

1036

Polizza
MULTIGARANZIA PER LA PERSONA
Parte B

NUMERO POLIZZA 1/3940/77/162997989
 AGENZIA SAN BONIFACIO CODICE SUBAGENZIA 100

Contraente/Assicurato I.C. DANTE ALIGHIERI
Domicilio VIA RINASCIMENTO, 45 - 37044 COLOGNA VENETA - VR
Codice Fiscale 91017190231

DATI GENERALI		PREMI		
Effetto polizza	09/09/2018		Prima rata	Rate Successive
Scadenza polizza	09/09/2021	Premio netto	5.639,96	5.639,96
Pagamento premio	ANNUALE	Accessori	845,99	845,99
Tacito rinnovo	NO	Tassabile	6.485,95	6.485,95
Convenzione	SI	Tasse	233,65	233,65
Vincolo	NO	TOTALE PREMIO ANNUO	(*) 6.719,60	6.719,60
Campagna di vendita	NO			

Le tasse sono calcolate secondo le aliquote vigenti.

(*) Informazioni ai fini fiscali

Ai sensi del vigente art.15 comma 1 lett. F) del D.P.R: 917/86, si dichiara che il premio versato dal Contraente per la copertura del rischio di Morte da infortunio e/o Invalidità Permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante risulta di Euro **4.655,00**.

DATI CONTRATTUALI - GARANZIE PRESTATE - PREMI ANNUI

FORMA DI GARANZIA : INFORTUNI 24 ORE SU 24 PER PROFESSIONE

N. Gruppi Assicurati 1

RIEPILOGO GARANZIE PRESTATE E PREMI ANNUI

Garanzie Prestate	N. gruppi	N. persone	Premio annuo complessivo
Infortunati			
Morte	1	1070	2.450,00
Invalità permanente	1	1070	2.450,00
Rimborso spese sanitarie	1	1070	350,00
Ricovero ospedaliero	1	1070	221,00
Malattia			
Ricovero ospedaliero	1	1070	200,00
Assistenza			
24Ore extr	1	1070	1.048,60
Totale premio annuo lordo			6.719,60

1036

Polizza
MULTIGARANZIA PER LA PERSONA
Parte B

NUMERO POLIZZA 1/3940/77/162997989
 AGENZIA SAN BONIFACIO CODICE SUBAGENZIA 100

Gruppo n. 1 N. persone assicurate 1.070
 Professione ALUNNI E PERSONALE SCUOLA

PERSONE ASSICURATE - GARANZIE PRESTATE - CAPITALI E PREMI ANNUI

Garanzie prestate	Somma assicurata/ Massimale assicurato/ Indennità giornaliera	Tasso		Premio annuo lordo
		per mille	per euro	
Infortuni				
Morte	100.000,00	0,02		2.450,00
Invalità permanente	250.000,00			2.450,00
Rimborso spese sanitarie	15.000,00			350,00
Ricovero ospedaliero	100,00			221,00
Malattia				
Ricovero ospedaliero	25,00			200,00
Assistenza				
24Ore extr				1.048,60
Totale premio annuo lordo				6.719,60

1036

1 003 00000 00131337667

Polizza
MULTIGARANZIA PER LA PERSONA
Parte B

NUMERO POLIZZA
AGENZIA

1/3940/77/162997989
SAN BONIFACIO

CODICE SUBAGENZIA 100

ESTREMI DELLA POLIZZA E DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

ESTREMI DELLA POLIZZA

Il presente contratto:

- E' emesso alle condizioni previste dalla convenzione assicurativa CONVENZIONE SCUOLE
- E' integrato dall'allegato contenente descrizioni specifiche per il rischio e/o condizioni aggiuntive.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Il Contraente dichiara:

- ✓ di aver ricevuto dall'intermediario assicurativo o visionato nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente polizza, nei modi e tempi previsti dalla normativa vigente, i documenti precontrattuali sugli obblighi di comportamento degli intermediari (mod. 7A) e sui dati essenziali della sua attività (mod. 7B), previsti dall'art. 49, commi 1 e 2, del Reg. Isvap n. 5 del 16/10/2006;
- ✓ di avere ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Fascicolo Informativo edizione comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy;
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Fascicolo Informativo edizione, incluse le condizioni particolari effettivamente prescelte, indicate nella sezione dedicata nonché le eventuali integrazioni contenute nell'ALLEGATO di POLIZZA, oggetto di trattativa individuale, che in caso di discordanza prevalgono sulle Condizioni di Assicurazione prestampate;

Avvertenza: si invita il Contraente a rileggere con attenzione le proprie dichiarazioni, in quanto se non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direttore Generale
Matteo Laterza



Il Contraente

Il Contraente dichiara:

- ✓ di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa
- ✓ di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto

