

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa

Nota informativa

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione "Infortuni rischi speciali" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- la presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;

- il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza. Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del

Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono stampate su fondo colorato, in questo modo evidenziate e sono da leggere con particolare attenzione. Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link: http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI

SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.

b) Sede Legale: Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (Italia).

c) Recapito telefonico: 051.5077111, telefax: 051.375349, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica: info-danni@unipolsai.it.

d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2015, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.561.726.646,53, con capitale sociale pari ad € 2.031.445.959,93 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.973.947.985,60. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 1,96.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacito rinnovo. *Avvertenza:* il contratto, di durata non inferiore ad un anno, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o telefax, spediti almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, è prorogato per un anno e così successivamente. Si rinvia all'articolo 1.10 "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio. Se le parti hanno invece pattuito la non rinnovabilità della polizza, il contratto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta. Si rinvia all'articolo 1.13 "Pattuzione della non rinnovabilità della polizza" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Condizioni di assicurazione e differenziate in base alle scelte effettuate dal Contraente, sono le seguenti:

a) INFORTUNI: la Società indennizza gli infortuni che provochino la morte dell'Assicurato, una invalidità permanente, una inabilità temporanea e/o una delle altre

conseguenze previste dalle condizioni di assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 3.9 "Garanzie prestate" – alle lettere A) B) C) O) E) delle "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione infortuni".

b) MALATTIA: la Società indennizza le malattie, manifestatesi successivamente alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, che determinino per l'Assicurato il ricovero in istituto di cura. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 4.1 "Garanzie prestate" - lettera A) - indennità per ricovero a seguito di Malattia - delle "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Malattia".

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli delle "Norme che regolano il contratto in generale", "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri", "Norme che regolano le singole Sezioni – Sezione Infortuni e Sezione Malattia" e "Condizioni Particolari". Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza e relativi allegati, che integrano e/o derogano al contratto.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti, massimali/somme assicurate per il dettaglio dei quali si rinvia alla tabella dei limiti di indennizzo. Si precisa che in caso di massimali esposti in tabella quali limiti di indennizzo senza altra precisazione neppure nella parte normativa, essi vanno intesi quale limite massimo per Contraente.

Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza e relativi allegati, che integrano e/o derogano al contratto. Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali / somme assicurate mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento su indennizzo per Invalidità Permanente:

1° esempio:

somma assicurata € 200.000,00

Nessuna franchigia – Tabella valore punto 1-3: € 400,00; 4-10: € 800,00; 11-25: € 1.500,00

Invalidità permanente accertata: 25%

Indennizzo da liquidare:

dal 1° al 3° = 3 x € 400,00 = € 1.200,00

dal 4° al 10° = 7 x € 800,00 = € 5.600,00

dall'11° al 25° = 15 x € 1.500,00 = € 22.500,00

Totale € 29.300,00

2° esempio:

Invalidità permanente accertata: 50% - Tabella: 50% = 100%

Indennizzo da liquidare: 50% = 100% = € 200.000,00

Meccanismo di funzionamento per indennizzo sull'indennità giornaliera da ricovero o day hospital:

Esempio:

due notti di ricovero: diaria € 100,00 = n. 2 x € 100,00 = totale € 200,00

Meccanismo di funzionamento per indennizzo su garanzia Rimborso Spese Mediche:

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche:

€ 100.000,00

esempio garanzia spese odontoiatriche

1° esempio:

spese fatturate € 500,00

spese preventive per terapia protesica da effettuarsi alla maggiore età: € 1.500,00.

Totale risarcimento: € 2.000,00

4. Periodi di carenza contrattuale ANNULLATO

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario Sanitario

Avvertenza: le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'articolo 1.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Norme che regolano il contratto in generale per gli aspetti di dettaglio.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che diminuiscono o aggravano il rischio e delle variazioni nella professione. Si rinvia agli articoli 1.5 "Aggravamento del rischio" e 1.6 "Diminuzione del rischio" delle "Norme che regolano il contratto in generale". Di seguito si illustrano in forma esemplificativa alcune ipotesi di circostanze rilevanti che determinano la modifica del rischio.

1° esempio (Aggravamento del rischio)

Al momento della stipula del contratto il Contraente dichiara che gli Assicurati svolgono l'attività professionale di "Addetto al call-center" (ricoducibile alla "Prima Classe" di rischio) di una ditta di trasporti. Successivamente, nel corso del contratto, ad alcuni degli Assicurati viene richiesto di svolgere anche la mansione di "Addetti alla guida di autocarri senza carico e scarico della merce" (ricoducibile alla "Seconda Classe" di rischio) presso la stessa ditta. Se il Contraente non comunica alla Società questa modifica del rischio, in caso di sinistro che colpisca uno degli Assicurati che ha cambiato la propria occupazione professionale, la Società ridurrà l'indennizzo in proporzione al maggiore premio che avrebbe avuto diritto di esigere se avesse conosciuto tale circostanza.

2° esempio (Diminuzione del rischio)

Al momento della stipula del contratto il Contraente dichiara che gli Assicurati svolgono l'attività professionale di "Autotrasportatori con carico e scarico" (riconducibile alla "Terza Classe" di rischio). Successivamente, nel corso del contratto, uno degli Assicurati decide di interrompere la propria attività e di andare in pensione ("Pensionato" riconducibile alla "Prima Classe" di rischio). In questo caso la Società procederà, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione da parte del Contraente, ad una riduzione del premio in proporzione all'avvenuta diminuzione del rischio.

7. Premi

Vedi Condizioni Speciali Scuole articoli 10 e 11.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il relativo premio, non sono soggetti ad adeguamento automatico.

9. Diritto di recesso

Non è previsto il recesso per sinistro da parte della Società.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto assicurativo si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952, comma 2, del Codice Civile).

11. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. **I premi assicurati sono esenti da IVA.**

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti ali- quote attualmente in vigore:

- a) Infortuni: 2,50%;
- b) Malattia: 2,50%;
- c) Assistenza 10,00%;

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza:

• Coperture Infortuni

Ai fini della denuncia al momento di insorgenza del sinistro è il giorno dell'infortunio. Per quanto concerne le modalità della denuncia si rimanda alle Condizioni Speciali Scuole art. 9.

14. 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, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 02 51815353 - Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- 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 descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sui siti internet della Società www.unipolsai.com - www.unipolsai.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, controversie tra un contraente consumatore di uno Stato membro e un'impresa con sede legale in un altro Stato membro, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo:

- all'IVASS, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;
- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), richiedendo l'attivazione della procedura FINNET, rete di cooperazione fra organismi nazionali.

Nel caso in cui il Cliente e la Società 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'IVASS si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

15. Arbitrato irrituale

Il contratto prevede che la Società e l'Assicurato possano demandare la risoluzione delle controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulle sue conseguenze ad un collegio di tre medici, che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'articolo 2.13 "Arbitrato irrituale" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

GLOSSARIO

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

Aeromobili: si intendono sia quelli ad ala fissa (monomotori e plurimotori), sia ad ala rotante (monomotori e plurimotori), alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili.

Anno: periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione.

Atto di Terrorismo: azione intenzionalmente posta in essere o anche solo minacciata da una o più persone espressione di gruppi organizzati, al fine di intimidire, condizionare o destabilizzare uno Stato, la popolazione o una parte di essa.

Beneficiario: soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

Classe di rischio: insieme delle attività che, ai fini dell'assicurazione dei rischi professionali, presentano lo stesso grado di pericolosità del rischio.

Contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

Convalescenza: il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio a termini di polizza.

