	13%
Perte du majeur		12%
Perte de l'annulaire		8%
Perte de la phalange unguéale du pouce	15%	12%
Perte de la phalange unguéale de l'index	7%	6%
Perte de la phalange unguéale du majeur		5%
Perte de la phalange unguéale de l'annulaire		3%
Perte de la phalange unguéale de l'auriculaire		5%
Perte des deux dernières phalanges de l'index	11%	9%
Perte des deux dernières phalanges du majeur		8%
Perte des deux dernières phalanges de l'annulaire		6%
Perte des deux dernières phalanges de l'auriculaire		8%
Ankylose totale de l'articulation du coude avec angulation entre 110° et 75° :		
a) en semi-pronation	30%	25%
b) en pronation	35%	30%
c) en subpronation	45%	40%
d) quand l'ankylose permet d'effectuer les mouvements de pronosupination	25%	20%
Ankylose totale de l'articulation du coude en flexion maximale ou presque	55%	50%
Ankylose totale de l'articulation du coude en flexion maximale ou presque :		
a) en semi-pronation	40%	35%
b) en pronation	45%	40%
c) en subpronation	55%	50%
d) quand l'ankylose permet d'effectuer les mouvements de pronosupination	35%	30%
Ankylose complète de l'articulation radio-carpienne en extension rectiligne	18%	15%
S'il y a dans le même temps abolition des mouvements de pronosupination :		
a) en semi-pronation	22%	18%
b) en pronation	25%	22%
c) en subpronation	35%	30%
Ankylose complète coxo-fémorale avec membre en extension et en position favorable	45%	
Perte totale d'une cuisse due à une désarticulation coxo-fémorale ou d'une amputation haute rendant l'application d'un appareil de prothèse impossible	80%	
Perte d'une cuisse en un autre point quel qu'il soit	70%	
Perte totale d'une jambe ou amputation de cette dernière au tiers supérieur, quand l'application d'un appareil articulé est impossible	65%	
Perte d'une jambe au tiers supérieur quand l'application d'un appareil articulé est possible	55%	
Perte d'une gamba au tiers inférieur ou d'un pied	50%	
Perte de l'avant-pied à la ligne tarso-métatarsienne	30%	
Perte du gros orteil et de métatarse correspondant	16%	
Perte totale du gros orteil seul	7%	
La perte d'un autre orteil ne donnera droit à aucune indemnité, mais en cas de perte de plusieurs orteils, chaque orteil perdu sera évalué à	3%	
Ankylose complète rectiligne du genou	35%	
Ankylose tibio-tarsienne à angle droit	20%	
Simple rétrécissement d'un membre inférieur de plus de trois centimètres mais inférieur à cinq centimètres	11%	

N.B. : En cas de **sinistralité** attestée, les taux établis pour le membre supérieur droit seront appliqués au membre gauche et ceux du gauche au droit.

TABLEAU DES ÉVALUATIONS DES ALTÉRATIONS DE L'ACUITÉ VISUELLE

Visus pour l'œil perdu acuité visuelle mineure meilleur) %	Visus résiduel acuité visuelle mineure meilleur) %	Indemnité pour l'œil avec acuité visuelle mineure (œil le moins bon) %	Indemnité avec (œil le meilleur) %
1/10	9/10	1	2
2/10	8/10	3	6
3/10	7/10	6	12
4/10	6/10	10	19
5/10	5/10	14	26
6/10	4/10	18	34
7/10	3/10	23	42
8/10	2/10	27	50
9/10	1/10	31	58
10/10	0	35	65

Remarques :

1. En cas d'altération binoculaire, on intègre les évaluations effectuées pour chaque œil.
2. L'évaluation se réfère à l'acuité visuelle telle qu'elle est après la correction optique, à condition que la correction soit tolérée ; s'il n'en est pas ainsi, l'évaluation se réfère au visus naturel.
3. Si l'évaluation se réfère à l'acuité visuelle atteinte avec la correction, le degré d'invalidité permanente, calculé selon les normes qui précèdent; augmente de façon variable de 2 à 10 points selon l'entité du défaut de réfraction.
4. La perte de 5/10 de visus pour un œil, l'autre étant normal, est évaluée à 16%.
6. En cas d'aphakie unilatérale :

avec visus corrigé de 10/10, 9/10, 8/10	15%
avec visus corrigé de 7/10	18%
avec visus corrigé de 6/10	21%
avec visus corrigé de 5/10	24%
avec visus corrigé de 4/10	28%
avec visus corrigé de 3/10	32%
avec visus corrigé inférieur à 3/10	35%

6. En cas d'aphakie bilatérale, étant donné que la correction optique est pratiquement égale et, donc, tolérée, on applique la table d'évaluation des altérations de l'acuité visuelle, en ajoutant 15% pour la correction optique et pour l'absence de pouvoir d'accommodation.

CONVENTION D'ASSURANCE SAFP/TORUS POLICE ACCIDENTS POUR FOOTBALLEURS PROFESSIONNELS

QUESTIONNAIRE/PROPOSITION D'ASSURANCE

CONSEIL IMPORTANT POUR TOUS LES PROPOSANTS

Toutes les sections du présent formulaire doivent être entièrement renseignées, même en cas de renouvellement ou de somme complémentaire d'une assurance préexistante. Tous les détails de votre histoire clinique doivent être signalés et ils ne doivent pas être omis en raison du simple fait que vous avez été déclaré en bonne santé, parce que l'on vous a dit que les résultats des contrôles médicaux sont positifs ou parce que pensez, ou que l'on vous a dit, que ces détails sont sans importance. La non-communication d'informations peut entraîner l'annulation de la police.

TOUS LES CHAMPS DOIVENT ÊTRE RENSEIGNÉS

SECTION 1 : Personne à assurer (Person to be insured)

Nom : (Surname)		Prénom : (Name)	
ADRESSE (ADDRESS)	Rue : (Street)	Numéro : (Number)	
Ville : (Town)		Code postal : (Postcode)	Province : (District)
Date de naissance : (Date of birth)		Lieu de naissance : (Place of birth)	
Nationalité : (Nationality)		Code d'identification fiscale : (Fiscal Code)	
Équipe : (Team)	Ligue : (League)	Rôle : (Position)	
Salaire annuel : (Annual Salary)		Taille : (Height)	Poids : (Weight)
PÉRIODE DE COUVERTURE (PERIOD OF COVERAGE)	De : (From)	À : (To)	
Montant assuré requis : (Requested Sum Insured)			

SECTION 2 : Situation sanitaire personnelle (Personal medical details)

1. À l'heure actuelle, êtes-vous libre d'accidents/maladies et jouez-vous régulièrement pour votre équipe ? (Are you currently free of injury/illness and regularly playing for your team?) <i>Si vous répondez « NON », précisez votre réponse (If "NO" please give details)</i>	OUI / NON YES / NO
2. Au cours des 36 derniers mois, avez-vous manqué plus de 4 matchs de suite à cause d'accidents/maladies ? (During the last 36 months, have you missed more than 4 consecutive matches due to injury/illness?) <i>Si vous répondez « OUI », indiquez les dates, les raisons et le nombre de matchs perdus (If "YES" please insert dates, reasons and total number of matches missed)</i>	OUI / NON YES / NO

<p>3. Êtes-vous actuellement en bonne santé et l'avez-vous été au cours de l'année qui a précédé le moment où vous remplissez ce formulaire ? (<i>Are you currently healthy and have you been in sound health for a year before filling in this proposal form?</i>)</p> <p><i>Si vous répondez « NON », précisez votre réponse (If “NO” please give details)</i></p>	<p>OUI / NON YES / NO</p>
<p>4. Avez-vous un défaut physique ou une infirmité ? (<i>Have you any physical defect or infirmity?</i>)</p> <p><i>Si vous répondez « OUI », précisez votre réponse (If “YES” please give details)</i></p>	<p>OUI / NON YES / NO</p>
<p>5. Vous a-t-on dit ou avez-vous une bonne raison de penser que vous devriez vous soumettre à des soins médicaux particuliers ou à une intervention chirurgicale à l'avenir ? (<i>Have you been advised or do you have any reason to believe that you may need medical treatment or undergo surgery in the future?</i>)</p> <p><i>Si vous répondez « OUI », précisez votre réponse (If “YES” please give details)</i></p>	<p>OUI / NON YES / NO</p>
<p>6. Avez-vous consulté un médecin au cours des deux dernières années à cause d'un problème physique récurrent ? Devez-vous actuellement vous soumettre à des soins médicaux ou à des traitements particuliers (par exemple à une thérapie anti-inflammatoire ou analgésique) ? (<i>Have you consulted a doctor in the last 2 years for any recurrent physical problem Are you taking a course of specific medical care or treatment (i.e. anti-inflammatory or pain reducing)?</i>)</p> <p><i>Si vous répondez « OUI », précisez votre réponse (If “YES” please give details)</i></p>	<p>OUI / NON YES / NO</p>
<p>7. Avez-vous quelquefois souffert d'appendicite, asthme, tension artérielle, perte de sang par la bouche, diabète, dyspepsie, épilepsie, goutte, hernie, paralysie, hémorroïdes, rhumatisme, infection de la peau, veines variqueuses, maladie ou trouble du thorax ou du système respiratoire, cœur, estomac ou système nerveux ? Souffrez-vous de troubles de la vue ? Souffrez-vous de troubles de l'ouïe ? (<i>Have you ever suffered from appendicitis, asthma, blood pressure, blood-spitting, diabetes, dyspepsia, epilepsy, gout, hernia, paralysis, piles, rheumatism, any skin infection, varicose veins, any disease or disorder of the chest or respiratory system, heart, stomach or nervous system? Do you suffer from defective vision? Do you suffer from defective hearing?</i>)</p> <p><i>Si vous répondez « OUI », précisez votre réponse (If “YES” please give details)</i></p>	<p>OUI / NON YES / NO</p>
<p>8. Avez-vous quelquefois été soumis à une intervention chirurgicale, souffert d'autres maladies ou été victime d'accidents graves ? (<i>Have you ever had any operation or suffered from any other serious injury or illness?</i>)</p> <p><i>Si vous répondez « OUI », précisez votre réponse (If “YES” please give details)</i></p>	<p>OUI / NON YES / NO</p>