IL CONTRAENTE

1036

Polizza
MULTIGARANZIA PER LA PERSONA
Parte B

NUMERO POLIZZA	1/3940/77/162997989	CODICE SUBAGENZIA	100
AGENZIA	SAN BONIFACIO		

Polizza emessa il 05/09/2018

Il premio della rata alla firma è stato pagato il 7 SET. 2018

I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Periodicità del premio: le rate successive alla prima avranno cadenza annuale

L'Agente o l'Incaricato



1036

Allegato a Polizza
MULTIGARANZIA PER LA PERSONA
Parte B

NUMERO POLIZZA	1/3940/77/162997989		
AGENZIA	SAN BONIFACIO	CODICE SUBAGENZIA	100

Contraente/Assicurato I.C. DANTE ALIGHIERI
Domicilio VIA RINASCIMENTO, 45 - 37044 COLOGNA VENETA - VR
Codice Fiscale 91017190231

INTEGRAZIONI E/O MODIFICHE AI CONTENUTI DI POLIZZA

FANNO PARTE DELL'ISTITUTO SCOLASTICO "DANTE ALIGHIERI" DI COLOGNA VENETA ANCHE LE SEGUENTI SEDI STACCATE:

- scuola secondaria "Dante Alighieri" Via Rinascimento 45- Cologna Veneta e sede degli uffici;
- scuola primaria "Vittorio Emanuele II" - Via Verdi 18- Cologna Veneta;
- scuola primaria S. Andrea - Via Sant'Andrea 27 - Cologna Veneta;
- scuola primaria Pressana - Via Mazzini 32 - Pressana;
- scuola primaria Roveredo di Gua' - Via D. Alighieri 27 - Roveredo' di Gua';
- scuola dell'Infanzia "Arcobaleno" - Via IV Novembre 14 - Pressana;
- scuola dell'Infanzia "S. Giuseppe" - Via D. Alighieri 33 - Roveredo di Gua' .

CIG Z2323938D1

Il Contraente

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direttore Generale
Matteo Laterza



Nota Informativa

Rami Infortuni e Malattia

Premessa

La nota informativa, redatta in conformità alle disposizioni contenute nell'art. 185 del D.Lgs. N. 209/05, Codice delle assicurazioni private, e a quelle impartite dall'ISVAP, è consegnata al Cliente prima della sottoscrizione del contratto di cui non costituisce parte integrante.

Per maggiore chiarezza i contenuti che prevedono decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono stampati su fondo colorato, in questo modo evidenziato, e sono da leggere con particolare attenzione.

1. Informazioni relative alla Società

Le assicurazioni di cui alla presente polizza di riferimento saranno prestate da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., con sede legale e Direzione Generale in via Stalingrado 45, 40128 Bologna (Italia), tel. 051.5077111 - fax 051.375349, sito internet: www.unipolsai.it, La Società è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento Isvap n. 2542 del 3/8/2007, pubblicato sulla G.U. n. 195 del 23/08/2007.

2. Informazioni relative al contratto

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali, per le quali si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione facenti parte della polizza, che il Cliente è invitato a leggere attentamente prima della sottoscrizione, richiedendo alle agenzie tutti i chiarimenti necessari.

2.1 Legislazione applicabile

Il contratto sarà concluso con UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e ad esso sarà applicata la legge italiana.

Ai sensi dell'art. 180 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, per le assicurazioni non obbligatorie è facoltà delle Parti scegliere una legislazione diversa, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative vigenti in Italia.

Anche per tali assicurazioni UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol propone comunque di scegliere la legislazione italiana.

Per le assicurazioni obbligatorie prevalgono in ogni caso le disposizioni specifiche dettate dalla legislazione italiana.

2.2 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Clienti** - Via della Unione Europea n. 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Tel.: 02.55604027 (da lunedì a giovedì dalle ore 9,00 alle ore 12,30; venerdì dalle 9,00 alle 12,00), Fax: 02.51815353, E-mail: reclami@unipolsai.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.421331.

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Compagnia www.unipolsai.it

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui il Cliente e UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'ISVAP si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

2.3 Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale Decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi e di risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali Organismi, alla sede legale di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Ufficio riscontro, Via Stalingrado, 45, 40128 Bologna, fax n. 051.5077689. Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione sarà obbligatorio, cioè dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

2.4 Durata del contratto

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle Parti entro il termine indicato in polizza, si rinnova tacitamente per una ulteriore annualità e così successivamente di anno in anno. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, del Codice Civile. Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, non viene previsto il tacito rinnovo del contratto. Pertanto la garanzia cesserà alla scadenza pattuita senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, del Codice Civile.

3. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale de diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art.li 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

4. Periodi di carenza contrattuale

Per le polizze Infortuni la garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento della prima rata di premio (ex art. 1901 del Codice Civile).