Corpi speciali: intendendosi per tali i Corpi Militari e/o delle Forze dell'Ordine che tra le loro mansioni prevedono una o più delle seguenti attività:

- paracadutismo
- attività subacquee in genere
- scalata di rocce o di ghiacciai
- pilota o membro dell'equipaggio di aeromobili
- speleologia

Day Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico o riabilitativo che non richiedono la necessità di ricovero ma, per loro natura e complessità l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continua.

Difetto fisico/malformazione: alterazione/imperfezione/mancanza di un organo o di un apparato congenito ovvero verificatosi nel corso dello sviluppo fisiologico, che sia noto o evidente o diagnosticato in epoca antecedente alla stipula del contratto.

Documentazione sanitaria: gli originali della cartella clinica e/o di tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e dalla documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Ebbrezza alcolica: la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolico superiore a 0,8 grammi/litro.

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'indennizzo, espressa in percentuali di invalidità permanente o in giorni per le indennità e le inabilità temporanee o in importo per il rimborso spese.

Gare di regolarità pura: manifestazioni, comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica) costituisce il fattore determinante per la classifica.

Immobilizzazione: stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a svolgere le proprie occupazioni a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico. Rimangono pertanto esclusi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati.

Inabilità temporanea: perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato ad attendere all'attività dichiarata in polizza.

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

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente, una inabilità temporanea e/o una delle altre prestazioni garantite dalla polizza.

Intervento chirurgico: atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.

Invalidità permanente: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro indipendentemente dalla sua professione.

Invalidità Permanente specifica: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato all'esercizio della propria professione dichiarata in polizza.

Istituto di Cura: gli ospedali, le cliniche, le case di cura e gli istituti universitari, pubblici o privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Per essere considerati tali, gli Istituti di Cura devono inoltre essere permanentemente sotto la direzione ed il controllo di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere la loro attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di una documentazione clinica completa comprensiva

della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Agli effetti contrattuali, non sono considerati Istituti di Cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente

cure con finalità dietologiche e di medicina non convenzionale; gli ospedali, le cliniche e le case di cura per convalescenza o per lunga degenza; le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.

Lavoro aereo e attività pericolose di volo: intendendosi per tali le attività di volo comunque svolte per: voli di ambulanza con ala fissa - addestramento - passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree, cinefotogrammatiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - soccorso e salvataggio anche con utilizzo del verricello - eliambulanza - gare acrobatiche - tentativi di primato - trasporto cose al gancio baricentrico - posa materiali - Off-shore - supporto pesca - appontaggio navi - spegnimento incendi.

Lavoro manuale: personale e diretta partecipazione dell'Assicurato alla materiale esecuzione di lavori.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o (parti) di suoi organi con origine o predisposizione prenatale. Ha origine genetica oppure ambientale come anomalia dello sviluppo embrionale.

Periodo di assicurazione - Annualità assicurativa:

- in caso di polizza di durata inferiore a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della polizza stessa;

- in caso di polizza di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale.

I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.

Polizza: documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Questionario sanitario: il documento che raccoglie le dichiarazioni dell'Assicurato sul suo stato di salute. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà, prima di stipulare la polizza. Il questionario sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni, in esso rilasciate, che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.

Retribuzione: tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

Sci alpinismo: la pratica dello sci con ascensioni ed escursioni in montagna - senza l'utilizzo degli impianti di risalita - caratterizzate da notevole dislivello e discese fuori pista distanti dalle piste battute, escluso quanto previsto dall'attività di sci estremo.

Sci alpino: la pratica dello sci anche con discese fuoripista purché effettuate nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita.

Sci estremo: la discesa con sci, comunque effettuata, su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.

Scoperto: percentuale applicabile all'ammontare dell'indennizzo che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

Sforzo: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, messe in atto dall'Assicurato - anche volontariamente - che esorbitano per intensità dalle proprie ordinarie

abitudini di vita e di lavoro.

Sinistro: verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Snowboard: attività sportiva che prevede la discesa di una pista innevata su di una tavola che viene direzionata piegando le ginocchia e spostando il peso; anche se praticata fuoripista - purché effettuata nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita. La pratica dello snowboard si divide in:

- Disciplina Hard, intendendosi per tale la discesa effettuata in campo libero, nonché lo slalom praticato nelle varie forme.

- Discipline Soft, intendendosi per tali:

- Half Pipe: gli atleti si misurano con un "canalone" artificiale eseguendo vari tipi di figure ruotando sia sull'asse verticale

che su quella orizzontale.

- Snowboardcross: gli atleti scendono in gruppo su un percorso comune contraddistinto da ostacoli quali salti, gobbe, cunette, curve paraboliche e in alcuni casi da oggetti come piscine.

- Freeriding estremo: gli atleti scendono da pendii con inclinazioni superiori a 55 gradi.

Società: l'Impresa assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A. Sport ad alto rischio: intendendosi per tali quelli di seguito indicati: alpinismo con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, pugilato, lotta e arti marziali che prevedano combattimenti con contatto fisico, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, rafting, sollevamento pesi, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, scialpinismo, sci estremo, discipline soft di snowboard, bob, bob-sleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, bungeejumping (salto con l'elastico), kite-surf.

Sport aerei: intendendosi per tali quelli effettuati anche in qualità di pilota con:

- aeromobili di peso non superiore a MTOM (Kg) 2700 sia con ala fissa, sia con ala rotante;
- alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili;
- apparecchi per il Volo ULM (ultraleggeri);
- apparecchi e/o attrezzi per il Volo da Diporto Sportivo o Volo Libero (quali a titolo esemplificativo e non limitativo deltaplani, paramotori e parapendii). E inoltre considerato sport aereo la pratica del paracadutismo.

Sport agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI la cui pratica preveda allenamenti o prove finalizzate alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o manifestazioni sportive, purché non rientranti nell'ambito di sport professionistici. In tale classificazione di attività sportiva, l'eventuale presenza di remunerazione - in premi o in denaro - è ammessa purché non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e/o continuativa e comunque da considerarsi del tutto marginale ad altra fonte di reddito principale e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente a titolo di "una tantum" e/o rimborso delle spese sostenute.

Sport del tempo libero: intendendosi per tali quelli aventi finalità strettamente ricreative anche se effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute

dal CONI. L'infortunio verrà considerato come avvenuto nell'ambito della pratica di sport del tempo libero qualora si sia verificato durante allenamenti o prove non specificatamente finalizzati alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico.

Sport motonautici: intendendosi per tali quelli praticati con moto d'acqua, idromoto, motoscafi o barche a motore conformi alle regole stabilite dalla UIM (Unione Internazionale Motonautica) o dall'autorità nazionale escluse comunque le gare di Off-shore.

Sport motoristici: intendendosi per tali quelli praticati con autoveicoli o motoveicoli su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare e/o allenamenti con l'utilizzo dei predetti veicoli. Sono escluse le gare Sprint e Grasstrack, nonché quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster e Stock-car.

Sport professionistici: intendendosi per tali quelli svolti in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisca fonte di reddito e nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI.

Terremoto: movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene. Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro".

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Ed. 01/06/2014

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato
(Carlo Cimbri)

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il Contraente/Assicurato è esonerato dalla denuncia dei sinistri precedenti.

Art. 1.2 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per scritto.

Art. 1.3 Decorrenza della garanzia a pagamento del premio: abrogato. Vedi norme che regolano Condizioni Generali art. 17 e 18

Art. 1.4 Frazionamento del premio: annullato.

Art. 1.5 Aggravamento del rischio (valido per garanzie infortuni)

Il Contraente o l'assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio. La Società può non accettare il rischio aggravato: in tal caso la stessa ne dà comunicazione al Contraente e si riserva la facoltà di recedere dal contratto dal giorno in cui ha avuto conoscenza dell'aggravamento.