SECTION 3 : Autres assurances (Other insurance)

9. Êtes-vous actuellement assuré contre les accidents ou maladies ? (<i>Are you currently insured against accident or illness?</i>) <i>Si vous répondez « OUI », indiquez avec qui et pour quels montants (If “YES” please say with whom and for what sum insured)</i>	OUI / NON YES / NO
10. Vous a-t-on quelquefois refusé ou concédé à des conditions spéciales une couverture d'assurance pour accidents ou maladies ? Un assureur a-t-il quelquefois annulé ou refusé de renouveler votre couverture ? (<i>Have you ever been declined or accepted on special terms, for accident or illness insurance? Has any insurer ever cancelled or declined to renew your policy?</i>) <i>Si vous répondez « OUI », précisez votre réponse (If “YES” please give details)</i>	OUI / NON YES / NO
11. Avez-vous quelquefois subi un accident ayant généré un sinistre payé par une police contre les accidents ou les maladies ? (<i>Have you ever suffered an accident which has resulted in a claim paid by any insurance policy for accident or illness?</i>) <i>Si vous répondez « OUI », précisez le montant du sinistre payé (If “YES”, please provide full information detailing the level to the amount of the claim paid)</i>	OUI / NON YES / NO

Pour ce qu'il m'est donné de savoir, les informations mentionnées dans ce document sont vraies et aucun fait n'a été dissimulé. J'ai conscience que la dissimulation d'un fait ou la description erronée d'un fait autorise les assureurs à annuler la couverture. (Par fait matériel, on entendra tout fait susceptible d'avoir une influence vraisemblable sur l'acceptation ou l'évaluation de la proposition de la part de l'assureur).

J'ai également conscience que l'assureur déterminera les termes et les conditions sur la base des informations contenues dans ce questionnaire, mais que le fait de le signer ne m'oblige pas à signer la couverture, ni n'oblige l'assureur à l'accepter.

To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance. I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete or Underwriters to accept this Insurance.

Signature du proposant _____
Proposer's signature

Date _____
Date

Unfallversicherung SAFP
(deutsch)

DEFINITIONEN

Versicherter	Der in einem Fußballverein der Super League oder der Challenge League registrierte Berufs-Fußballspieler.
Versicherung	Versicherungsvertrag, das heißt die Garantie und der Versicherungsschutz, die durch ihn gewährleistet werden.
Begünstigter	Der Versicherte selbst. Im Todesfall oder in Ermangelung einer Ernennung sind die gesetzlichen und/oder testamentarisch bestimmten Erben des Versicherten die Begünstigten.
Versicherungszertifikat	Der einzelne, vom Versicherten abgeschlossene und unter Anwendung der Versicherungsvereinbarung ausgestellte Versicherungsschein.
Versicherungsnehmer	Die Berufs-Fußballspieler der Super League und der Challenge League.
Schadenersatz	Die von der Gesellschaft im Schadensfall geschuldete Summe.
Unfall	Jedes einer zufälligen Ursache geschuldete und externe Ereignis unter Einwirkung von Gewalt, das objektiv feststellbare körperliche Verletzungen herbeiführt, welche den Tod oder dauernde Invalidität zur Folge haben.
Dauernde Arbeitsunfähigkeit	Der dauerhafte, definitive und irreparable, teilweise oder vollständige Verlust der allgemeinen Fähigkeit des Versicherten der Ausübung jedweder Gewinn bringenden Arbeitstätigkeit, unabhängig von seinem Beruf.
Spezifische dauernde Invalidität (Sportunfähigkeit)	Verletzungen, aus denen bleibende Nachwirkungen mit direkten Auswirkungen auf die vom Versicherten ausgeübte berufssportliche Aktivität resultieren. Die Feststellung hat durch einen Gerichtsmediziner zu erfolgen.
Krankheitsbedingte dauernde Arbeitsunfähigkeit	Der – im Gefolge einer Krankheit – definitive und irreparable Verlust oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Fähigkeit des versicherten zu jedweder Arbeitstätigkeit, unabhängig von seinem Beruf.
Krankheit	Die unfallunabhängige Veränderung des Gesundheitszustandes.
Prämie	Die vom Versicherten der Gesellschaft geschuldete Summe für den einzelnen Versicherungsausweis.
Versicherungsvereinbarung	Der zwischen Versicherungsnehmer und Gesellschaft geschlossene Vertrag.
Risiko	Die Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Schadensfalls.
Schadensfall	Das schädigende Ereignis, für das die Versicherung gilt.
Gesellschaft Versicherer	und/oder Die Versicherungsgesellschaft.
Versicherungssumme	Der von der Gesellschaft geleistete Höchstbetrag.

BESONDERE BEDINGUNGEN DER RISIKOÜBERNAHME

Das vorliegende Dokument gibt die zwischen den Versicherern und SAFP verhandelten besonderen Versicherungsbedingungen wieder. Unter Anwendung der vorliegenden Vereinbarung werden nach und nach einzelne Policen/Versicherungszertifikate ausgegeben, geschlossen auf Grundlage des freiwilligen und individuellen Beitritts der Fußballspieler. Ausschließlich diese Versicherungszertifikate stellen den wirksamen, von den Versicherern geleisteten Versicherungsschutz dar.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Art. 1 Versicherungsgegenstand

Die Versicherung wird für Unfälle aus der im Fragebogen angegebenen beruflichen Tätigkeit gewährleistet, sowie für außerberufliche Unfälle und für solche aus jeder anderen Arbeitstätigkeit oder unternehmerischen Aktivität, die mehr oder weniger beruflichen Charakter hat. Der Versicherungsschutz wird unter Ausschluss aller anderen Berufssportler ausschließlich Personen gewährt, die berufsmäßig die Tätigkeit des Fußballspielers ausüben.

Art. 2 Im Versicherungsschutz enthaltene Risiken

Versicherungsschutz besteht bei:

1. Unfällen durch das Führen und den Gebrauch von Kraftfahrzeugen, Motorrädern im Allgemeinen und Freizeitsportbooten, unter der Bedingung, dass der Versicherte, wenn im Moment des Unfalls am Steuer befindlich, gemäß der Vorschriften des geltenden Rechts dazu berechtigt war;
2. erlittenen Unfällen infolge von Aggressionen mit sportlichem Hintergrund;
3. erlittenen Unfällen infolge Notwehr, menschlicher Solidaritätspflicht und Gewalttaten mit politischem, sozialem und gewerkschaftlichem Hintergrund, sowie öffentlichen Unruhen, an denen der Versicherte selbst nicht aktiv beteiligt gewesen ist;
4. den Folgen von Sonnenstich, Hitze, Kälte, Stromschlag, sowie eines längeren Ausgesetztseins von Wärme und Kälte, denen sich der Versicherte infolge eines gemäß den Versicherungsbedingungen zu entschädigenden Schadenfalls nicht entziehen konnte;
5. erlittenen Unfällen infolge von Unvorsichtigkeit grober Fahrlässigkeit,

- sowie infolge von Unwohlsein und Bewusstlosigkeit;
6. von zu entschädigenden Unfällen abhängigen Infektionen (mit Ausnahme von Malaria und Tropenkrankheiten), sowie Vergiftungen durch Tierbiss, Insektenstich und Verzehr von Pilzen, Ertrinken, Erstickung und Vergiftungen durch Gas- und Dampfaustritt;
 7. den Folgen des zufälligen und erzwungenen Schluckens und der Einnahme von Substanzen mit Ausnahme der Vergiftungsfolgen durch Missbrauch von Alkohol, Psychopharmaka und Halluzinogenen;
 8. den Folgen von Erdbewegungen, Überschwemmungen und Vulkanausbrüchen;
- die Summe der Leistungen in diesem Versicherungsschein oder in eventuellen anderen, von anderen abgeschlossenen Versicherungen zugunsten derselben Versicherten für die Folgen von Erdbewegungen, Überschwemmungen und Vulkanausbrüchen;
9. erlittenen Unfällen während des in Friedenszeiten geleisteten Militärdienstes.

Art. 3 Ausschlüsse vom Versicherungsschutz

Kein Versicherungsschutz besteht bei Unfällen durch:

1. das Führen und den Gebrauch von Luftfahrzeugen jedweden Typs (unbeschadet der Bestimmungen von Art. 17 folgende), das Führen und den Gebrauch von motorbetriebenen Fahrzeugen zur Fortbewegung unter Wasser;
2. die Ausübung, auch auf nicht-professioneller Ebene, folgender Sportarten: Skispringen von einer Schanze, Bob, Rodeln, Flugreisen, Motor- und Segelflug,

- Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen, Luftsport im Allgemeinen, Boxen, Kampfsport in seinen verschiedenen Formen, Felsen- und Gletscherklettern, Höhlenklettern, Rugby, American Football;
3. die Teilnahme an Motorrennen und an den dazu gehörenden Testfahrten und Trainingseinheiten, mit Ausnahme der vom ACS ausgeschriebenen regulären Autorennen;
 4. Krieg (unbeschadet der Bestimmungen von Art. 16), Aufstände, Gewalttaten oder Aggressionen mit politischem oder sozialem Hintergrund, an denen der Versicherte aktiv beteiligt gewesen ist;
 5. Kernreaktion oder nukleare Strahlung und Kontamination, natürlich oder ausgelöst durch Elementarteilchenbeschleunigung (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlung, etc...);
 6. für den Fall, dass der Versicherte unter der Einwirkung von Alkohol, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen der Regelung des Straßenverkehrs, oder unter dem Einfluss von Drogen oder Halluzinogenen stand, sowie für die Folgen eigener krimineller Handlungen, der Teilnahme an riskanten Unternehmungen, mit Ausnahme von Handlungen, die vom Versicherten aus menschlicher Solidaritätspflicht oder aus Notwehr begangen wurden;
 7. das Führen von Kraft- und Wasserfahrzeugen, sofern der Versicherte gemäß der geltenden Rechtsvorschriften nicht dazu berechtigt war;
 8. die Folgen chirurgischer Eingriffe, Kontrollen und medizinischer Behandlungen, soweit sie als zur Unfallbehandlung nicht erforderlich angesehen werden können, Infarkten und jedweder Form von Hernie.