Per le polizze Malattia la garanzia decorre dalle ore 24 del:

- giorno di pagamento della prima rata di premio, per gli infortuni;

- 30° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per le malattie;

- 30° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per l'aborto terapeutico se effettuato nel secondo trimestre di gravidanza e per le malattie dipendenti da gravidanza (compreso l'aborto spontaneo), soltanto se quest'ultima ha avuto inizio in un momento successivo al giorno del pagamento del premio;

- 180° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per le conseguenze di stati patologici noti al Contraente e/o all'Assicurato, ovvero diagnosticati, ovvero sottoposti ad accertamenti, ovvero curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato ed accettati dalla Società;

- 180° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione del contratto, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente a tale data;

- 300° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per il parto e per le malattie dipendenti da puerperio.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra riguardante gli stessi assicurati ed identiche garanzie, i termini di cui sopra operano dalle ore 24 del giorno in cui essa si perfeziona, solo e limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste; resta ferma la decorrenza dalle ore 24 del giorno di perfezionamento della polizza sostituita, per le prestazioni da questa già previste.

In caso di variazione intervenuta nel corso del contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate. Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, l'assicurazione vale per le Invalidità Permanenti conseguenti ad una malattia che si sia manifestata dopo 90 giorni dal momento in cui decorre l'assicurazione.

5. Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



APPENDICE INTEGRATIVA DEL FASCICOLO INFORMATIVO PER CONTRATTI DANNI

(ad esclusione dei contratti per la Responsabilità Civile Autoveicoli)

La presente appendice integrativa costituisce parte integrante del Fascicolo informativo, ed è valida a decorrere dal 26 novembre 2016

La presente appendice integrativa - consultabile sul sito www.unipolsai.it - prevede l'aggiornamento delle informazioni contenute nel Fascicolo informativo.

In particolare l'aggiornamento:

- è conseguente all'emanazione del Provvedimento IVASS n. 46 del 3 maggio 2016 recante modifiche al Regolamento ISVAP n. 24/2008, concernente la procedura di presentazione dei reclami all'IVASS e la gestione dei reclami da parte delle imprese di assicurazione e degli intermediari;
- riguarda la sezione C - Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami, contenuta nella Nota informativa del Fascicolo informativo, che deve pertanto intendersi modificata nei termini sotto riportati.

NOTA INFORMATIVA

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto (i) la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero (ii) un servizio assicurativo, ovvero (iii) il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti
Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)
Fax: 02.51815353 e-mail: reclami@unipolsai.it

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta, nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane - Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di arbitrato ove prevista dalle Condizioni di Assicurazione

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direttore Generale

Matteo Laterza


POLIZZA INFORTUNI SCUOLA

DEFINIZIONI

I seguenti vocaboli, usati nella polizza, significano:

COMPAGNIA E/O SOCIETÀ

Compagnia Assicuratrice Unipol S.p.A.

ASSICURATO

La persona nel cui interesse è stipulata la polizza.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

POLIZZA

il documento che prova il contratto di assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta alla Compagnia.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

SFORZO

Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato.

RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti il pernottamento o degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

INGESSATURA

Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti, purché applicati in Istituto di Cura ed inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione pertanto di tutti i tutori preconfezionati.

ISTITUTI DI CURA

Ospedale, Clinica, Casa di Cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

1. NORME CONTRATTUALI COMUNI

1.1 PROVA DEL CONTRATTO

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELLE GARANZIE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

1.3 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

La Società presta la garanzia e determina il premio sulla base delle dichiarazioni del Contraente.

Le dichiarazioni inesatte e/o le omissioni possono comportare o il mancato pagamento dell'indennizzo o un pagamento ridotto, nonché l'annullamento dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892-1893-1894 del Codice Civile.

1.4 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti e non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

1.5 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

1.6 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

L'omissione della comunicazione di cui sopra può comportare la decadenza dal diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Le comunicazioni debbono avvenire per iscritto.

1.7 TACITA PROROGA DELLA POLIZZA

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata spedita almeno **2 mesi** prima della scadenza, la polizza è prorogata per un anno, e così successivamente di anno in anno.

1.8 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al **60^o** giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo previsto dalle garanzie prestate in polizza, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 15 giorni. In tal caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, corrisponderà al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso al netto della relativa imposta.

1.9 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente.

1.10 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

1.11 PROVA

È a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di polizza.

1.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quello che non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

1.13 TRACCIABILITA' FLUSSI FINANZIARI

La Compagnia assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

La Compagnia si impegna a dare immediata comunicazione all'Ente ed alla prefettura-ufficio territorialmente competente del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (C.G.A)

RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE

2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

L'Assicurazione di cui alla presente polizza vale per gli infortuni che colpissero gli Assicurati (Preside, Direttore, Alunni, personale docente e non docente) derivanti da tutte le attività scolastiche e parascolastiche, organizzate dalla Contraente oppure da terzi ma a cui la Contraente ha esplicitamente aderito, sia all'interno che all'esterno dei locali dove vengono svolte le lezioni (gite ricreative ed educative, stages, attività ginniche, giochi della gioventù, ecc.), in qualunque orario ed in qualunque giorno, compresi i festivi, per tutta la loro durata anche se si protraesse di varie ore rispetto a quella dichiarata nel programma, sempreché siano autorizzate dal Consiglio di Circolo/Istituto o dal Direttore/Preside.