In ogni caso gli aggravamenti di rischio non noti alla Società possono comportare perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 1.6 Diminuzione del rischio (valido per garanzie infortuni):

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

Art. 1.7 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o altro mezzo certo.

Art. 1.8 Recesso in caso di sinistro

Testo sostituito da: la Società rinuncia al diritto di recesso in caso di Sinistro.

Art. 1.9 Altre assicurazioni

Il Contraente, o l'Assicurato, non ha l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omessa comunicazione di cui sopra, solo se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'indennizzo.

In ogni caso la Società può, tuttavia, recedere dal contratto entro sessanta giorni dalla denuncia con preavviso di giorni trenta.

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio nei casi di:

- polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;
- garanzie Infortuni/Malattie provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

In caso di sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

Art. 1.10 Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione: testo sostituito

Il presente contratto ha durata non superiore a tre anni e cessa senza tacito rinnovo alla scadenza.

Le Parti hanno facoltà di rescindere il contratto poliennale ad ogni scadenza annuale previa disdetta almeno trenta giorni prima.

Art. 1.11 Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione: annullato

Art. 1.12 Variazione nelle persone assicurate: annullato.

Art. 1.13 Pattuizione della non rinnovabilità della polizza: annullato. Sostituito da Condizioni Speciali Scuole.

Art. 1.14 Oneri Fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.15 Assicurazioni obbligatorie

La presente assicurazione non è sostitutiva di eventuali assicurazioni obbligatorie per legge ma opera in aggiunta ad esse.

Art. 1.16 Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi delle disposizioni dell'Art. 1891 del Codice Civile

Art. 1.17 Responsabilità del Contraente: annullato.

Art. 1.18 Validità territoriale:

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 1.19 Foro competente:

per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 1.20 Prova

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

Art. 1.21 Rinvio alle norme di Legge:

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

2. NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Sostituite o modificate secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali e Speciali Scuole.

Norme comuni a tutte le Sezioni

Art. 2.1 Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro trenta giorni dall'evento.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Il Contraente trasmette la documentazione concernente il sinistro. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società. L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura. L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Norme relative alla Sezioni Infortuni

Art.2.2 Condizioni patologiche preesistenti – criteri di indennizzabilità

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da minorazioni e da condizioni patologiche preesistenti. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali accertate, saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 2.3 Determinazione dell'indennizzo per il rischio professionale: annullato.

Art. 2.4 Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (garanzie prestate) – lettera A), la Società corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente ed in conseguenza dell'infortunio subito l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza e, in applicazione degli Artt. 60 comma 3) e 62 del Codice Civile o dell'Art. 211 del Codice della Navigazione, l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponderà ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Art. 2.5 Determinazione della Invalidità Permanente: Vedi Condizioni Infortuni art. 30

Art. 2.6 Liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente

L'invalidità permanente accertata, sarà liquidata come stabilito all'art. 30 delle Condizioni Infortuni per le Scuole.

Qualora per lo stesso infortunio sia presente indennizzo INAIL le somme previste all'art. 30 saranno erogate al 50%.

Art. 2.7 Liquidazioni delle ernie traumatiche e da sforzo

Per le ernie determinate da sforzo si conviene quanto segue:

- Qualora l'ernia non risulti – secondo parere medico – operabile, la Società corrisponderà un indennizzo per invalidità permanente in base al grado eventualmente residuo, valutabile - in ogni caso – in misura non superiore al 10% della totale;
- Qualora l'ernia risulti – secondo giudizio medico – operabile e la stessa non abbia residuo una Invalidità Permanente, la Società corrisponderà una indennità giornaliera pari ad 1/1000 della somma assicurata per Invalidità Permanente, con un massimo di € 100,00 giornaliero, per una durata pari al periodo di ricovero necessario al relativo intervento chirurgico. Tale Indennità è cumulabile con l'Indennità di solo ricovero e/o convalescenza – purché prevista in polizza.

Restano comunque fermi i criteri di liquidazione di cui all'Art. 2.6

Art. 2.8 Anticipo dell'indennizzo testo abrogato. Vedi Condizioni Infortuni

Art. 2.9 Liquidazione dell'Invalidità temporanea: annullato

Art. 2.10 Liquidazione del rimborso spese mediche da Infortunio: vedi sezione Infortuni art. 33. Le spese mediche sono rimborsabili nel massimale della tabella Liminiti di indennizzo previsto per il Contraente e fino al 20% dello stesso per Assicurato, salvo diversa indicazione, entro 2 anni dall'evento infortunistico o 4 anni relativamente alle protesi acustiche, fatti salvi i termini di legge sulla prescrizione.

Art. 2.11 Liquidazione della indennità per ricovero a seguito di Infortunio: Vedi Condizioni Infortuni art 35

Art. 2.12 Rinuncia al diritto di surrogazione:

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all' Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio, fatto salvo per gli infortuni avvenuti in ambito di R.C. Auto

Art. 2.13 Arbitrato irrituale: abrogato.

Art. 2.14 Limite di indennizzo per sinistro collettivo

In caso di Infortunio Plurimo, cioè di evento che colpisca contemporaneamente più assicurati, il massimo esborso della Compagnia non potrà superare la somma complessiva di € 5.000.000,00, fatto salvo il limite catastofale di cui all'art. 28.

3. INFORTUNI

Art. 3.1 Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle somme convenute nel contratto nonché alle condizioni che seguono, ed in relazione alle prestazioni di cui all'Art. 3.9 (garanzie prestate) ad alle Condizioni Speciali e Particolari, ad indennizzare i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni inerenti agli eventi garantiti.

Art. 3.2 Eventi garantiti: Infortuni da attività professionale: vedi Condizioni Speciali Scuole.

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi nell'esecuzione di attività come all'art. 2 Condizioni Speciali Scuole.

Art. 3.3, 3.4, 3.5: annullati

Art. 3.6 Parificazione ad infortunio

Sono considerati infortuni:

a) l'asfissia non di origine morbosa; b) gli avvelenamenti acuti da ingestione involontaria da assorbimento di sostanze; c) l'annegamento; d) l'assideramento o il congelamento; e) i colpi di sole o di calore; f) la folgorazione; g) le affezioni ed avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti con esclusione della malaria e malattie tropicali; h) le lesioni muscolari determinate da sforzo, con esclusione dell'infarto; i) le ernie traumatiche o da sforzo, con le limitazioni di cui all'Art. 2.7 delle Norme per la liquidazione dei sinistri Infortuni; j) la rottura sottocutanea dei tendini, con l'esclusione di quella riguardante la cuffia dei rotatori; k) gli infortuni subiti in stato di maleore o di incoscienza.

Art. 3.7 Estensioni

Sono altresì indennizzabili:

a) gli infortuni cagionati con colpa grave dell'Assicurato, imperizia e negligenza, nonché quelli cagionati da tumulti popolari, sommosse, atti terroristici e violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente;

b) gli infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, a parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile. Resta convenuto che la presente estensione è operante per i casi di morte e invalidità permanente e che la Società corrisponderà un importo massimo pari al 50% dell'indennizzo dovuto a termini di polizza nei limiti fissati all'art. 6 Condizioni Speciali Scuole;

c) Servizio militare di leva: abrogato.

d) gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su aeromobili da chiunque eserciti, esclusi:

- il lavoro aereo e attività pericolose del volo
- i viaggi aerei su aeromobili eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei comunque effettuati, con alianti, motoalianti, aerostati, dirigibili.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne è disceso.

e) gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare che l'Assicurato subisca fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un massimo di quattordici giorni dall'insorgere di tali eventi, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello Stato estero;

f) danno estetico: sono previsti indennizzi per cure estetiche solo per il viso.

g) gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva, comprese le relative prove ed allenamenti, degli sports autorizzati nei piani programmati scolastici nonché quelli avvenuti nei conviti al di fuori delle attività scolastiche, ma a quesiti ultimi si attribuiscono le prestazioni previste per gli stages, come indicato nelle Condizioni Speciali Scuole articolo 4.