Art. 4 Ausschluss von Terrorismus

Abweichend von dem, was in der vorliegenden Versicherungsvereinbarung oder in einem ihrer Anhänge eventuell gegenteilig vorgesehen ist, bleibt vereinbart, dass von der vorliegenden Versicherung alle Schäden, Kosten oder Ausgaben ausgeschlossen sind, die auf irgend eine Weise herbeigeführt werden von oder zusammenhängen oder verbunden sind mit jeglicher terroristischer Handlung und unabhängig von anderen Ursachen oder Ereignissen sind:

- a) ein Ausbruch oder die Drohung eines Ausbruchs von Keimen, Krankheiten oder anderen Auslösern von Infektionen oder chemischen oder biologischen Verseuchungen, oder auch
- b) der Gebrauch oder die Drohung des Gebrauchs einer nuklearen Vorrichtung oder radioaktiven Substanz.

Für die Zwecke des vorliegenden Anhangs ist unter einer terroristischen Handlung jedes Verhalten zu verstehen, das, ohne sich darauf zu beschränken, den Gebrauch von Zwang oder Gewalt oder die Androhung eines solchen Gebrauchs durch jedwede Person oder Personengruppe beinhaltet, die entweder allein oder in Verbindung mit einer Organisation oder Regierung agiert, und zum Zwecke der Verfolgung politischer, religiöser, ideologischer oder ähnlicher Ziele begangen wird, einschließlich der Absicht, eine Regierung zu beeinflussen und/oder in der Öffentlichkeit oder in einem ihrer Teile Angst zu verbreiten. Der vorliegende Anhang schließt ebenfalls alle Schäden, Kosten und Ausgaben aus, die direkt oder indirekt mit eventuellen Maßnahmen zur Kontrolle, Vorbeugung und Bekämpfung von terroristischen Handlungen des oben beschriebenen Typs zusammenhängen oder durch solche Maßnahmen entstehen oder die in irgend einer Weise mit solchen Maßnahmen in Verbindung stehen.

Sollte die Gesellschaft der Ansicht sein, dass sie kraft des vorliegenden Anhangs für einen Verlust, einen Schaden, Kosten oder

eine Ausgabe im Rahmen der vorliegenden Versicherung nicht schadenersatzpflichtig ist, liegt die Last zum Beweis des Gegenteils auf Seiten des Versicherten. Sollten sich einzelne Teile dieser Klausel als unwirksam oder nicht undurchführbar erweisen, bleibt die Wirksamkeit der übrigen davon unberührt.

Art. 5 Nicht versicherbare Personen

Von Schlaganfall, Lähmung, Geisteskrankheit, Alkoholismus, Drogensucht sowie anderen gravierenden und dauernden Gebrechen betroffene Personen sind nicht versicherbar. Der Versicherungsschutz endet mit dem Auftreten dieser Gebrechen. Nicht versicherbar sind ferner Diabetiker, die sich in Insulintherapie befinden und an Epilepsie leidende Personen. Davon ausgenommen sind Personen im Besitz eines regulären Sporttauglichkeitszeugnisses (auf jeden Fall sind aber Schadensfälle ausgeschlossen, die die auf das Auftreten der Krankheit zurückführbar sind). Die Versicherbarkeit von Personen mit erheblichen körperlichen Fehlern oder Verstümmelungen unterliegt besonderen Vereinbarungen

Art. 6 Territoriale Begrenzungen

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Art. 7 Laufzeit der Vereinbarung, der einzelnen Zertifikate und Prämienzahlung

Die Laufzeit der vorliegenden Versicherung beginnt um 24 Uhr des 01/07/2016. Die einzelnen Versicherungszertifikate sind ab 24 Uhr des auf dem Zertifikat angegebene Datums wirksam sofern die Prämie oder die Prämienrate bezahlt wurden, andernfalls haben sie Wirksamkeit ab 24 Uhr des Tages der erfolgten Zahlung. Versäumt der Versicherungsnehmer die Zahlung der Folgeprämien oder

Prämienraten, bleibt die Versicherung ab 24 Uhr des 15. Tages nach Fälligkeit schwebend und tritt wieder ab 24 Uhr des Tages der Bezahlung in Kraft. Die nachfolgenden Fristen bleiben davon unberührt.

Art. 8 Angaben zu den Risikoumständen

Unzutreffende Angaben oder das Verschweigen von Umständen seitens des Versicherten und des Versicherungsnehmers, die die Risikobewertung beeinflussen, können zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Schadensersatzanspruchs und zum Rücktritt des Versicherers von der Versicherung führen. Zum Zeitpunkt des Eintritts der Deckung hat der Versicherte unbedingt und im Voraus den "Fragebogen Versicherungsantrag für Unfallversicherung für Berufs-Fußballspieler" persönlich auszufüllen und zu unterschreiben. Dieser wird dem Versicherungsschein als Anhang beigefügt und ist integraler Bestandteil des Vertrages.

Art. 9 Anzeige weiterer Versicherungen

Der Versicherte hat der Versicherungsgesellschaft das Vorhandensein oder den nachfolgenden Abschluss weiterer Versicherungen für dasselbe Risiko schriftlich anzuzeigen. Wenn der Versicherte diese Anzeige vorsätzlich versäumt, ist die Versicherungsgesellschaft von der Leistungspflicht befreit. Bei Eintritt des Schadensfalls hat der Versicherte der Gesellschaft von jeder weiteren vorhandenen Versicherung Mitteilung zu machen und jedem Versicherer den Namen der anderen anzuzeigen.

Art. 10 Vertragsbeweis und Wirksamkeit von Änderungen

Der vorliegende Versicherungsschein und die dazu gehörigen Anhänge, von der Gesellschaft in Gestalt autorisierter Personen und vom Versicherten unterzeichnet, sind die einzigen Dokumente, die die regulatorischen Bedingungen des zwischen den Parteien bestehenden Verhältnisses beweisen. Jede Änderung des Vertrages ist unwirksam, wenn sie nicht aus einem von beiden Parteien unterzeichneten Anhang hervorgeht.

Art. 11 Berufswechsel des Versicherten

Bei Veränderungen des Risikos aufgrund einer Änderung der angezeigten haupt- und/oder nebenberuflichen Tätigkeiten oder der Bedingungen, unter denen diese ausgeübt werden oder Veränderungen in den Vertragsverhältnissen zwischen Versichertem und Versicherer, obliegt es dem Versicherten, der Gesellschaft davon Mitteilung zu machen. Beinhaltet die Veränderung eine Erhöhung des Risikos derart, dass die Gesellschaft bei dessen Kenntnis die Versicherung nicht abgeschlossen hätte, hat diese das Recht, mit sofortiger Wirkung von der Versicherung zurückzutreten. Beinhaltet die Veränderung eine Risikoerhöhung, die zu einer höheren Prämie führt, kann die Versicherungsgesellschaft eine Anpassung der laufenden Bedingungen verlangen. Beinhaltet die Veränderung eine Verminderung des Risikos, veranlasst die Gesellschaft eine entsprechende Senkung der Prämie ab dem darauf folgenden Jahresablauf. Dem Versicherten werden die Versicherungsbedingungen und die Höhe der neuen reduzierten Prämie mitgeteilt. Wenn der Versicherte im Verlauf der Wirksamkeit der Versicherung kein Berufs-Fußballspieler nach Maßgabe der Definitionen mehr ist, aber seine Aktivität als Spieler für nicht-professionelle Vereine fortsetzt, betrachtet die Versicherungsgesellschaft in Abwesenheit von Schadensfällen oder angezeigten

Umständen den Versicherungsschutz für beendet und erstattet die nicht eingelöste Prämie zurück.

Art. 12 Schadenersatzkriterien

Ab Beginn der Laufzeit jedes Versicherungszertifikats sind alle Schadenersatzforderungen von der Deckung ausgeschlossen, die in Zusammenhang mit Unfällen oder Krankheiten oder Erkrankungen eines Körperteils stehen, wenn diese Unfälle oder Krankheiten oder Erkrankungen vollständig oder teilweise, direkt oder indirekt von Behinderungen, physischen Gebrechen, degenerativen Prozessen oder Erkrankungen verursacht, begünstigt oder verschlimmert werden, die bereits vor dem vereinbarten Beginn der Laufzeit vorhanden waren. Der Gesellschaft obliegen lediglich Leistungen für direkte und ausschließliche Folgen des Schadenfalls, unabhängig von den bereits bestehenden oder nachträglich aufgetretenen physischen oder pathologischen Bedingungen. Deshalb gelten der Einfluss, den der Schadensfall auf diese Bedingungen ausgeübt haben kann und der Schaden, den diese auf den Ausgang des Schadenfalls haben können als indirekte Schadensfolgen und berechtigen daher zu keiner Leistungsforderung. Ebenso wird im Fall von bereits bestehenden Behinderungen oder physischen Gebrechen die Leistung für dauernde Invalidität nur für die direkten, durch den Schadensfall verursachten Folgen erbracht, als würde dieser eine gesunde und physisch unversehrte Person betreffen, ohne dabei den größeren, aus bereits bestehenden Bedingungen entstandenen Schaden zu berücksichtigen. Der nachfolgende Art. 13 bleibt davon unbeschadet.

Art. 13 Tod

Schadenersatz wird für den Todesfall geleistet, wenn der Tod innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Schadensfalls, auch nach Vertragsablauf, erfolgt. Der

Schadenersatz wird den Begünstigten ausbezahlt oder, in Ermangelung einer Einsetzung, zu gleichen Teilen den Erben des Versicherten. Die Leistung im Todesfall ist nicht kombinierbar mit der Leistung für dauernde Invalidität. Stirbt aber der Versicherte nach der Zahlung einer Leistung für dauernde Invalidität und innerhalb von zwei Jahren nach Auftreten des Schadensfalls als deren Folge, haben die nicht zur Rückzahlung verpflichteten Begünstigten das Recht, den Differenzbetrag zwischen der Leistung im Todesfall, falls höher, und der bereits für dauerhafte Invalidität ausbezahlten Leistung zu verlangen.