Rischio itinere

In copertura è compreso inoltre, il tragitto, anche con uso di veicoli, da casa all'Istituto Scolastico e viceversa, nei limiti di tempo di un'ora prima dell'inizio delle lezioni o dell'attività esterna ed un'ora dopo il termine delle stesse, compreso l'eventuale tragitto per il trasferimento del personale che svolga servizio presso più Istituti Scolastici e/o Sedi.

Limitatamente al rischio itinere, le garanzie della presente copertura assicurativa s'intendono prestate nella misura ridotta del 50%.

“Settimane bianche” e sport della “neve”

Limitatamente ai sinistri accaduti durante le “settimane bianche” o la pratica di sport collegati alla neve (compreso il pattinaggio sul ghiaccio) e fermo restando che tali attività si svolgano con il patrocinio della Contraente, le garanzie della presente copertura assicurativa s'intendono prestate nella misura ridotta del 50%.

La copertura inoltre s'intende automaticamente estesa:

- agli alunni di altre scuole che siano temporaneamente ospiti dell'Istituto;
- gli accompagnatori di alunni di altre scuole temporaneamente ospiti dell'Istituto;
- a familiari che si trovano all'interno della scuola per lo svolgimento delle attività istituzionali dell'Istituto;
- a familiari che partecipano alle uscite organizzate e autorizzate dalla scuola in veste di partecipanti/accompagnatori degli allievi.
- a familiari stessi che volontariamente svolgono attività all'interno della scuola;
- a tutti i supplenti temporanei, a condizione che l'insegnante sostituito risulti assicurato;
- agli Operatori della scuola, a condizione che gli Operatori sessi siano nominativamente identificati con apposito elenco da allegare al presente contratto e sia versato il relativo premio, nella qualità di membri di diritto degli Organi Collegiali previsti dal D.P.R. n. 416 del 31/05/1974 e ss.mm.
- agli insegnanti che non hanno aderito alla copertura assicurativa ai sensi dell'art. 13 delle *Condizioni Particolari* quando si trovano nella veste di accompagnatori degli studenti durante le attività della scuola (quali gite, visite guidate, soggiorni, viaggi di istruzione, visite e uscite didattiche in genere) e in qualità di Membri di diritto degli Organi Collegiali d'Istituto.
- ai partecipanti a corsi post-diploma o di formazione/istruzione; sempreché l'attività delle persone sopraindicate risulti da autorizzazione nominativa effettuata da parte degli Organi d'Istituto competenti

2.2 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee; gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto al punto **2.18** (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

2.3 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili).

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno.

2.4 RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

2.5 SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione resta operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

2.6 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

2.7 RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al punto **2.3** (rischio volo);
- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) da corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- d) da corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;

- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto **2.4** (rischio guerra all'estero);
- g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

- i) gli infarti;
- l) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

2.8 LIMITI DI ETÀ

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare. In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri

2.9 PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione cessa, per l'Assicurato, con il manifestarsi di patologie riconducibili all'alcolismo e/o a forme di tossicodipendenza, senza che di contro possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

2.10 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dal punto **2.18** (invalidità permanente).

2.11 CUMULO DI INDENNITÀ

Le indennità per ricovero sono cumulabili tra loro e con tutte le altre garanzie. L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

2.12 ESONERO

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, salvo quanto previsto al punto **2.9** (Persone non assicurabili). Viene tuttavia confermato che l'indennizzo e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolati a norma della presente polizza.

2.13 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Sulla base delle "indicazioni del Ministero della P.I. prot. N. 2170 del 30/5/96, si precisa che:

le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto **2.10** (Criteri di indennizzabilità riportato nelle CGA) **possono essere demandate** per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo

dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza 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 ognuna delle Parti.

2.14 LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio (compreso il rischio "terremoto") che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di **€ 10.000.000,00**.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

2.15 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

RELATIVE AL CASO MORTE

2.16 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida al beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida tale somma, in parti uguali, agli eredi.