Art. 3.8 Rischi esclusi dall'assicurazione

Salvo quanto ammesso dalle Condizioni Sez. A Infortuni.

L'assicurazione non è operante per:

a. gli infortuni causati da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato maggiorenne, dalla sua partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti violenti in genere;

b. gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se lo stesso è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;

c. gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di aeromobili, nonché quelli occorsi in qualità di membro dell'equipaggio;

d. le conseguenze di interventi chirurgici, di accertamenti e di cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile;

e. gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare, salvo quanto stabilito all'Art. 3.7 lett.e);

f. attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;

g. le conseguenze dirette ed indirette derivanti dallo sviluppo comunque insorto di energia nucleare o di radioattività;

h. le conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;

i. gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva, fatto salvo quanto previsto dalle Condizioni Sez. A Infortuni.

Ed inoltre l'assicurazione non è operante per i casi:

j. relativi a conseguenze dirette di malattie, difetto fisico, malformazione, stati patologici insorti, diagnosticati o curati o che hanno causato sintomi anteriormente alla stipulazione del contratto;

k. infarti

l. necessari alla correzione o all'eliminazione di difetti fisici congeniti;

m. riguardanti terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza, nonché l'aborto non terapeutico e le sue eventuali conseguenze;

n. riguardanti malattie croniche in istituti sanitari di lunga permanenza (cronici, case di riposo, ecc.) ancorché qualificate come Istituti di cura;

o. necessari alle cure odontoiatriche e delle paradontopatie, salvo quanto previsto nelle Cond. Speciali Scuole;

p. riguardanti gli stati patologici correlati all'infezione H.I.V., salvo quanto stabilito dalle Condizioni Speciali Scuole, art. 3/b-2;

q. riguardanti le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);

r. riguardanti le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M dell'8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere.

Art. 3.9 Garanzie prestate: vedi Condizioni Sez. A Infortuni

Art. 3.10 Infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive (comprese le relative prove ed allenamenti) Annullato. Vedi Sez. A Infortuni

4. MALATTIA IN VIAGGIO: la copertura per rimborso spese mediche è estesa, alle patologie acute verificatesi in viaggio d'istruzione qualora si verifichi un ricovero ospedaliero in Italia o all'Estero per cure o interventi urgenti e non procrastinabili, fino al massimale per Contraente indicato

in tabella e al 20% dello stesso per Assicurato. Sono ammesse a rimborso le spese mediche, farmaceutiche e ospedaliere; inoltre la Società rimborsa, nel limite della somma assicurata, le spese di trasporto dal luogo dell'evento al centro di Pronto Soccorso o di primo ricovero.

5. CONDIZIONI PARTICOLARI

Clausola Buona Fede: l'omissione da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza aggravante il rischio o le inesatte dichiarazioni, purché in buona fede, non pregiudicano il risarcimento del danno.

- **TABELLA INAIL:** garanzia, operante se indicato il cod. 3 nella "Parte B" del contratto. La tabella Ania per la determinazione dell'invalidità permanente si intende sostituita dalla tabella INAIL di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.

- **INDENNIZZO INFORTUNI IN PRESENZA DI POLIZZA COD. 21087:** nel caso in cui per lo stesso sinistro indennizzabile a termini di polizza infortuni venga richiesto indennizzo anche in ambito di polizza R.C.T. abbinata codice 21087 l'intero importo liquidabile a definizione del sinistro infortuni sarà erogato al 50%.

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE ALLA INVALIDITA' TEMPORANEA: non previsto

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE AL RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO: sostituito da Condizioni Speciali Scuole.

- **Indennità per immobilizzazione a seguito di infortunio:** Vedi Condizioni Speciali Scuole.

- **Indennità aggiuntiva per grandi ricoveri conseguenti ad infortunio:** Vedi Condizioni Speciali Scuole.

CONDIZIONI SPECIALI

A.1) Assicurazioni di gruppo: se il contratto è stipulato per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dallo art. 1891 Codice Civile.

A.2) Rischio "in itinere": la garanzia assicurativa, anche se il contratto è stato stipulato esclusivamente per gli infortuni derivanti da attività professionale, vale durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa percorrendo il tratto più breve anche con gli ordinari mezzi di locomozione.

A.3) Danni a occhiali etc: L'assicurazione è prestata per i danni materiali e diretti subiti da occhiali e da effetti personali (vedere definizione) in uso agli Allievi/studenti/Alunni ed agli Operatori Scolastici (vedere definizione) in conseguenza di urti accidentali occorsi nell'ambito delle strutture scolastiche durante le attività scolastiche autorizzate dall'istituto Scolastico.

Per effetti personali si intendono nello specifico: vestiario ed accessori (scarpe – cinture – indumenti in genere); lenti da vista e relative montature; borsa da passeggio; zaino, orologio (solo se indossato) materiale scolastico (escluse apparecchiature elettroniche); apparecchi odontoiatrici/acustici (solo se indossati).

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del capitale indicato in polizza per assicurato e per anno.

La Società determina l'indennizzo in base al valore originario di acquisto dei beni quando gli stessi siano stati acquistati nei sei mesi precedenti la data del sinistro, purché sia il valore sia il possesso dei beni e la data di acquisto, risultino provati da apposita documentazione riferita a tali beni oggetto del sinistro (fatture, ricevute fiscali, scontrini e simili validi documenti fiscali probatori di norma intestati all'assicurato).

In caso diverso per l'indennizzo si terrà conto della semplice vetustà del bene all'atto del sinistro, indipendentemente dallo stato di conservazione ed utilizzo del bene stesso.

In tal caso verrà applicato un degrado calcolato come segue:

- in presenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi oltre i sei mesi precedenti la data del sinistro: degrado del 50%;
- in assenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi degrado del 70%, calcolato sul valore di riacquisto del bene purché provato da apposita documentazione di spesa (fatture, ricevute fiscali, scontrini e simili validi documenti fiscali probatori di norma intestati all'assicurato).

La Società si riserva di richiedere all'Assicurato la consegna del bene danneggiato.

In caso di danneggiamento, qualora si procedesse alla riparazione e non alla sostituzione del bene, la Società provvederà al rimborso della spesa sostenuta per la riparazione, fino alla concorrenza per anno, sinistro ed assicurato del 50% della somma garantita.

La garanzia non è operante per:

- negligenza o incuria dell'Assicurato;
- i danni determinati o agevolati da dolo o colpa grave dell'Assicurato, di suoi familiari o conviventi, di suoi dipendenti o di altre persone che agiscono per lui;
- i danni causati dall'aver dimenticato, smarrito o perduto il bene;
- i danni dovuti al contatto con sostanze liquide;
- i danni causati dalla caduta di perle o pietre preziose dalla loro incastonatura.