Geht der Körper des Versicherten infolge eines leistungspflichtigen Schadensfalls im Rahmen der Versicherungsvereinbarung verschollen oder wird nicht mehr aufgefunden und kann vermutet werden, dass der Todesfall eingetreten ist, zahlt die Gesellschaft den Begünstigten die für den Todesfall vorgesehene Summe aus. Die Auszahlung erfolgt, unter der Voraussetzung, dass zwischenzeitlich keine Umstände eintreten, die eine Leistungspflicht ausschließen, nicht vor Ablauf von sechs Monaten ab der Anzeige der Todeserklärung und nicht vor Ablauf von zwei Jahren ab dem Verschwinden. Sollte sich nach der Zahlung erweisen, dass der Todesfall nicht eingetreten ist oder nicht auf den gemeldeten Schadensfall zurückzuführen ist, hat die Gesellschaft das Recht auf Rückzahlung der ausbezahlten Summe in voller Höhe.

Art. 14 Dauernde Invalidität durch Unfall

Schadenersatz wird für den Fall dauernder Invalidität geleistet, wenn die Invalidität innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Schadensfalls erfolgt. Die Leistung für teilweise dauernde Invalidität wird berechnet auf Grundlage der beigefügten Skala der Teilleistungen und des resultierenden Prozentsatzes und angewendet auf die Versicherungssumme für dauernde Totalinvalidität im Verhältnis

zum Grad der Invalidität entsprechend der Kriterien und der in der beigefügten Tabelle angegebenen Prozentsätze auf Seite 12. Im Falle von Linkshändigkeit gelten die vorgesehenen Prozentsätze für die rechte obere Extremität und die rechte Hand für die linke obere Extremität und die linke Hand und umgekehrt. Wenn aus der Verletzung anstatt des vollständigen Verlusts eine Behinderung entsteht, werden die oben genannten Prozentsätze im Verhältnis zur verlorenen Funktionalität gesenkt. Für in genannter Tabelle nicht angegebene Fälle wird die Leistung unter Bezugnahme auf die Prozentsätze der aufgeführten Fälle und unter Berücksichtigung der verminderten allgemeinen Arbeitsfähigkeit und unabhängig vom Beruf des Versicherten errechnet. Der vollständige anatomische oder funktionale Verlust mehrerer Organe und Extremitäten in demselben Schadensfall führt zur Anwendung eines Prozentsatzes für dauernde Invalidität in Höhe der Summe der einzelnen Prozentsätze für Funktionsuntüchtigkeit, mit einem Höchstsatz von 100%.

Art. 15 Franchise bei dauernder Invalidität

Im Falle eines im Rahmen der Versicherung leistungspflichtigen Schadensfalls, der eine dauernde Invalidität zur Folge hat, wird die Abwicklung des Schadenersatzes wie folgt durchgeführt:

- Auf den Teil der Summe bis 600.000,00 Euro der Versicherungssumme wird kein Schadenersatz für dauernde Invalidität geleistet, wenn diese 5% (fünf Prozent) der Totalinvalidität nicht übersteigt; ist sie höher als 5% (fünf Prozent) der Totalinvalidität, wird Schadenersatz nur für den übersteigenden Teil geleistet;
- Auf den Überschuss von 600.000,00 Euro und bis 1.000.000,00 Euro der

versicherten Summe wird kein Schadensersatz für dauernde Invalidität geleistet, wenn diese 7% (sieben Prozent) der Totalinvalidität nicht übersteigt; ist sie höher als 7% (sieben Prozent) der Totalinvalidität, wird Schadensersatz nur für den übersteigenden Teil geleistet.

- Auf den Überschuss von 1.000.000,00 Euro und bis 5.000.000,00 der versicherten Summe wird kein Schadensersatz für dauernde Invalidität geleistet, wenn diese 10% (10 Prozent) der Totalinvalidität nicht überschreitet; ist sie höher als 10% (zehn Prozent) der Totalinvalidität, wird Schadensersatz nur für den übersteigenden Teil geleistet.

Art. 16 Krieg

Schadensfälle, die in Zusammenhang mit Krieg stehen, sind ausgeschlossen. Die Versicherung ist jedoch für den Kriegsfall (erklärt oder nicht)) oder für den Fall von Volksaufständen für eine Höchstdauer von 14 Tagen ab Beginn der Feindseligkeiten oder des Aufstandes wirksam, falls und insofern der Versicherte vom Ausbruch eines der oben genannten Ereignisse überrascht wird, während er sich außerhalb des Territoriums der Republik Italien, des Vatikans oder der Republik San Marino befindet. Dieser Anwendungsbereich ist nicht für Flugzeugunglücke und Militärdienstleistende wirksam.

Art. 17 Flugrisiko

Die Versicherung umfasst Schadensfälle, die der Versicherte als Passagier auf Flugreisen erleidet, die mit Flugzeugen und Hubschraubern von regulären Fluggesellschaften oder von zivilen und militärischen Behörden im Rahmen zivilen Flugverkehrs oder von Firmen und Privatanbietern touristischer und Umzugsaktivitäten und von

Fluggesellschaften ausschließlich im Rahmen öffentlicher Personenbeförderung betrieben werden. Die Leistung erfolgt für die entsprechenden Summen, die durch die vorliegende Versicherung versichert sind und für die von ihr vorgesehenen Risiken. Flüge, die mit Flugzeugen und Hubschraubern von Flugvereinen durchgeführt werden, sind davon in jedem Fall ausgeschlossen.

Art. 18 Heimwerken

Die Versicherung ist für Schadensfälle wirksam, die sich aus Tätigkeiten im Zusammenhang mit kleinen Handarbeiten ergeben – Heimwerken – und die unter Zuhilfenahme von haushaltsüblichen, auch motorbetriebenen, Werkzeugen ausgeführt werden und nicht Gewinn- oder Handelszwecken dienen.

Art. 19 Umwandlung des Prozentsatzes der Überbewertung

- 4) Betrifft der Schadensfall die unteren Extremitäten wird der festgestellte Prozentsatz der dauernden Invalidität, liegt er über 5% und wie unter Art. 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegeben, angehoben um:
 - a) 50% für Sportler bis zum 28. Lebensjahr;
 - b) 25% für Sportler über dem 28. Lebensjahr.
- 5) Für "TORHÜTER" erstreckt sich der Prozentsatz der Überbewertung wie unter Punkt 1) auf den ganzen Körper.
- 6) Zur Bestimmung des Grades der dauernden Invalidität, von der die Franchise abgerechnet wird, ist vereinbart, dass sie unter Bezug auf den dem Versicherten zuerkannten

Prozentsatz der dauernden Invalidität und angehoben gemäß den Kriterien unter Punkt 1) erfolgt.

Art. 20 Behandlungspflicht

Dem geschädigten Versicherten obliegt es, sich jeder medizinischen Behandlung zu unterziehen, die zu einer funktionalen Wiederherstellung des verletzten Teils beitragen kann. Eine Bewertung des Invaliditätsgrades erfolgt erst, wenn von einer Behandlung keine weitere Verbesserung mehr zu erwartet ist. Weigert sich der Versicherte, sich einer genannten Behandlung zu unterziehen, wird der Invaliditätsgrad um die zu erwarten gewesene, aber aufgrund der Weigerung nicht erzielte funktionale Wiederherstellung reduziert.

Art. 21 Alter des Versicherten

Die Bestimmung des Alters des Versicherten erfolgt unter Bezugnahme auf das mit dem letzten Geburtstag erreichte Alter, sofern seit diesem nicht mehr als sechs Monate vergangen sind. Andernfalls erfolgt die Bezugnahme auf den folgenden Geburtstag.

Art. 22 Schadensanzeige und Obliegenheiten im Schadensfall

Im Schadensfall hat der Versicherte innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Schadeneintritts schriftlich Mitteilung an Private Broking Srl – Via Vincenzo Monti 11 – 20123 Milano - via Fax +39 02 36758814 oder per E-Mail marco.lestuzzi@privatebroking.it zu machen. Die Schadensanzeige hat Angaben zum Ort, zum Tag, zur Stunde und zur Ursache des Ereignisses zu enthalten und muss von einem ärztlichen Attest begleitet sein. Der Versicherte, oder im Todesfall die Begünstigten, haben der Gesellschaft alle erforderlichen

Untersuchungen und Feststellungen zu gestatten und zu diesem Zweck auch jeden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Bleibt die Schadensanzeige innerhalb der vorgeschriebenen Fristen aus, kann dies zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Schadenersatzanspruchs führen.

Art. 23 Liquidation

Die Gesellschaft zahlt den geschuldeten Schadenersatz aus, sobald die erforderliche Dokumentation eingegangen ist und die Untersuchungen des Falls abgeschlossen sind. Sie macht den Betroffenen Mitteilung und führt bei deren Akzeptanz die Zahlung durch. Die Liquidation erfolgt innerhalb von höchstens 60 Tagen nach einmütigem Abschluss des Schadensfalls. Die Zahlung erfolgt in Italien und in Euro.

Art. 24 Begünstigte

Der Begünstigte des vorliegenden Vertrages, sofern nicht mit dem Versicherten identisch, ist im Versicherungsschein angegeben. Im Falle fehlender Bestimmung, sind die gesetzlichen und/oder testamentarisch eingesetzten Erben die Begünstigten .

Art. 25 Verzicht auf Forderungsübergang

Die Gesellschaft verzichtet auf das Recht auf Forderungsübergang gegenüber Dritten.

Art. 26 Streitfälle zur Versicherbarkeit von Personen, zu Art und Folgen von Verletzungen

Im Falle von Streitfällen hinsichtlich der Art oder der Folgen von Verletzungen oder hinsichtlich des Grades an dauernder Invalidität, wie auch in Bezug auf die Anwendbarkeit der Schadenersatzkriterien

unter Art. 12, haben die Parteien das Recht, schriftlich und gemäß und im Rahmen der Versicherung, einem Kollegium aus drei Ärzten ein Entscheidungsmandat zu übertragen. Jede der Parteien hat einen Arzt zu ernennen, ein Dritter ist von beiden Parteien in gegenseitigem Einvernehmen zu ernennen oder, in gegenteiligem Fall, vom Präsidenten des Zentrums für Medizin und Sportchirurgie, Via all'Ospedale 1, 6600 Locarno, Schweiz.