2.17 MORTE PRESUNTA

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

RELATIVE ALLA INVALIDITÀ PERMANENTE

2.18 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un arto superiore	70%
- una mano o un avambraccio	60%
- un pollice	18%
- un indice	14%
- un medio	8%
- un anulare	8%
- un mignolo	12%
- la falange ungueale del pollice	9%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito

Per:

- anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
---	-----

-anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera		20%
-anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera		10%
- blocco della pronosupinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano	7%	
- paralisi completa del nervo radiale		35%
- paralisi completa del nervo ulnare		20%
- esiti di rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale		5%
Per:		
-amputazione di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia		70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio		60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
- un piede		
	40%	
- ambedue i piedi		
	100%	
- un alluce		5%
- la falange ungueale dell'alluce		
	2,5%	
- un altro dito del piede		1%
Per:		
- anchilosi dell'anca in posizione favorevole		
	35%	
- anchilosi del ginocchio in estensione		
25%		
- esiti di frattura del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile		2%
- esiti di frattura del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile		3%
- lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio	9%	
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto		
10%		
- anchilosi della sotto astragalica		5%
- paralisi completa dello sciatico popliteo esterno		
15%		
- esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille		4%
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
- un occhio		
25%		
- ambedue gli occhi		
	100%	
Per:		
- sordità completa di un orecchio		10%
- sordità completa di ambedue gli orecchi		40%
- stenosi nasale assoluta monolaterale		4%
- stenosi nasale assoluta bilaterale		10%
- esiti di frattura scomposta di una costa		1%
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale		12%
- una vertebra dorsale		5%
- 12° dorsale		10%

- una vertebra lombare	10%
- esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente	5%
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
- perdita anatomica di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria	15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

2.19 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

A richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 25.000,00

RELATIVE AL RICOVERO E ALLE SPESE SANITARIE

2.20 RIMBORSO SPESE SANITARIE

Se l'Assicurato In conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma prevista per anno assicurativo, le spese sostenute:

nel corso del ricovero in Istituto di Cura:

- trasporto dell'Assicurato in ambulanza dal luogo dell'infortunio all'Istituto di Cura;
- visite mediche e specialistiche;
- farmaci;
- esami di laboratorio;
- rette di degenza in Istituto di Cura;
- onorari medici (chirurgo, aiuto, assistente, anestesista) e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- tickets;

dopo il ricovero oppure in assenza di ricovero in Istituto di Cura:

- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dall'Istituto di Cura e necessari per la riabilitazione della parte anatomica sinistrata purché effettuati entro 20 giorni dalla data di dimissioni dall'Istituto di Cura oppure dalla data di prescrizione;
- tickets;

- visite mediche specialistiche;
- accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio;

Se l'assicurato in conseguenza d'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, fa ricorso a prestazioni sanitarie in strutture private, verrà applicato uno scoperto del 30% con un massimo indennizzo di €. 5.000,00.

A cura ultimata, la Società effettua il rimborso delle garanzie sopra riportate su presentazione, in originale, dalle relative notule, distinte, ricevute o fatture debitamente quietanzate.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione dell'indennizzo e dell'importo liquidato.

Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro.

Le spese sostenute all'estero nei paesi non aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

2.21 INDENNITÀ DI RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 180 giorni, su presentazione di cartella clinica.

Qualora il ricovero venga effettuato in regime di degenza diurna (**Day Hospital**) di almeno sei ore continuative, l'indennità giornaliera di degenza verrà corrisposta in ragione del 50% della somma assicurata per un periodo massimo di 180 giorni.

2.22 INDENNITÀ DI RICOVERO A SEGUITO DI MALATTIA

Per malattia s'intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Se la malattia ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza su presentazione di cartella clinica.

La garanzia viene prestata esclusivamente a seguito di insorgenze acute con esclusione delle situazioni patologiche insorte e/o rilevatesi precedentemente alla stipula del contratto, anche se emergenti successivamente con manifestazioni improvvise.

Sono esclusi dall'assicurazione i ricoveri:

- per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- per la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- per le cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione.

RELATIVE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO

2.23 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Compagnia o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, **entro 15 giorni** dal sinistro o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Compagnia.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 1) SOMME ASSICURATE

Ciascun Assicurato è garantito per le seguenti somme assicurate secondo i criteri espressi dalle specifiche condizioni di assicurazione.

PRESTAZIONE

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
morte	€ 100.000,00
invalidità permanente	€ 250.000,00
invalidità permanente maggiorata per I.P. > 65%	€ 100.000,00
indennità di ricovero ospedaliero	€ 100,00
Day Hospital	€ 50,00
indennità di ricovero da malattia	€ 25,00
rimborso spese sanitarie	€ 15.000,00
ingessatura	€ 40,00
Invalidità Permanente da MALATTIA: caso Poliomielite e Meningite	€ 50.000,00
danni estetici permanenti	€ 25.000,00
danni al vestiario, a biciclette, a strumenti musicali	€ 300,00
danni a carrozzelle e apparecchi acustici	€ 500,00
spese di primo trasporto	€ 1.000,00
cure per protesi dentarie	€ 10.000,00
acquisto lenti	€ 200,00
acquisto montatura	€ 100,00
rimborso spese per stages all'estero	€ 1.000,00
perdita dell'anno scolastico	€ 3.000,00
rimborso per lezioni private	€ 1.000,00
regolazione premio con flessibilità del 5%	compresa

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE E FRANCHIGIA (operanti solo se indicate)