A.4) Assistenti di lingua straniera: spese mediche da patologia acuta. La garanzia di rimborso spese mediche da patologia acuta (malattia d'insorgenza improvvisa) è valida a favore di assistenti di lingua straniera in servizio presso gli Istituti Scolastici con temporaneo soggiorno in Italia. La copertura, attiva esclusivamente durante il soggiorno in Italia, è prestata in conseguenza di eventi infortunistici o patologici occorsi agli assistenti anche se non connessi con la loro attività professionale. La Società assicura nel limite del massimale assicurato, il rimborso delle spese:

- di cura sostenute nell'ambito di strutture ospedaliere pubbliche;
- farmaceutiche, purché prescritte da medico;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;

- cure dentarie in caso di urgenza fino a Euro 150,00 per Assicurato per sinistro.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre coperture assicurative volontarie e/o obbligatorie, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

La Società provvederà ad effettuare il rimborso di tali spese con le modalità specificate all'Art. 75 e con l'applicazione di una franchigia, fissa ed assoluta, di € 100,00 per sinistro.

La presente garanzia è prestata, per Assicurato e per anno, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza.

Esclusioni:

È escluso il rimborso di qualsiasi spesa sostenuta a causa di malattie preesistenti alla data di decorrenza del contratto.

Inoltre, sono escluse le spese sostenute:

- a) per spese per occhiali, lenti a contatto, apparecchi ortopedici e protesi in genere;
- b) per interventi a carattere estetico o per eliminazione di difetti e/o malformazioni congenite e/o cure fisioterapiche e/o termali e dimagranti e/o cure infermieristiche e/o cure dentarie (fatte salve quelle sopra specificate);
- c) per interventi o ricoveri conseguenti a malattie preesistenti;
- d) per ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check up) non determinate quindi da sinistro indennizzabile;
- e) per cure riabilitative, fisioterapiche, idropiniche, dietetiche e termali, i trattamenti terapeutici di agopuntura, nonché l'eliminazione di difetti fisici congeniti o malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza;
- f) per stati di gravidanza oltre il 6° mese, parto, puerperio o interruzioni volontarie di gravidanza;
- g) per prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- h) conseguenti a tentativi di suicidio;
- i) connesse a delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- j) connesse ad atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- k) infortuni causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- l) sinistri connessi alla partecipazione ad attività sportive svolte a titolo professionale e relativi allenamenti;
- m) atti di guerra, servizio militare, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trova in viaggio in un Paese in pace alla sua partenza);
- n) infortuni o causati da guerra anche non dichiarata o insurrezioni e atti di terrorismo o sabotaggio a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- o) connesse a scioperi, sommosse, tumulti popolari, vandalismo a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- p) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- q) visite di controllo, esami clinici e/o diagnostici sostenuti in Italia in conseguenza di malattie e/o infortuni occorsi all'estero;
- r) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- s) malattie, malformazioni, stati patologici e infortuni verificatisi prima della data di decorrenza della copertura e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- t) le malattie o gli infortuni che, in generale, non impediscano all'Assicurato la continuazione del soggiorno;
- u) dopo il termine del viaggio, cioè al rientro dell'Assicurato alla propria residenza;
- v) i danni derivanti direttamente e/o indirettamente da asbesto.

A.5) Annullamento viaggi d'istruzione e scambi culturali. Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa, certificata da documentazione medica, l'Assicurato che abbia già pagato la quota d'iscrizione, fosse impossibilitato a partire per viaggi, e scambi culturali in Italia o all'estero organizzati dalla scuola, la Società rimborserà all'assicurato, dietro presentazione delle ricevute/fatture debitamente quietanzate, la spesa già sostenuta, escludendo dal rimborso il corrispettivo eventualmente restituito alla scuola o all'assicurato dal tour operator o dall'intermediario che organizza il viaggio. La presente garanzia prevede nella Tabella allegata il limite di indennizzo per Contraente col massimo del 10% di detto massimale per ogni persona per viaggi in Italia e del 20% per persona per viaggi all'Estero.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

ART. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - BUONA FEDE

Le dichiarazioni volutamente inesatte o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile. Tuttavia, l'omissione da parte del Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo o colpa grave, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

ART. 2 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dall'Istituto Scolastico Contraente, salvo quelli che per loro natura non possano essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

ART. 3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni constatato aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile, fermo, tuttavia, quanto previsto al 2° comma del precedente Art. 1.

ART. 5 - DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 6 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La Società rinuncia al recesso per sinistro.

ART. 7 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 8 - FORO COMPETENTE

Il foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente o beneficiario o Assicurato.

Il foro competente per i contratti di cui è parte l'Amministrazione scolastica è quello di cui al R.D.30/10/1933, n.1611, cioè quello del luogo in cui ha sede l'Ufficio dell'Avvocatura dello Stato nel cui distretto si trova il Tribunale o la Corte d'appello che sarebbe competente secondo le norme ordinarie.

ART. 9 - ESONERO DENUNCIA INFERMITA' - DIFETTI FISICI

Il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette ed esclusive causate dall'infortunio.

ART. 10 - PERSONE NON ASSICURABILI

Fatta eccezione per gli alunni, che sono sempre assicurati, nei confronti delle altre categorie, la Società non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate, schizofrenia, psicosi in genere, infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali. Per tali categorie di assicurati l'assicurazione cessa col manifestarsi delle patologie sopra indicate.

Inoltre, per la Garanzia "Contagio accidentale da virus H.I.V.", non sono assicurabili le persone affette da emofilia e le persone portatrici del virus H.I.V. prima della denuncia del sinistro.

ART. 11 - ALTRE ASSICURAZIONI

All'atto della stipula del contratto è data facoltà al Contraente di non comunicare:

- altre assicurazioni che abbia in corso di validità o che stipulasse in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati dalla presente polizza;
- eventuali contratti individuali che gli assicurati abbiano stipulato o che stipolino anche per proprio conto.

ART. 12 - LIMITI DI ETA'

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli ottanta anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.

ART. 13 - LIMITI TERRITORIALI

Se non diversamente disposto all'interno delle singole sezioni di polizza, l'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

ART. 14 - EQUIPARAZIONE DELLE SCUOLE PRIVATE

Si conviene tra le parti che, qualora la presente polizza sia stipulata a favore di:

1. Istituti Scolastici Privati, parificati, pareggiati e legalmente riconosciuti, in conformità con la vigente normativa scolastica emanata dal M.I.U.R.- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca si prende atto che, relativamente al funzionamento dell'Istituzione Scolastica stessa, così come sopra riportato, si farà riferimento, oltre che alle Norme vigenti emanate dallo Stato, anche agli Statuti delle scuole stesse.
2. Accademie di Belle Arti, Accademia Nazionale di Arte Drammatica, Istituti Superiori per le Industrie Artistiche, Conservatori di Musica, Istituti Musicali Pareggiati e Accademia Nazionale di Danza, che relativamente al funzionamento dell'istituzione scolastica, gli Organi Amministrativi assicurati sono quelli indicati e previsti dal D.P.R. n. 132 del 28/02/2003.

ART. 15 - DETERMINAZIONE DEL DANNO

In seguito alla valutazione della documentazione pervenuta, la Società procede alla liquidazione del danno e del relativo pagamento al netto delle franchigie eventualmente previste.

Nel caso di spese sostenute all'estero, il rimborso verrà effettuato in Euro. Le spese sostenute al di fuori dei Paesi aderenti all'Euro sono convertite al cambio ufficiale del giorno in cui sono state sostenute.

ART. 16 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ART. 17 - CALCOLO DEL PREMIO – IDENTIFICAZIONE ASSICURATI

Il premio di polizza viene calcolato sulla base:

- del numero totale degli Alunni così come da definizione riportata;
- del numero totale degli Operatori Scolastici come da definizione riportata;
- del numero dei soggetti assicurabili a richiesta indicati in ogni singola sezione di polizza.

Tuttavia non comporterà decadenza del diritto alle prestazioni del contratto, il versamento di una percentuale inferiore a patto che quest'ultima non sia inferiore a quella prevista all'Art. 4 del disciplinare di gara. Nel caso in cui non venisse raggiunta la percentuale prevista, per una o per entrambi le categorie di assicurati, l'Istituto Scolastico dovrà fornire l'elenco degli assicurati.