Jede der Parteien trägt ihre eigene Ausgaben und bezahlt den von ihr ernannten Arzt. Die Ausgaben für den dritten Arzt werden von beiden Parteien je zur Hälfte getragen. Die Entscheidungen des Ärztekollegiums erfolgen mit Stimmenmehrheit, befreit von Gesetzesformalitäten, und sind für die Parteien bindend, die von da an auf Rechtsmittel verzichten. Davon ausgenommen sind Fälle von Gewalt, Betrug und Vertragsfehlern oder -verletzungen. Die Ergebnisse der Schlichtungsverfahren sind in einem eigenen Protokoll zu dokumentieren und in doppelter Ausführung auszuarbeiten, eine Ausführung für jede Partei. Die Entscheidungen des Ärztekollegiums sind für beide Parteien auch dann bindend, wenn einer der Ärzte sich weigert, das betreffende Protokoll zu unterzeichnen. Die Weigerung hat von den Schlichtern im Schlussprotokoll bestätigt zu werden.

Dem Kollegium wird die Befugnis erteilt, die endgültige Feststellung der dauernden Invalidität auf einen vom Kollegium selbst festzulegenden Zeitpunkt innerhalb von drei Jahren zu vertagen, wenn es dies für zweckmäßig hält; in diesem Fall kann das Kollegium eine mit der endgültigen Liquidation des Schadenfalls zu verrechnende Summe gewähren. Fordert der Versicherte die Liquidation der gesamten Versicherungssumme aufgrund Leistung gemäß dem folgenden Art. 35 Punkt 2 (Schadenersatzkriterien – besondere Versicherungsbedingung – dauerhafte Unfallinvalidität) oder gemäß Art. 40 (Bewertungskriterien – spezifische

dauerhafte Totalinvalidität aufgrund Krankheit) – zahlbar gemäß Versicherungsschein – hat der Versicherte dem Ärztekollegium zusammen mit der erforderlichen Gesundheitsdokumentation auch ein Attest zur Untauglichkeit zu leistungssportlicher Aktivität des Zentrums für Medizin und Sportchirurgie, Via all'Ospedale 1, 6600 Locarno, vorzulegen, vorausgesetzt, dass dieses vom ASF-SFV anerkannt wird.

Art. 27 Örtliche Zuständigkeit

Gerichtsstand: **Zürich**

Art. 28 Abgaben

Abgaben und andere durch Gesetz bestimmte Aufwendungen, sowohl gegenwärtige als auch zukünftige, die die Prämie, den Vertrag und die damit zusammenhängenden Praktiken betreffen, gehen zu Lasten des Versicherten oder der Berechtigten, auch wenn die Zahlung von der Gesellschaft vorgeleistet wurde.

Art. 29 Mitteilungen

Alle Mitteilungen, die dem Versicherten oder den Berechtigten im Verlauf der Wirksamkeit des Vertrages obliegen, haben in Form eines Einschreibebriefes an den mit der Betreuung des Vertrages beauftragten Makler und/oder die Gesellschaft zu erfolgen.

Art. 30 Verweis auf Gesetzesnormen

Für Verhältnisse, die im Rahmen dieses Vertrages nicht ausdrücklich geregelt sind, wird auf die geltenden Vorschriften des Gesetzes und des Zivilgesetzbuches verwiesen.

Art. 31 Bruttoprämienätze (inklusive Steuern)

Die vorliegende Versicherung wird bezogen auf eine Prämienzahlung für jeden einzelnen individuellen Versicherungsschein geleistet und von der Berechnung der folgenden Bruttojahresätze der Versicherungssumme bestimmt:

Alter	Sätze bis € 600.000	Sätze über € 600.000 bis € 1.000.000	Sätze über € 1.000.000 bis € 5.000.000
bis 24	1,20%	1,00%	0,90%
25 - 32	1,35%	1,15%	1,05%
33	1,5%	1,3%	1,2%
34 und älter	1,65%	1,55%	1,45%

Die oben angeführten Sätze sind vor Steuern zu verstehen und beziehen sich auf die entsprechenden Versicherungssummen. Wenn ein 24-jähriger Fußballspieler sich über 1.000.000 Euro versichert, beträgt der Bruttosatz 1,12% (jährliche Gesamtprämie 11.200,00 Euro).

Der Satz von 1% wurde wie folgt berechnet:

- Versicherungssumme 600.000,00 Satz 1,2%
- Versicherungssumme 400.000,00 Satz 1%

Die entsprechende Prämie wurde wie folgt berechnet:

- $600.000,00 \times 1,2\% = 7.200,00$
 - $400.000,00 \times 1\% = 4.000,00$
- gesamt $1.000.000,00 = 11.200,00$

Art. 32 Versicherungsdauer

Das Versicherungsverhältnis endet ohne Kündigungspflicht mit dem Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit.

Die Versicherungszertifikate, die während der Laufzeit der Versicherungsvereinbarung ausgegeben werden, haben Jahresdauer ab dem Datum jeder einzelnen Wirkung ohne automatische Verlängerung und laufen mit dem Ende der Vertragslaufzeit ohne Kündigungspflicht ab.

Art. 33 Rücktrittsrecht und vorzeitige Kündigung

Innerhalb von 90 Tagen ab Zahlung der ersten Prämienrate haben die Gesellschaft und der Versicherte das Recht, mit 30-tägiger Kündigungsfrist vom Vertrag zurückzutreten. Auch nach jeder Schadensanzeige und bis zum neunzigsten Tag ab Leistung oder Ablehnung des Schadenersatzes haben die Gesellschaft und der Versicherte das Recht, mit 30-tägiger Kündigungsfrist vom Vertrag zurückzutreten.

In diesen Fällen erstattet die Gesellschaft die Nettoprämie im Verhältnis zur Zeit, die ab Rücktrittsdatum bis zum Ende des laufenden Versicherungszeitraums vergeht, zurück.

Art. 34 Maklerklausel und Makleranschrift

Der Versicherungsnehmer erteilt den Auftrag für Abschluss und Betreuung des vorliegenden Versicherungsvertrages und der Versicherungszertifikate über die Gesamtdauer der Deckung an Special Risk Insurance Broker mit Sitz in London 34 Lime Street, London EC3M 7AT. Im Sinne der Versicherungsbedingungen gilt jede dem Makler vom Versicherungsnehmer/Versicherten gemachte Mitteilung auch als den Versicherern gemacht und umgekehrt, so wie auch jede Mitteilung des Maklers an die Versicherer als vom Versicherungsnehmer/Versicherten gemachte gilt. Die Versicherer anerkennen ferner, dass die Prämienzahlung durch den oben benannten Makler erfolgt.

**BESONDERE
VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
DAUERHAFTESPEZIFISCHE
TOTALINVALIDITÄT WEGEN UNFALLS**

Art. 35 Schadenersatzkriterien

Unter teilweiser Abweichung von Art. 14 der Allgemeinen Bedingungen werden leistungspflichtige Schadensfälle gemäß des vorliegenden Vertrages unter Anwendung folgender Kriterien liquidiert:

- 1) Führt der Schadensfall zu einer dauerhaften, auf Grundlage von Art. 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgestellten Invalidität von gleichem oder minderm Grad bezüglich der vorgesehenen Franchise, besteht keine Schadenersatzpflicht.
- 2) Bei leistungspflichtigen Schadensfällen, die zu einer völligen Sportunfähigkeit führen - spezifische dauernde Totalinvalidität - liquidiert die Gesellschaft die dauernde Invalidität entsprechend der folgenden Stufung der Schadenersatzleistung, ohne Abzug einer Franchise:
 - 100% der Versicherungssumme für Spieler bis 28 Jahre;
 - 90% der Versicherungssumme für Spieler im Alter von 29 Jahren;
 - 80% der Versicherungssumme für Spieler im Alter von 30 Jahren;
 - 70% der Versicherungssumme für Spieler im Alter von 31 Jahren
 - 60% der Versicherungssumme für Spieler im Alter von 32 Jahren
 - 50% der Versicherungssumme für Spieler im Alter von 33 Jahren
 - 40% der Versicherungssumme für Spieler über 33 Jahre

Der völlige und dauernde Verlust der spezifischen Fähigkeiten im Falle eines

„Torhüters“ ist als völlige Sportunfähigkeit anzusehen.

- 3) Fordert der Versicherte die Auszahlung der vollen Versicherungssumme für spezifische dauernde Totalinvalidität als Folge eines leistungspflichtigen Schadensfalls im Rahmen des Vertrages, so hat er, zusammen mit der erforderlichen Gesundheitsdokumentation, eine Bescheinigung des Widerrufs der Mitgliedschaft wegen Untauglichkeit gemäß der internen organisatorischen Regelungen des betreffenden Verbandes vorzulegen.

Bei Versicherten über 28 Jahren zahlt die Gesellschaft im Falle des Widerrufs / Verlusts / der Annullierung der Spielerlizenz und/oder bei Unfähigkeit zur professionellen Ausübung des Fußballsports einen Schadenersatz für die direkten und ausschließlichen Folgen der dauernden Totalinvalidität nur, wenn die festgestellte dauernde Invalidität mehr als 20% (zwanzig Prozent) der totalen Invalidität beträgt. Berechnungsgrundlage ist hierbei die beigefügte Tabelle der partiellen Entschädigungen.

Art. 36 Beendigung des Vertrages

Zwischen den Parteien ist vereinbart, dass im Gefolge eines Schadensfalls, der zu einer völligen Unfähigkeit zur Ausübung der im Fragebogen erklärten Berufstätigkeit führt, ebenso wie in jedem anderen Fall, in dem ein Schadenersatz im laufenden Versicherungsjahr zur Auszahlung der vollen Versicherungssumme führt, der vorliegende Vertrag automatisch beendet ist.