Prestazione	CP	Somma assicurata
Contagio da virus H.I.V.	330	€ 50.000,00

Il premio annuo complessivo per ogni assicurato è di **€ 6,28**

Art. 2) - GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE

A parziale deroga delle C.G.A., in caso di Invalidità Permanente, la Società calcolerà l'indennizzo sulla somma assicurata, in proporzione al grado di **invalidità accertata** secondo la tabella di seguito riportata:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	INDENNIZZO PER OGNI PUNTO DI INVALIDITA' ACCERTATO
Pari o inferiore al 5%	€ 250,00
Superiore al 5% sino al 10%	€ 650,00
Superiore al 10% sino al 25%	€ 1.150,00
Superiore al 25% sino al 60%	€ 1.400,00
Superiore al 60%	Il 100% della somma assicurata

Art. 2.1) – GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE MAGGIORATA € 100.000,00

Qualora l'Infortunio indennizzabile ai sensi di polizza determini una Invalidità Permanente di grado superiore al 65%, la Compagnia in aggiunta all'indennità liquidabile ai termini di polizza, mette a disposizione dell'assicurato una ulteriore indennità pari a € 100.000,00

La presente garanzia è esclusivamente a favore degli alunni

Art. 3) - DANNI ESTETICI PERMANENTI

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza danni estetici permanenti che si manifestino entro un anno dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Società corrisponderà un indennizzo secondo la sottoindicata tabella, calcolato sulla base della somma assicurata in polizza.

La valutazione tabellare del danno estetico (dopo detrazione dell'eventuale franchigia) verrà sommata alla eventuale percentuale di invalidità permanente, se esistente, derivante dalle altre conseguenze indennizzabili dell'infortunio.

Tabella di riferimento delle valutazioni del grado percentuale dei danni estetici permanenti

- gravissima deformazione del viso	40%
- perdita completa del cuoio capelluto	15%
- perdita di tutto il naso	30%
- perdita di un padiglione auricolare	11%
- perdita di un labbro	15%
- perdita di un emilabbro	10%
- perdita di ambedue le labbra	25%
- perdita di un occhio senza la possibilità di applicare protesi estetica	10%
- perdita della mandibola	30%

- Esiti cicatriziali al volto

a) cicatrici lineari visibili a distanza di conversazione , per ogni 4 centimetri 3%

b) cicatrici a superficie estesa visibili a distanza di conversazione, per ogni cmq. 1%

Esiti cicatriziali al collo:

cicatrici a superficie estesa ipertrofiche, discromiche o retraenti visibili a distanza di conversazione.

fino a 20cmq	da 0% a 5%
da 20 cmq. A 50 cmq.	da 5% a 10%
oltre 50 cmq.	da 10% a 15%

La garanzia non è operante per danni estetici al tronco, all'addome e agli arti.

Le cicatrici multiple o perdite di sostanza (parti molle e/o ossee) al volto, sono valutabili al massimo con le stesse cifre percentuali previste per la "gravissima deformazione del viso".

Nel caso di danni estetici permanenti plurimi l'indennizzo viene stabilito mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione. In ogni caso la percentuale della invalidità

permanente indennizzabile complessiva, ivi compresa quella derivante dalle altre conseguenze dell'infortunio, non potrà superare il valore massimo del 100%.

La Società non corrisponderà alcun indennizzo per danni estetici permanenti quando questi sono di grado non superiore al 5% se, invece, essi risultano superiori a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui il grado dei danni estetici permanenti sia pari o superiore al 25%, la Società liquiderà l'indennizzo senza applicazione di franchigia.

Art. 4) - INGESSATURA

Qualora a seguito di infortunio garantito a termini di polizza, all'Assicurato venga applicata in Istituto di Cura una ingessatura e/o apparecchi protesici inamovibili agli arti inferiori/superiori, applicati e/o da rimuovere da personale medico, la Società corrisponderà una diaria giornaliera per ogni giorno in cui l'Assicurato, pur con l'immobilizzazione suddetta, è risultato presente a scuola.

Tale prestazione viene garantita per un massimo di 20 giorni per ogni sinistro. Limitatamente agli arti superiori l'importo della diaria indicato nell'art. 1 ("Somme Assicurate") s'intende prestato nella misura ridotta del 50%.

Art. 5) – DANNI AL VESTIARIO, BICICLETTE, STRUMENTI MUSICALI, CARROZZELLE, APPARECCHI ACUSTICI

In conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute per:

- a) l'acquisto del suo **vestiario** in sostituzione di quello danneggiato avente analogo valore con il massimo indennizzo di € 300,00;
- b) acquisto, riparazione, noleggio di **carrozzelle** o **altri presidi sanitari**, in sostituzione di quello danneggiato avente analogo valore, con il massimo indennizzo di € 500,00.
- c) acquisto, la riparazione di **biciclette** danneggiate aventi analogo valore, con il massimo indennizzo di € 300,00.
- d) acquisto, riparazione di **strumenti musicali** danneggiati aventi analogo valore, con il massimo indennizzo di € 300,00.
- e) acquisto, riparazione di **apparecchi acustici**, in sostituzione di quelli danneggiati avente analogo valore, con il massimo indennizzo di € 500,00.