Nel caso del raggiungimento della percentuale prevista, l'Istituto Scolastico è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati. Per la loro identificazione, si farà riferimento alle risultanze dei registri e degli altri documenti obbligatoriamente tenuti dall'Istituto Scolastico che, quest'ultimo, si impegna ad esibire, in qualsiasi momento, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di svolgere accertamenti e controlli. Relativamente agli alunni diplomati, la garanzia continua ad operare fino alla data di scadenza della polizza - ed in caso di polizza con durata pluriennale, fino alla data di scadenza della ricorrenza annuale, relativa all'annualità in cui gli stessi conseguono il diploma - per l'eventuale completamento delle attività curricolari previste. Qualora nel corso dell'anno scolastico si iscrivano altri alunni, la Società fissa una percentuale di tolleranza del 3% (calcolata su quelli dichiarati iscritti all'atto dell'emissione del contratto) entro la quale la stessa non procederà alla richiesta del versamento della quota annuale di premio. Relativamente agli operatori scolastici, qualora non si assicuri la totalità degli stessi, si farà riferimento all'elenco nominativo di coloro che hanno aderito all'assicurazione acquisito agli atti della Società Assicuratrice. Agli Operatori Scolastici che prendano servizio per la prima volta presso l'Istituto Scolastico alla data del 1° settembre, in caso di polizza con durata pluriennale che preveda l'elenco nominativo, verrà garantita la copertura assicurativa sino alla data di scadenza della ricorrenza annuale successiva al 1° settembre, e a condizione che l'assicurato provveda al versamento per l'annualità successiva; in caso contrario le garanzie contrattuali non opereranno in suo favore. Per l'inclusione di ulteriori assicurati, non diversamente regolata nei punti che precedono, l'Istituto Scolastico dovrà comunicare alla Società, anche per il tramite del broker, a mezzo fax o mail, i dati anagrafici delle persone da assicurare. Il relativo premio non potrà essere rateizzato in base al periodo di fruizione della copertura assicurativa. La garanzia sarà operante a decorrere dalle ore 24 del giorno in cui è stata effettuata la comunicazione di inclusione.

ART. 18 - EFFETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE – REGOLAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di adesione o dalle ore 24 del giorno ivi indicato se posteriore alla data di trasmissione, fatto salvo quanto di seguito riportato relativamente ai termini per il pagamento del premio.

Dalla data di effetto e/o dalla data di scadenza annuale intermedia per le polizze poliennali, le coperture assicurative sono prestate in favore di tutti gli Assicurati per un periodo massimo di 60 giorni entro il quale l'Istituto Scolastico comunicherà alla Società, anche per il tramite del broker, il dato consuntivo (regolazione premio) al fine dell'emissione del contratto. In caso di polizza stipulata con elenco nominativo saranno coperti dall'assicurazione esclusivamente i soggetti presenti nell'elenco stesso anche relativamente ad eventuali sinistri occorsi nel periodo temporale precedente alla trasmissione del dato consuntivo.

L'assicurazione non prevede il tacito rinnovo e cessa alla scadenza pattuita, senza obbligo di disdetta. L'assicurazione di durata superiore ad anni 1 potrà essere rescissa da entrambe le parti ad ogni ricorrenza annuale mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata PEC da inviarsi con almeno sessanta giorni di anticipo.

Alla scadenza del contratto, qualora l'Istituto Scolastico ne faccia richiesta, in relazione alla necessità di esperire apposita procedura selettiva, la Società accorderà una proroga di durata non superiore a 180 gg. dalla data di scadenza del contratto stesso. Il relativo periodo di proroga verrà conteggiato, alle condizioni tutte della polizza in corso, sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza appena scaduta.

Ai fini della trasmissione del dato consuntivo (REGOLAZIONE PREMIO), fermo quanto previsto all'Art. 17 "CALCOLO DEL PREMIO" l'Istituto Scolastico comunicherà alla Società, anche per tramite del broker, i seguenti dati necessari:

1. numero complessivo degli studenti iscritti;
2. numero complessivo degli studenti che abbiano provveduto al versamento della quota di premio;
3. numero complessivo degli operatori scolastici;
4. numero complessivo degli operatori scolastici che abbiano provveduto al versamento della quota di premio.

Il pagamento del premio di polizza dovrà essere effettuato al massimo entro 90 gg. dalla data di effetto dell'assicurazione o, per le rate successive alla prima, dalla data della ricorrenza annuale. Il termine entro il quale l'Istituto Scolastico si impegna a pagare eventuali appendici è fissato in 60 gg. dalla data di effetto delle stesse.

In assenza del pagamento del premio entro i termini fissati dal presente articolo, la garanzia resta sospesa a tutti gli effetti sino alle ore 24 del giorno in cui il pagamento del premio verrà effettuato, fatta salva la facoltà per la Società assicuratrice di agire per il recupero del credito con addebito dei relativi costi.

ART. 19 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nel contratto di Assicurazione, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della relativa quota, quale risulta dal Contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al broker incaricato; le Società coassicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Delegataria individuata nel contratto stesso.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune.

I premi di polizza verranno corrisposti dall'Istituto Scolastico al broker che li rimetterà unicamente alla Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici.

Con la firma della presente polizza le coassicuratrici danno mandato alla Società Delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

ART. 20 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

ART. 21 - OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società si impegna a fornire all'Istituto Scolastico il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri senza seguito;
- sinistri respinti.

I dati sopra indicati potranno essere resi accessibili anche mediante utilizzo di sito internet appositamente dedicato o, in assenza di sito internet, resi disponibili su file in formato Excel o altro formato utilizzabile dall'Istituto Scolastico.

ART. 22 - CLAUSOLA BROKER

Alla Società di Brokeraggio Assicurativo **AB – INTERNATIONAL SRL** – con Sede a MERANO – CAP 39012 Via Alois-Kuperion-Str.30 - è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D. Lgs. 209/2005.

L'Istituto Scolastico e la Società Assicuratrice si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società Assicuratrice dà atto che ogni comunicazione fatta dall'Istituto Scolastico al Broker si intenderà come fatta alla Società Assicuratrice stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società Assicuratrice si intenderà come fatta dall'Istituto Scolastico stesso, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna delle Parti le comunicazioni ricevute. Si precisa che, qualora le comunicazioni dell'Istituto Scolastico comportassero una modifica contrattuale, le stesse impegneranno la Società Assicuratrice solo dopo il consenso scritto di quest'ultima. Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art.

55 del Regolamento IVASS n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società Assicuratrice inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dall'Istituto Scolastico tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria per l'Istituto Scolastico contraente anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

SEZIONE A – INFORTUNI

ART. 23 - ASSICURATI

Art. 23.1 Categoria di assicurati soggetta al versamento del premio:

- a) Gli Alunni così come da definizione riportata;
- b) Gli Operatori Scolastici come da definizione riportata.