**BESONDERE
VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
SPEZIFISCHE DAUERENDE
TOTALINVALIDITÄT WEGEN
KRANKHEIT**

Art. 37 Garantiebeschränkungen

Die Versicherung beinhaltet auch dauernde Invalidität, die im Zuge einer nach dem Datum des Vertragsabschlusses aufgetretenen Erkrankung den endgültigen und unheilbaren Verlust der sportlichen Berufstätigkeit zur Folge hat unter der Bedingung, dass die dauernde Invalidität innerhalb von 12 Monaten ab Vertragsende auftritt. Das Vorhergehende gilt unter der Bedingung, dass der Versicherte im Besitz einer rechtsgültigen "Sportunfähigkeitsbescheinigung" ist. Fordert der Versicherte die Auszahlung der vollen Versicherungssumme für dauernde Totalinvalidität wegen Krankheit als Folge der Leistungspflicht im Rahmen des Vertrages, so hat er, zusammen mit der erforderlichen Gesundheitsdokumentation, eine Bescheinigung des Widerrufs der Mitgliedschaft wegen Untauglichkeit gemäß den internen organisatorischen Regelungen des betreffenden Verbandes vorzulegen.

**Art. 38 Nicht versicherbare Personen -
Ausschlüsse**

Personen, die an Drogensucht, Alkoholismus oder Geistesstörungen leiden, sind nicht versicherbar. Die Versicherung endet automatisch bei Auftreten dieser Erkrankungen. Von der Versicherung in jedem Fall ausgeschlossen sind auch Erkrankungen, die direkt oder indirekt verursacht werden durch:

- Alkoholmissbrauch und Gebrauch von Psychopharmaka, Betäubungsmitteln und Halluzinogenen zu nicht-therapeutischen Zwecken;

- das erworbene Immundefektsyndrom (AIDS) oder damit zusammenhängende Erkrankungen (mit AIDS korrelierendes Syndrom);
- Kernumwandlung oder durch künstliche Elementarteilchenbeschleunigung verursachte Strahlung;
- Kriege oder Aufstände.

Ebenfalls von der Garantie ausgeschlossen sind die Folgen von Schadensfällen, die durch ein zufälliges, gewaltsames und äußeres Ereignis verursacht sind.

**Art. 39 Krankheitsanzeige und
bezügliche Obliegenheiten**

Der Versicherte hat dem im Versicherungsschein genannten Makler umgehend eine Krankheitsanzeige vorzulegen, wenn es nach ärztlicher Ansicht einen Grund zu der Annahme gibt, dass die Krankheit aufgrund ihrer Merkmale und ihrer möglichen Folgen die Versicherungsleistung betrifft. Zur Anzeige müssen innerhalb von 30 Tagen ab der Anzeige folgende Unterlagen beigefügt werden:

- Ärztliche Atteste mit detaillierten Informationen über die Art der Krankheit, über ihr erstes Auftreten, über den Verlauf der Krankheit, über ihre möglichen Folgen und über alle möglichen Folgen, die unter Umständen schon eingetreten sein könnten;
- Der Versicherte hat außerdem der Versicherungsgesellschaft – zusammen mit den obengenannten ärztlichen Unterlagen oder nachher, aber auf keinen Fall später als ein Jahr nach dem Unfalldatum – ein ärztliches Attest vorzulegen, das die Heilung von der genannten Krankheit bestätigt.

Der Versicherte hat sich den von der Versicherungsgesellschaft angeordneten medizinischen Untersuchungen und Kontrollen zu unterziehen, der Versicherungsgesellschaft jedwede Information zur Verfügung zu stellen und eine Kopie der eventuellen kompletten Krankenakten und aller anderen medizinischen Unterlagen vorzulegen, auch mit Befreiung des Arztes von seiner Schweigepflicht. Innerhalb eines Jahrs nach dem Ausgabedatum des medizinischen Attestes, das die Heilung von der Krankheit bestätigt, hat der Versicherte die medizinischen Unterlagen vorzulegen, die die Stufe der dauernden Restinvalidität als direkte und exklusive Folge der Krankheit feststellen.

Art. 40 Bewertungskriterien

Die Bedingungen des Art. 12 der Allgemeinen Bedingungen zur Versicherung gegen Unfälle bleiben auch für diese Erweiterung auf dauernde Invalidität infolge Krankheit unverändert wirksam. Die Anerkennung der eventuellen dauernden Invalidität durch Krankheit gemäß Art. 37 erfolgt, wenn ein völliger und irreparabler Verlust der Tauglichkeit, die sportliche Tätigkeit auszuüben, vorliegt, die auch den Verlust der sportlichen Leistungsfähigkeit verursacht und die vom Zentrum für Medizin und Sportchirurgie, Via all'Ospedale 1, 6600 Locarno, bestätigt wird, gemäß der folgenden Entschädigungsstufen:

- 100% der Versicherungssumme für Spieler bis 28 Jahre;
- 90% der Versicherungssumme für Spieler im Alter von 29 Jahren;
- 80% der Versicherungssumme für Spieler im Alter von 30 Jahren;
- 70% der Versicherungssumme für Spieler im Alter von 31 Jahren;

- 60% der Versicherungssumme für Spieler im Alter von 32 Jahren;
- 50% der Versicherungssumme für Spieler im Alter von 33 Jahren;
- 40% der Versicherungssumme für Spieler über 33 Jahre.

Der Prozentsatz für dauernde Invalidität muss nicht vor Ablauf eines Jahres ab Krankheitsanzeige bestätigt werden. Die Versicherungsgesellschaft leistet die Entschädigung für die direkten und ausschließlichen Konsequenzen der dauernden, aus der Krankheit folgenden Invalidität. Ausgeschlossen sind dabei alle Schäden, die aus pathologischen Zuständen oder Beeinträchtigungen und/oder körperlichen Gebrechen resultieren, die bereits vor Inkrafttreten dieses Vertrags existierten.

Art. 41 Verfahren bei Liquidation des Schadenersatzes

Nach Eingang der erforderlichen Unterlagen und nach Ausführung der notwendigen Überprüfungen findet die Versicherungsgesellschaft die geschuldete Entschädigung ab, benachrichtigt diesbezüglich die betroffenen Parteien und zahlt, nachdem sie die Meldung ihrer Annahme bekommen hat. Die Entschädigung wird in Italien und in italienischer Währung ausgezahlt. Der vom Schadensfall betroffene Versicherte ist gehalten, sich den Behandlungen zu unterziehen, die nach Ansicht des Versicherers oder des Arztes der Versicherungsgesellschaft zu einer funktionellen Wiederherstellung des beschädigten Teils führen können; eine Bewertung der Invaliditätsstufe erfolgt erst, wenn von einer Therapie keine Verbesserung zu erwarten ist. Weigert sich der Versicherte, sich den genannten Behandlungen zu unterziehen, wird die Invaliditätsstufe auf die Invaliditätsstufe

reduziert, die nach einer erfolgten Behandlung zu erwarten gewesen wäre.

Art. 42 Anspruch auf Schadenersatz

Der Anspruch auf Schadenersatz ist persönlich und daher nicht übertragbar. Verstirbt der Versicherte, nachdem die Entschädigung abgefunden oder in einer bestimmten Höhe angeboten wurde, zahlt die Versicherungsgesellschaft den Erben des Versicherten den abgefundenen Betrag gemäß den Regelungen der gesetzlichen oder testamentarisch bestimmten Nachfolge aus.

Art. 43 Streitfälle

Im Fall von Divergenzen hinsichtlich der Versicherbarkeit von Personen, über die Art oder die Folgen der Krankheit gemäß Art. 5 der Allgemeinen Bedingungen und Art. 38 dieser besonderen Bedingungen betreffend einer krankheitsbedingten Invalidität, kommen die unter Art. 26 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthaltenen Regelungen zur Anwendung.

VORÜBERGEHENDE TOTALINVALIDITÄT **(Die Garantie ist nur gültig, wenn ausdrücklich verlangt)**

Art. 44	Vorübergehende Totalinvalidität
----------------	--

Im Fall, dass der Versicherte:

- a) von einer Totalinvalidität betroffen ist, die während des Zeitraums der Wirksamkeit des Versicherungsscheins beginnt und ohne Unterbrechung während des Zeitraums der Franchise weiter anhält;
- b) den Zeitraum der Franchise überschritten hat;
- c) sich in Behandlung eines qualifizierten Arztes über den ganzen Zeitraum der dauernden Invalidität befindet;
- d) eine Totalinvalidität auftritt, die ein qualifizierter Arzt als dauernd attestiert hat und die den Versicherten hindert, sich seiner Tätigkeit zu widmen, wie in der Aufstellung spezifiziert wird und gemäß der Bedingungen, der Konditionen und der Bestimmungen dieses Versicherungsscheins, erklärt sich der Versicherer bereit, den in der Aufstellung festgelegten Schadenersatz auszuzahlen.

Die Auszahlung des Beitrags für vorübergehende Totalinvalidität endet, wenn:

- vii) der Versicherte keine Anzeichen von Totalinvalidität mehr zeigt;
- viii) die insgesamt maximale Entschädigungsperiode abgelaufen ist oder wenn die angegliederte maximale Begrenzung der Versicherung erreicht ist;
- ix) der Versicherte verstirbt oder ihm dauernde Totalinvalidität attestiert wird, unabhängig
- x) davon, welcher dieser Umstände als erster eintritt.

Art. 45	Wiederkehrende Invalidität
----------------	-----------------------------------

Keht der Versicherte nach einem Zeitraum der Totalinvalidität, für die die entsprechenden Leistungen ausbezahlt wurden, zu seiner angegebenen Tätigkeit für einen Zeitraum von weniger als 15 aufeinander folgenden Tagen zurück, wird eine folgende Totalinvalidität, die ein qualifizierter Arzt als Schadensfall attestiert, der dem vorigen ähnlich ist, als Teil der vorigen Totalinvalidität eingestuft und kein weiterer Franchisenzzeitraum findet Anwendung.

Keht der Versicherte nach einem Zeitraum der Totalinvalidität, für die die entsprechenden Leistungen ausbezahlt wurden, zu seiner angegebenen Tätigkeit für einen Zeitraum von weniger als 15 hintereinander folgenden Tagen zurück, und wird eine folgende Totalinvalidität von einem qualifizierten Arzt als verschieden vom vorigen Schadensfall attestiert, kommt ein neuer Franchisenzzeitraum zur Anwendung.