Art. 6) – SPESE DI PRIMO TRASPORTO

Qualora a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato debba essere trasportato in Ambulatorio oppure in Istituto di Cura, la Società rimborsa all'Assicurato, purché documentate, le spese sostenute per il ripristino della tappezzeria del veicolo che ha effettuato il primo trasporto, imbrattata o danneggiata a causa del trasporto stesso necessario per il soccorso dell'Assicurato.

Art. 7) CURE PER PROTESI DENTARIE

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti della somma prevista in polizza e per infortunio indennizzabile a termini di polizza, le spese relative alla prima protesi, sempreché applicata entro un anno dal giorno dell'infortunio, con il limite massimo di € 500,00 per dente.

Art. 8) – ACQUISTO LENTI

La Società rimborsa fino alla concorrenza della somma assicurata le spese sostenute dall'assicurato a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza per l'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto,

rese necessarie da danno oculare con modifica del visus e sempreché la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio stesso.

Sono comprese in garanzia anche le spese sostenute per l'acquisto della relativa montatura fino alla concorrenza della somma assicurata.

Si conviene che il rimborso complessivo tra LENTI e MONTATURE non potrà essere superiore a € 200,00

Art. 9) - RIMBORSO SPESE PER STAGES ALL'ESTERO

Qualora la Direzione Didattica organizzi scambi di classe oppure stages con Paesi stranieri, la Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale previsto in polizza, le spese sostenute per:

- cure ospedaliere rese necessarie da malattia che colpisca l'Assicurato mentre si trova all'estero;
- per il rientro anticipato o posticipato sostenute dall'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia verificatosi all'estero;
- per rientro anticipato dell'Assicurato dovuto a decesso di un familiare;
- per il viaggio di un familiare dell'Assicurato partecipante allo stages reso necessario a seguito di ricovero superiore a 5 giorni consecutivi, dovuto ad infortunio o malattia dell'Assicurato.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su prestazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

Art. 10) - PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

A seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, che dovesse comportare la perdita dell'anno scolastico, la Compagnia liquiderà all'Assicurato un importo forfettario pari a quanto indicato nella specifica voce dell'art.1 delle Condizioni Particolari. La perdita dell'anno scolastico e la sua causa devono risultare da dichiarazione rilasciata dall'Istituto Scolastico.

Art. 11) – RIMBORSO LEZIONI PRIVATE

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai termini di polizza l'Assicurato risulti assente per almeno 20 giorni consecutivi di calendario scolastico, saranno rimborsate le spese documentate sostenute per lezioni private o corsi di recupero.

Art. 12) – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA: CASO POLIOMIELITE – MENINGITE

La garanzia è prestata per il caso in cui la patologia si manifesti dopo il 90° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione e comunque di comprovata insorgenza scolastica e non oltre la cessazione del presente contratto, e determini una invalidità permanente di grado superiore al 25%.

Sarà corrisposta indennità per le conseguenze dirette ed esclusive della patologia denunciata, obiettivamente constatabile e che sia indipendente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti. Il grado di invalidità permanente viene determinato quando per effetto della remissione della malattia le menomazioni risultino: stabili, quantificabili e a esito non infausto a giudizio medico.

La liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata, sempre che sia stato accertato un grado superiore al 25% con le seguenti modalità:

IPM Accertata	IPM Liquidata	IPM Accertata	IPM Liquidata
26	2	51	53
27	4	52	56
28	6	53	59
29	8	54	62
30	10	55	65
31	12	56	68
32	14	57	71
33	16	58	74
34	18	59	77
35	20	60	80
36	22	61	83

37	24	62	86
38	26	63	89
39	28	64	92
40	30	65	95
41	32	66 e oltre	100
42	34		
43	36		
44	38		
45	40		
46	42		
47	44		
48	46		
49	48		
50	50		

Art. 13) - PERSONE ASSICURATE

L'Istituto Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento alle risultanze dei registri tenuti dal Contraente, il quale si obbliga a dare in visione in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Compagnia di fare accertamenti e controlli.

Resta fermo l'obbligo di effettuare le comunicazioni di cui al successivo **Art.13**).

Art. 14) - NUMERO DEGLI ASSICURATI

Il Contraente dichiara che, al momento della stipula del presente contratto, gli assicurati sono:

Attività degli assicurati	Numero degli assicurati
Dirigenti	2
Personale docente	108
Personale non docente	24
Alunni	936
Totale complessivo	1070

Art. 15) - PREMIO ANNUO - MODALITA' DI ADESIONE

Il premio finito annuo per ciascun Assicurato viene pattuito in € **6,28**, comprensivo di accessori e imposte, e ciò anche se il periodo di frequenza dovesse risultare inferiore alla durata dell'anno scolastico.