Art. 23.2 Soggetti assicurabili a richiesta dell'Istituto Scolastico e previo pagamento del relativo premio:

- a) Alunni di altre scuole, anche stranieri, che siano temporaneamente ospiti dell'Istituto Scolastico Contraente e/o presso le famiglie degli studenti iscritti alla scuola assicurata, durante la partecipazione alle attività coperte dalla presente assicurazione;
- b) Assistenti educativi e culturali dipendenti di Enti Locali che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici in servizio presso la scuola assicurata nell'ambito delle attività coperte dall'assicurazione;
- c) Ex alunni che frequentano "Tirocini Formativi e di Orientamento" nell'ambito di programmi di inserimento e orientamento al mondo del Lavoro (Legge 196 del 24/06/97, Regolamento n°142 del 25/03/98);
- d) Esperti esterni/prestatori d'opera estranei all'organico della scuola che operano all'interno dell'Istituto Scolastico Contraente in attività deliberate dagli Organi Scolastici competenti e sulla base di regolare contratto di prestazione d'opera o di incarico occasionale a titolo gratuito;
- e) Collaboratori scolastici ai sensi dell'Art. 7 del D. Lgs. 468/97 e successive modifiche ed integrazioni "Lavoratori in trattamento di mobilità in lavori socialmente utili" (L.S.U.);
- f) Tirocinanti Professionali siano essi dipendenti dello Stato o di Enti Locali che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici in servizio presso la scuola assicurata nell'ambito delle attività coperte dall'assicurazione;
- g) Tirocinanti che, in forza di convenzioni con singole Facoltà Universitarie o altri Enti Italiani ed Esteri, svolgono attività all'interno della scuola;
- h) Uditori ammessi alla frequenza dell'Istituto Scolastico Contraente;
- i) Volontari del servizio civile siano essi dipendenti dello Stato o di Enti Locali che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici in servizio presso la scuola assicurata nell'ambito delle attività coperte dall'assicurazione.

Art. 23.3 Soggetti comunque assicurati:

- a) Alunni esterni che partecipano ad attività/stage organizzati dall'Istituto Scolastico Contraente od alle quali lo stesso partecipi su iniziativa del M.I.U.R. e degli Uffici Scolastici Regionali o Provinciali;
- b) Assistenti di lingua straniera che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico Contraente, nominati dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (M.I.U.R.) nell'ambito di progetti di scambi di assistenti di lingua straniera;
- c) Familiari degli alunni iscritti e frequentanti quando si trovino all'Interno dell'Istituto Scolastico Contraente o partecipino ad iniziative/progetti/attività regolarmente deliberate e messe in atto dagli Organi Scolastici competenti;
- d) Genitori degli alunni quando svolgono il ruolo di membri di diritto degli organi collegiali previsti dal D.P.R. n. 416 del 31/05/74 e successivi;
- e) Operatori Scolastici in servizio presso l'Istituto Scolastico Contraente componenti squadre di prevenzione e pronto intervento ai sensi di Legge, durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- f) Partecipanti a viaggi di istruzione, visite ed uscite didattiche in genere (comprese gite e "settimane bianche"), estranei all'organico della scuola, senza limite numerico. Agli atti della scuola saranno conservati gli elenchi dei partecipanti. La copertura assicurativa è prestata, per ciascun partecipante, fino alla concorrenza dei massimali assicurati in polizza, avrà la durata del viaggio e sarà relativa ai rischi inerenti lo stesso con l'esclusione della pratica di ogni attività sportiva;
- g) Personale in quiescenza che svolge attività all'interno dell'Istituto, secondo quanto stabilito dalla Circolare Ministeriale 127 del 14/04/94;
- h) Presidente della Commissione d'esame presso l'Istituto Scolastico Contraente durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- i) Presidente del Consiglio di Istituto;
- j) Responsabile della Sicurezza ai sensi del T.U.S.L. (D. Lgs. 81/2008 nuovo Testo unico sicurezza lavoro) in servizio presso l'Istituto Scolastico Contraente durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- k) Revisori dei Conti in missione presso l'Istituto Scolastico durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- l) Volontari che prestano attività a titolo gratuito durante l'esecuzione di piccoli lavori di giardinaggio e manutenzione del verde (esclusi potature ed abbattimento di alberi) per le necessità della scuola.

Tutti gli assicurati sono garantiti, indipendentemente dal loro stato psicofisico o degli handicap di cui siano portatori.

ART. 24 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che possono verificarsi nel corso di tutte le attività realizzate dalla scuola, sia all'interno che all'esterno, compatibilmente e/o in conformità alla vigente normativa scolastica, comprese quelle previste dal Piano dell'Offerta Formativa (P.O.F.) realizzate e messe in atto dall'Istituto Scolastico anche in collaborazione con soggetti esterni mediante stesura di regolare protocollo di intesa sottoscritto tra le parti e previa delibera degli Organi Scolastici competenti.

A titolo puramente esemplificativo, la garanzia vale anche durante:

- a) lo svolgimento delle assemblee studentesche autorizzate, anche se effettuate in locali esterni alla scuola, purché si sia ottemperato alle disposizioni della C.M. n. 312, XI cap. 27.12.79. L'assicurazione si estende anche alle assemblee studentesche non autorizzate, purché si svolgano all'interno della scuola;
- b) le attività autogestite ed attività correlate all'autonomia svolte all'interno dell'Istituto e purché siano state autorizzate dal Dirigente Scolastico;
- c) il servizio esterno alla scuola svolto da operatori scolastici purché tale servizio venga svolto su preciso mandato del Dirigente Scolastico e/o del Direttore dei Servizi Generali ed Amministrativi;
- d) le lezioni di educazione fisica, l'attività sportiva in genere svolta in palestre, piscine e campi sportivi anche esterni alla scuola, nonché le attività di pratica e avviamento all'attività sportiva svolte durante le "settimane bianche" rientranti nel programma dell'istituto scolastico.
Per le attività svolte all'esterno delle sedi scolastiche la garanzia è operante purché sul posto venga prevista adeguata sorveglianza;
- e) gli stages, i tirocini formativi, i progetti di orientamento, l'alternanza scuola/lavoro, ed interscambi culturali, anche all'estero;
- f) visite a cantieri, aziende e laboratori anche quando comprendano esperimenti e prove pratiche dirette;
- g) gite e passeggiate, viaggi di integrazione culturale e di preparazione di indirizzo, visite guidate, visite a musei ed attività culturali in genere;
- h) il prescuola (periodo intercorrente tra l'apertura dei cancelli della scuola e l'inizio delle lezioni) e durante le attività di mensa e doposcuola, purché sul posto la vigilanza sia prestata dagli operatori scolastici in servizio presso la scuola assicurata, anche con il supporto di personale esterno dipendente di Enti Pubblici;
- i) le attività di promozione culturale e sociale (direttiva n. 133 del 3/4/1996);
- j) tutte le attività ricreative e non che si svolgessero anche in occasione di prescuola, doposcuola o interscuola, compresi i giochi della gioventù, giochi sportivi e studenteschi e relativi allenamenti anche in strutture esterne alla scuola o altri luoghi all'uopo designati, purché effettuati in presenza di personale incaricato dall'Istituto Scolastico;
- k) tutte le attività relative ai corsi organizzati per il conseguimento del certificato di idoneità alla guida dei ciclomotori;
- l) i centri estivi purché deliberati dagli organismi scolastici competenti e purché sul posto la vigilanza sia prestata dagli operatori scolastici in servizio presso la scuola assicurata, anche con il supporto di personale esterno dipendente di Enti Pubblici;

In caso di infortunio verificatosi durante lo svolgimento di una delle attività all'esterno delle sedi scolastiche, o all'interno durante collettivi di classe, occupazioni, manifestazioni autogestite, l'Assicurazione è operante a condizione che dette attività siano svolte sotto il controllo di personale autorizzato dalle competenti Autorità Scolastiche.