Keht der Versicherte nach einem Zeitraum der Totalinvalidität, für die die entsprechenden Leistungen ausbezahlt wurden, zu seiner angegebenen Tätigkeit für einen Zeitraum von 15 oder mehr aufeinander folgenden Tagen zurück, wird eine Totalinvalidität, die zu einem darauf folgenden Zeitpunkt eintritt, als neue Totalinvalidität eingestuft und ein neuer Franchisenzzeitraum kommt zur Anwendung.

Ein infolge von neuer Totalinvalidität verlorener Tag ist in keinem Fall als Teil der Tage in Bezug auf den vorangegangenen Schadensfall zu berücksichtigen.

Art. 46 Prämienraten – Vorübergehende Totalinvalidität

Alter	Raten Franchise 30 Tage	Raten Franchise 60 Tage	Raten Franchise 90 Tage
Bis 25	3,5%	3,0%	2,5%
26–28	3,7%	3,2%	2,7%
29–30	4,0%	3,5%	3,0%
31–32	4,5%	4,0%	3,5%
33	5,0%	4,5%	4,0%
Über 33	TBA	TBA	TBA

TABELLE DER PARTIELLEN ENTSCHÄDIGUNGEN

In Abweichung von den von Artikel 6 der Allgemeinen Bedingungen Form K (Schweiz) vorgesehenen Regelungen wird im Fall einer dauernden Invalidität durch Unfall auf folgende Prozentsätze Bezug genommen.

FUNKTIONSUNTÜCHTIGKEIT

ENTSCHÄDIGUNG

	rechts	links
Totale Taubheit auf einem Ohr	15%	
Totale zweiseitige Taubheit	60%	
Totaler Sehverlust auf einem Auge	35%	
Anatomischer Abgang oder Atrophie des Augapfels ohne Möglichkeit einer Prothese	40%	
Weitere Beeinträchtigungen der Sehtüchtigkeit (siehe Tabelle auf der Rückseite)	
Absolute einseitige Nasenstenose	.8%	
Absolute zweiseitige Nasenstenose	18%	
Abgang mehrerer Zähne mit Beeinträchtigung der Kaufunktion:		
a) mit Möglichkeit der Einsetzung einer wirksamen Prothese	11%	
b) ohne Möglichkeit der Einsetzung einer wirksamen Prothese	30%	
Abgang einer Niere mit Integrität der verbleibenden Niere	25%	
Abgang der Milz ohne Veränderung der Blutkrase	15%	
Für den Abgang eines Hodens wird keine Entschädigung ausbezahlt	
Ergebnis eines gut konsolidierte Bruchs der Schlüsselbeins ohne Bewegungsbegrenzungen des Armes	5%	
Totale Ankylose des Schulterblatts-Oberarmknochengelenks mit Glied in einer günstigen Position, wenn die Unbeweglichkeit des Schulterblatts koexistiert	50%	40%
Totale Ankylose des Schulterblatts-Oberarmknochengelenks mit Glied in einer günstigen Position und normaler Beweglichkeit des Schulterblatts	40%	30%
Abgang des Armes:		
a) wegen Schulterblatt-Oberarmknochenexartikulation	85%	75%
b) wegen Amputation des oberen Drittels	80%	70%
Abgang des Armes im mittleren Drittel oder totaler Abgang des Unterarms	75%	65%
Abgang des Unterarms im unteren Drittel oder Handabgang	70%	60%
Abgang aller Finger der Hand	65%	55%
Abgang des Daumens und der ersten Mittelhand	35%	30%
Abgang des Daumens	28%	23%
Abgang des Zeigefingers	15%	13%
Abgang des Mittelfingers		12%
Abgang des Ringfingers		8%
Abgang des Nagelfingerglieds	15%	12%
Abgang des Nagelfingerglieds des Zeigefingers	7%	6%
Abgang des Nagelfingerglieds des Mittelfingers		5%
Abgang des Nagelfingerglieds des Ringfingers		3%
Abgang des Nagelfingerglieds des kleinen Fingers		5%
Abgang der letzten zwei Fingerglieder des Zeigefingers	11%	9%
Abgang der letzten zwei Fingerglieder des Mittelfingers		8%
Abgang der letzten zwei Fingerglieder des Ringfingers		6%
Abgang der letzten zwei Fingerglieder des kleinen Fingers		8%
Totale Ankylose des Ellbogengelenks mit Winkel zwischen 110° - 75°:		
a) in Halbpronation	30%	25%
b) in Pronation	35%	30%
c) in Supination	45%	40%
d) wenn die Ankylose Bewegungen von Pronosupination erlaubt	25%	20%
Totale Ankylose des Ellbogengelenks in maximaler oder fast maximaler Biegung	55%	50%
Totale Ankylose des Ellbogengelenks in maximaler oder fast maximaler Biegung:		
a) in Halbpronation	40%	35%
b) in Pronation	45%	40%
c) in Supination	55%	50%
d) wenn die Ankylose Bewegungen von Pronosupination erlaubt	35%	30%
Totale Ankylose des Gelenks der Radio-Handwurzel in geradliniger Streckung	18%	15%
Wenn die Prosupinationsbewegungen abgeschafft sind:		
a) in Halbpronation	22%	18%
b) in Pronation	25%	22%
c) in Supination	35%	30%
Totale Coxo-Femurankylose mit Glied in Streckung und in günstiger Position		45%
Totaler Abgang eines Schenkels wegen Coxo-Femurexartikulation oder hoher Amputation, die die Anbringung eines Prothesegeräts möglich macht	80%	
Abgang des Schenkels an jedwedem anderen Punkt	70%	
Totaler Abgang oder Amputation des Beins im oberen Drittel, wenn die Anbringung eines beweglichen Geräts nicht möglich ist	65%	
Abgang eines Beins im oberen Drittel, wenn die Anbringung eines beweglichen Geräts möglich ist	55%	
Abgang eines Beins im unteren Drittel oder eines Fußes	50%	
Abgang des vorderen Fußes an der Linie Fußwurzel-Mittelfuß	30%	
Abgang des großen Zehs und des entsprechenden Mittelfußes	16%	
Totaler Abgang nur des großen Zehs	7%	
Für den Abgang eines anderen Zehs wird keine Entschädigung ausbezahlt; mit Abgang mehrerer Zehen, wird jeden anderen Zeh geschätzt:		3%
Totale gradlinige Ankylose des Knies	35%	
Schienbein-Fußwurzelankylose in rechtem Winkel	20%	
Einfache Kürzung eines unteren Glieds, die 3 cm, aber nicht 5 cm übersteigt	11%	

Anmerkung Im Fall festgestellter **Linkshändigkeit** sind die festgesetzten Prozentsätze für den rechten oberen Arm für den linken Arm und die für den linken Arm für den rechten Arm zu verstehen.

TABELLE ZUR BEWERTUNG DER BEEINTRÄCHTIGUNGEN DER SEHSCHÄRFE			
--	--	--	--

Visus abgegangen	Visus restlich mit Sehschärfe	Entschädigung für geringes Auge (schlechteres Auge) %	Entschädigung für Auge mit geringerer Sehschärfe (besseres Auge) %
1/10	9/10	1	2
2/10	8/10	3	6
3/10	7/10	6	12
4/10	6/10	10	19
5/10	5/10	14	26
6/10	4/10	18	34
7/10	3/10	23	42
8/10	2/10	27	50
9/10	1/10	31	58
10/10	0	35	65

Anmerkungen:

1. Im Fall einer binokularen Beeinträchtigung werden die für jedes Auge ausgeführten Bewertungen zusammengerechnet.
2. Die Bewertung bezieht sich auf die Sehschärfe nach optischer Verbesserung, vorausgesetzt, dass die Verbesserung selbst toleriert wird; anderenfalls bezieht sich die Bewertung auf den natürlichen Visus.
3. In den Fällen, wo die Bewertung sich auf die Sehschärfe bezieht, die durch Verbesserung erreicht wird, wird die gemäß den vorigen Normen berechnete Stufe der dauernden Invalidität veränderlich um zwischen 2 und 10 Punkte je nach Stärke des Refraktionsfehlers erhöht.
4. Der Abgang von 5/10 des Visus eines Auges wird, bei Normalität des anderen, auf 16% geschätzt.
7. Im Fall einer einseitigen Aphakie:

mit verbessertem Visus von 10/10, 9/10, 8/10	15%
mit verbessertem Visus von 7/10	18%
mit verbessertem Visus von 6/10	21%
mit verbessertem Visus von 5/10	24%
mit verbessertem Visus von 4/10	28%
mit verbessertem Visus von 3/10	32%
mit verbessertem Visus geringer als 3/10	35%

6. Im Fall einer zweiseitigen Aphakie kommt aufgrund der vergleichbaren optischen und daher tolerierbaren Verbesserung die Tabelle zur Bewertung der Beeinträchtigungen der Sehschärfe plus 15% für die optische Verbesserung und für den Mangel an Akkomodationskraft zur Anwendung.

VERSICHERUNGSVEREINBARUNG SAFFP/TORUS UNFALLVERSICHERUNG BERUFSFUßBALLSPIELER

FRAGEBOGEN/VERSICHERUNGSANTRAG

WICHTIGER HINWEIS FÜR ALLE ANTRAGSTELLER

Alle Abteilungen des vorliegenden Formulars müssen, auch im Falle einer Verlängerung oder einer Vereinbarung einer Zusatzsumme einer bereits existierenden Versicherung, vollständig ausgefüllt werden. Alle Einzelheiten der Krankengeschichte müssen hervorgehoben und dürfen nicht ausgelassen werden, nur weil der Antragsteller für gesund erklärt wurde oder ihm positive medizinische Untersuchungsergebnisse mitgeteilt wurden oder weil der Antragsteller glaubt oder ihm mitgeteilt wurde, dass derartige Einzelheiten irrelevant seien. Die unterlassene Mitteilung von Informationen kann die Police ungültig machen.