Il versamento del premio deve avvenire in forma cumulativa con parametro il numero complessivo degli assicurati risultanti dai registri tenuti dal Contraente e/o riportati in polizza.

Art. 16) - REGOLAZIONE PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio indicato in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio, fermo l'eventuale premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro sessanta giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente deve comunicare alla Compagnia per iscritto i dati necessari affinché la stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 15 giorni successivi alla comunicazione da parte della Compagnia. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di differenza attiva a favore della Compagnia.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni,

trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo alla annualità per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione premio, la Compagnia, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri verificatisi nel periodo al quale si riferisce la omessa regolazione.

La Compagnia ha diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

Art. 17) - FLESSIBILITA' DEL 5% SULLA REGOLAZIONE DEL PREMIO

A parziale deroga di quanto riportato all'**Art. 15)** – REGOLAZIONE PREMIO, qualora alla fine dell'anno scolastico non si riscontri una variazione numerica superiore o inferiore al **5%** del numero complessivo degli assicurati dichiarato in polizza, la Società non procederà al conguaglio del premio.

Art. 18) – RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) non accettino a completa tacitazione dell'infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, destinandolo all'ammontare del risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

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

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

330 – CONTAGIO DA VIRUS H.I.V. - Obblighi dell'assicurato relativi alle modalità di accertamento del danno

L'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato dal virus **HIV** a causa di un evento accidentale ed esterno occorsogli nello svolgimento dell'attività scolastica per la quale è prestata l'assicurazione, **deve** darne notizia entro 5 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento, a mezzo telegramma o fax indirizzato all'Agenzia che gestisce la polizza.

Contemporaneamente deve inviare alla Società, a mezzo raccomandata, descrizione dettagliata dell'infortunio, certificata dall'Ente presso il quale si è verificato l'evento accidentale o per il quale l'assicurato svolge la sua attività.

Entro 10 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test **HIV** presso un centro specializzato indicato dalla Società Assicuratrice.

Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo, l'assicurazione nei suoi confronti cesserà immediatamente ed il premio sarà diminuito dalla prima scadenza annua successiva.

Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test presso il medesimo centro e, se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, entro un anno dalla data di denuncia dell'evento la Società liquiderà l'intera somma assicurata indicata nelle Prestazioni Aggiuntive delle Condizioni Particolari di polizza (art.1) .

Tutte le spese mediche relative al test **HIV** restano a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese verranno rimborsate dalla Società.

L'assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato deve essere identificato, pena la decadenza della garanzia assicurativa, al momento di sottoporsi al test immunologico.

L'assicurato dovrà inoltre sottoscrivere, al momento della denuncia del sinistro, l'apposita "informativa consenso" ai sensi della legge sulla privacy del 31 dicembre 1996, n. 675.

Il rispetto dei termini della denuncia dell'infortunio e degli altri obblighi sopra indicati è essenziale per la validità della copertura assicurativa e pertanto l'inosservanza dei predetti termini comporta la decadenza da ogni diritto all'indennizzo.

453 – GARANZIA ASSISTENZA 24 ORE EXTRA

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Le seguenti prestazioni vengono erogate in caso di infortunio o malattia a favore dell'Assicurato e, sono

operanti 24 ore su 24 indipendentemente dall'attività svolta.

La garanzia non è operante per eventi provocati da guerra, terremoti, alluvioni, maremoti, rischi di energia nucleare.

OPERANTE 24 ORE SU 24 IN ITALIA.

In Italia, le garanzie di seguito elencate vengono fornite telefonando al numero verde 800-212477, se ci si trova all'estero e si vuole attivare una delle seguenti garanzie sul territorio italiano il numero è +39 051/6389048.

1.1 INFORMAZIONI SANITARIE

La Centrale Operativa attua un servizio di informazioni sanitarie in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private, ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione, tickets, ecc.);
- assistenza diretta ed indiretta in Italia ed all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia ed all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

1.2 PARERI MEDICI IMMEDIATI

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà, tramite i propri medici, le informazioni ed i consigli richiesti.

1.3 INVIO DI UN MEDICO

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità di prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

1.4 RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 Km. per evento.

1.5 TRASFERIMENTO IN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO.

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore, con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea classe economica.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato

CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente le disposizioni dei sottoelencati articoli il cui testo è parte integrante del presente contratto di assicurazione.

Art. 1.3 - Dichiarazioni del Contraente

Art. 1.6 - Altre assicurazioni (in caso di sinistro)

Art. 1.7 - Tacita Proroga della polizza

Art. 1.8 - Recesso in caso di sinistro

Art. 2.8 - Limiti di età

Art. 2.9 - Persone non assicurabili

Art. 2.13 - Controversie

Il Contraente si impegna ad informare l'Assicurato, se diverso dalla sua persona, degli obblighi a suo carico gli stessi assume responsabilità e conseguenze.

IL CONTRAENTE