BITTE ALLE FRAGEN AUSFÜLLEN

ABTEILUNG 1: Versicherungsnehmer (Person to be insured)

Vorname: (Surname)		Name: (Name)	
ADRESSE (ADDRESS)	Straße: (Street)		Hausnummer: (Number)
Stadt: (Town)		PLZ: (Postcode)	Landkreis: (District)
Geburtsdatum: (Date of birth)		Geburtsort: (Place of birth)	
Staatsangehörigkeit: (Nationality)		Steuernummer: (Fiscal Code)	
Mannschaft: (Team)		Liga: (League)	Position: (Position)
Jahreseinkommen: (Annual Salary)		Größe: (Height)	Gewicht: (Weight)
VERSICHERUNGSZEITRAUM (PERIOD OF COVERAGE)		Von: (From)	Bis: (To)
Geforderte Versicherungssumme: (Requested Sum Insured)			

ABTEILUNG 2: Persönliche medizinische Auskunft (Personal medical details)

1. Sind Sie gegenwärtig frei von Verletzungen/Krankheiten und spielen Sie regelmäßig für Ihre Mannschaft? (Are you currently free of injury/illness and regularly playing for your team?) Falls "NEIN" bitte Einzelheiten angeben (If "NO" please give details)	JA / NEIN YES / NO
2. Haben Sie in den vergangenen 36 Monaten mehr als 4 Spiele in Folge aufgrund von Verletzungen/Krankheiten ausgelassen? (During the last 36 months, have you missed more than 4 consecutive matches due to injury/illness?) Falls "JA" bitte Datum, Gründe und Anzahl der ausgelassenen Spiele angeben (If "YES" please insert dates, reasons and total number of matches missed)	JA / NEIN YES / NO

<p>3. Befinden Sie sich aktuell in gutem Gesundheitszustand und war das auch ein Jahr vor Ausfüllung dieses Fragebogens der Fall? (<i>Are you currently healthy and have you been in sound health for a year before filling in this proposal form?</i>) Falls "NEIN" bitte Einzelheiten angeben (If "NO" please give details)</p>	<p>JA / NEIN YES / NO</p>
<p>4. Leiden Sie an einer physischen Behinderung oder Krankheit? (<i>Have you any physical defect or infirmity?</i>) Falls "JA" bitte Einzelheiten angeben (If "YES" please give details)</p>	<p>JA / NEIN YES / NO</p>
<p>5. Wurden Sie informiert oder haben Sie Grund zu der Annahme, dass Sie in der Zukunft eine besondere medizinische Behandlung oder einen chirurgischen Eingriff benötigen könnten? (<i>Have you been advised or do you have any reason to believe that you may need medical treatment or undergo surgery in the future?</i>) Falls "JA" bitte Einzelheiten angeben (If "YES" please give details)</p>	<p>JA / NEIN YES / NO</p>
<p>6. Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren aufgrund wiederkehrender physischer Beschwerden einen Arzt konsultiert oder unterziehen Sie sich zurzeit besonderen medizinischen Kuren oder Therapien (zum Beispiel Entzündungs- oder Schmerztherapie)? (<i>Have you consulted a doctor in the last 2 years for any recurrent physical problem Are you taking a course of specific medical care or treatment (i.e. anti-inflammatory or pain reducing)?</i>) Falls "JA" bitte Einzelheiten angeben (If "YES" please give details)</p>	<p>JA / NEIN YES / NO</p>
<p>7. Haben Sie je an Appendizitis, Asthma, Blutdruckproblemen, Bluterbrechen, Diabetes, Dyspepsie, Epilepsie, Urikopathie, Hernie, Lähmungen, Hämorrhoiden, Rheumatismus, Hautinfektionen, Varikosis, Krankheiten oder Behinderungen des Brustkorbes oder der Atemwege, des Herzens, des Magens oder des Nervensystems gelitten? Leiden Sie an Sehstörungen? Leiden Sie an Hörstörungen? (<i>Have you ever suffered from appendicitis, asthma, blood pressure, blood-spitting, diabetes, dyspepsia, epilepsy, gout, hernia, paralysis, piles, rheumatism, any skin infection, varicose veins, any disease or disorder of the chest or respiratory system, heart, stomach or nervous system? Do you suffer from defective vision? Do you suffer from defective hearing?</i>) Falls "JA" bitte Einzelheiten angeben (If "YES" please give details)</p>	<p>JA / NEIN YES / NO</p>
<p>8. Haben Sie sich je einem chirurgischen Eingriff unterzogen oder an schwer wiegenden Krankheiten oder Verletzungen gelitten? (<i>Have you ever had any operation or suffered from any other serious injury or illness?</i>) Falls "JA" bitte Einzelheiten angeben (If "YES" please give details)</p>	<p>JA / NEIN YES / NO</p>

ABTEILUNG 3: Andere Versicherungen (Otherinsurance)

9. Sind Sie aktuell gegen Unfälle oder Krankheiten versichert? (<i>Are you currently insured against accident or illness?</i>) Falls "JA" bitte Versicherer und Versicherungssumme angeben (If "YES" please say with whom and for what sum insured)	JA / NEIN YES / NO
10. Wurde Ihnen je Versicherungsschutz gegen Unfall und Krankheit zu besonderen Bedingungen verweigert oder zugestanden? Hat je ein Versicherer Ihren Versicherungsschutz aufgehoben oder hat er die Verlängerung eines solchen abgelehnt? (<i>Have you ever been declined or accepted on special terms, for accident or illness insurance? Has any insurer ever cancelled or declined to renew your policy?</i>) Falls "JA" bitte Einzelheiten angeben (If "YES" please give details)	JA / NEIN YES / NO
11. Haben Sie jemals einen Unfall erlitten, der die Bezahlung des Schadensfalls von seiten einer Unfall- oder Krankenversicherung bewirkte? (<i>Have you ever suffered an accident which has resulted in a claim paid by any insurance policy for accident or illness?</i>) Falls "JA", bitte die Höhe des bezahlten Schadens angeben (If "YES", please provide full information detailing the level to the amount of the claim paid)	JA / NEIN YES / NO

Ich bestätige, alle Angaben in diesem Dokument nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und dass alle in diesem Dokument enthaltenen Angaben und Informationen der Wahrheit entsprechen und dass keine Informationen oder Fakten verschwiegen wurden. Mir ist klar, dass eine unvollständige oder falsche Angabe den Versicherer berechtigt, den abgeschlossenen Versicherungsschutz zu kündigen. (Unter Fakten sind alle Tatsachen zu verstehen, die möglicherweise die Annahme oder abweichende Bewertung des Antrags von seiten des Versicherers beeinflussen könnten).

Mir ist ferner klar, dass der Versicherer Bedingungen und Konditionen auf Grundlage der in diesem Fragebogen gemachten Angaben festlegt und dass die Unterschrift desselben weder mich verpflichtet, den Versicherungsschutz zu unterschreiben noch den Versicherer, ihn anzunehmen.

To the best of my knowledge and belief, the information provided in connection with this proposal, whether in my own hand or not, is true and I have not withheld any material facts. I understand that non-disclosure or misrepresentation of a material fact may entitle Underwriters to void the insurance. I understand that Underwriters will determine their terms and conditions upon the information provided in connection with this proposal; and I further understand that the signing of this proposal does not bind me to complete or Underwriters to accept this Insurance.

Unterschrift des Antragstellers _____
Proposer's signature

Datum _____
Date

PREMIUM RATES

PERMANENT DISABLEMENT/ACCIDENTAL DEATH

Age	Rates up to € 600.000	Rates from € 600.000 to € 1.000.000	Rates from € 1.000.000 to € 5.000.000
Up to 24	1,20%	1,00%	0,90%
25 – 32	1,35%	1,15%	1,05%
33	1,5%	1,3%	1,2%
34 and beyond	1,65%	1,55%	1,45%

TEMPORARY TOTAL DISABLEMENT

Age	Rates deductible 30 days	Rates deductible 60 days	Rates deductible 90 days
Up to 25	3,5%	3,0%	2,5%
26 – 28	3,7%	3,2%	2,7%
29 – 30	4,0%	3,5%	3,0%
31 – 32	4,5%	4,0%	3,5%
33	5,0%	4,5%	4,0%
33 and beyond	TBA	TBA	TBA

Example of coverage for football player Under 24 years old

PD/AD Sum Insured	Premium Rate	PD/AD Premium	TTD Sum Insured	TTD Premium 30 days deductible (rate 3,50%)	TTD Premium 60 days deductible (rate 3,00%)	TTD Premium 90 days deductible (rate 2,50%)	TOTAL ANNUAL PREMIUM		
							PD/AD + TTD 30 days	PD/AD + TTD 60 days	PD/AD + TTD 90 days
100.000 €	1,20%	1.200 €	100.000 €	3.500 €	3.000 €	2.500 €	4.700 €	4.200 €	3.700 €
			300.000 €	10.500 €	9.000 €	7.500 €	11.700 €	10.200 €	8.700 €
			500.000 €	17.500 €	15.000 €	12.500 €	18.700 €	16.200 €	13.700 €
300.000 €	1,20%	3.600 €	100.000 €	3.500 €	3.000 €	2.500 €	7.100 €	6.600 €	6.100 €
			300.000 €	10.500 €	9.000 €	7.500 €	14.100 €	12.600 €	11.100 €
			500.000 €	17.500 €	15.000 €	12.500 €	21.100 €	18.600 €	16.100 €
500.000 €	1,20%	6.000 €	100.000 €	3.500 €	3.000 €	2.500 €	9.500 €	9.000 €	8.500 €
			300.000 €	10.500 €	9.000 €	7.500 €	16.500 €	15.000 €	13.500 €
			500.000 €	17.500 €	15.000 €	12.500 €	23.500 €	21.000 €	18.500 €
1.000.000 €	1,12% (1,20% from € 0 to € 600k 1% from 600k to 1.000k)	11.200 €	100.000 €	3.500 €	3.000 €	2.500 €	14.700 €	14.200 €	13.700 €
			300.000 €	10.500 €	9.000 €	7.500 €	21.700 €	20.200 €	18.700 €
			500.000 €	17.500 €	15.000 €	12.500 €	28.700 €	26.200 €	23.700 €

KEYS

PD	Permanent Disablement
AD	Accidental Death
TTD	Temporary Total Disablement