ART. 25 - ESTENSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 27 "Esclusioni", anche:

- a) intossicazioni da cibo avariato consumato durante la refezione scolastica;
- b) lesioni causate da contatto o assorbimento involontario di sostanze nocive;
- c) morsi di animali, di rettili, punture d'insetto con esclusione di quelli che necessariamente inducano malattie;
- d) asfissia meccanica, compreso l'annegamento;
- e) assideramento e congelamento;
- f) folgorazioni;
- g) le lesioni conseguenti a malore purché non causato da abuso di alcolici o sostanze stupefacenti;
- h) colpi di sole, di calore e di freddo;
- i) aggressioni o atti violenti anche con movente politico, sociale o sindacale, atti di terrorismo, sempreché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e/o volontaria;
- j) le lesioni conseguenti a sforzi muscolari traumatici ed ad ernie addominali traumatiche. Se l'ernia, anche bilaterale, non risulta operabile secondo parere medico, sarà riconosciuta una invalidità permanente non superiore al 20%. Qualora dovessero insorgere contestazioni circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione verrà rimessa al collegio medico;
- k) quelli sofferti per imprudenza e/o negligenza grave dell'Assicurato;
- l) quelli causati da fulmine, grandine, tempeste di vento, scariche elettriche o da improvviso contatto con corrosivi;
- m) quelli sofferti a seguito di rapina, tentata rapina o sequestro di persona;
- n) quelli sofferti in veste di passeggero di aeromobili di linea eserciti da società di traffico aereo regolare ed autorizzato (escluso aeromobili privati);
- o) quelli sofferti in seguito ad atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- p) quelli occorsi durante la guida di ogni mezzo di locomozione purché condotto in osservanza delle Leggi in vigore nel luogo e l'assicurato non sia sotto l'effetto di sostanze alcoliche, psicofarmaci e/o sostanze stupefacenti;
- q) quelli derivanti da calamità naturali quali: movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche.

ART. 26 - RISCHIO IN ITINERE - PEDIBUS - BICIBUS

Relativamente al percorso casa-scuola e viceversa, anche effettuato attraverso i servizi del PEDIBUS e del BICIBUS, le garanzie operano esclusivamente in favore degli Alunni e degli Operatori scolastici e riguardano gli infortuni che avvengano durante il tempo necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato alla struttura (scuola o altro) e viceversa (per abitazione dell'Assicurato si intende anche quella di persone che abbiano in custodia, sia pure temporaneamente l'Assicurato stesso).

ART. 27 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni direttamente derivanti da:

- a) atti di guerra (dichiarata o non) anche civile, atti di ostilità, colpi di stato, esplosioni di armi militari, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazioni militari, invasioni, reati dolosi compresi quelli di terrorismo o sabotaggio;
- b) uso di aeromobili militari non adibiti a regolare traffico civile (continuativo od occasionale), ovvero, uso di aeromobili privati, a meno che tale uso non si renda necessario a seguito di emergenza ad altro mezzo di trasporto sul quale l'Assicurato si trovi in viaggio;
- c) guida di aeromobili di ogni tipo;
- d) uso di mezzi aerei condotti da persone non munite di brevetto;
- e) guida od uso di mezzi di locomozione subacquei;
- f) esercizio, anche occasionale, dei seguenti sports: atletica pesante con la sola esclusione della pratica del body building che pertanto si deve intendere ricompreso in garanzia, pelota, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai senza accompagnatore di guida qualificata, salti dal trampolino con sci o idrosci, guidoslitta, caccia a cavallo, immersioni con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere, speleologia. Tali esclusioni non sono valide se le attività sono previste nell'ambito del P.O.F. e del P.O.N.;
- g) partecipazione a corse o gare sportive e/o in generale a qualsiasi attività sportiva avente carattere professionistico o semiprofessionistico, tra le altre: gioco del calcio, automobilismo (salvo quelle di regolarità e le gimcane), motociclismo, motonautica, ippica, ecc., e relative prove ed allenamenti;
- h) abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- i) reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà-umana o per legittima difesa;
- j) suicidio od il tentato suicidio;
- k) partecipazione ad esercitazioni militari (con l'esclusione del servizio militare in tempo di pace); ed inoltre guerra, ostilità, invasione, rivoluzione, insurrezione, guerra civile, potere militare; salvo il caso che l'Assicurato sia colto dagli eventi bellici mentre si trova in un Paese non in stato di belligeranza, nel qual caso la garanzia resta valida per il periodo massimo di 14 giorni dalla dichiarazione dello stato di guerra;
- l) contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo;
- m) trasformazioni o assestamenti energetici del nucleo dell'atomo, naturali o provocati artificialmente e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).
- n) sviluppo, comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività.

ART. 28 - LIMITI CATASTROFALI

Resta espressamente convenuto che, nel caso di sinistri plurimi (evento che colpisca più persone assicurate), in nessun caso la Società potrà essere chiamata ad indennizzare un importo superiore alla somma indicata in polizza. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano la somma assicurata, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

ART. 29 - CASO MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Cod. Civ..

ART. 30 - CASO INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

Nei casi di rottura dei denti che abbiano comportato la rottura degli stessi, non si procederà al riconoscimento della Invalidità permanente ma esclusivamente al rimborso delle spese occorrenti alla ricostruzione stessa come previsto dal punto K dell'Art. 33.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Resta convenuto che:

a. In caso di infortunio liquidabile a termini di polizza che colpisca un alunno orfano di un genitore e che comporti una invalidità permanente di grado uguale o superiore al 25% (venticinque per cento), l'indennizzo verrà raddoppiato;

b. **La Società liquida un'indennità sulla somma assicurata pari:**

- al 20% del valore di ogni singolo punto di invalidità accertato, per i primi 3 punti di invalidità;
- al 30% del valore di ogni singolo punto di invalidità accertato oltre il terzo e sino al sesto punto di invalidità;
- al 50% del valore di ogni singolo punto di invalidità accertato oltre il sesto e sino al quindicesimo punto di invalidità;
- al 75% del valore di ogni singolo punto di invalidità accertato oltre il quindicesimo e sino al venticinquesimo punto di invalidità;
- al 100 % del valore di ogni singolo punto di invalidità accertato oltre il venticinquesimo e sino al trentacinquesimo punto di invalidità;
- al 110% del valore di ogni singolo punto di invalidità accertato oltre il trentacinquesimo punto e sino al quarantaquattresimo punto di invalidità;

Resta inteso che se l'invalidità accertata è pari o superiore al 45% (quarantacinque per cento) della totale, verrà riconosciuta all'Assicurato la somma massima assicurata per invalidità permanente (100%). Inoltre, nel caso in cui a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi delle condizioni contrattuali, esclusi gli infortuni causati da movimenti tellurici, residui all'Assicurato un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 30% (trenta per cento) della totale, verrà riconosciuto all'Assicurato un "capitale aggiuntivo" pari a € 50.000,00. Qualora l'invalidità permanente riscontrata sia di grado non inferiore al 75% della totale il "capitale aggiuntivo" sarà pari a € 100.000,00. Nel caso di evento che colpisca contemporaneamente più Assicurati dello stesso Istituto l'esposizione massima della Società quanto a "capitale aggiuntivo", non potrà comunque superare l'importo di € 1.000.000,00 complessivamente. Qualora le indennità da corrispondere a titolo di "capitale aggiuntivo" ai sensi della presente garanzia eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli infortunati.

ART. 31 - CASO POLIOMIELITE E MENINGITE CEREBROSPINALE

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al 90° giorno dalla data di inizio della frequenza dell'anno scolastico, contragga nel corso dell'attività previste all'Art. 24, poliomielite, meningite cerebro spinale, e la malattia non dia postumi invalidanti, la Società corrisponderà per ogni Assicurato l'indennizzo forfetario previsto a tale titolo. In caso di sinistro che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo massimo dovuto dalla Società non potrà in alcun caso superare complessivamente l'importo di € 3.000.000,00. Qualora il cumulo dei singoli indennizzi dovesse superare detto importo gli indennizzi individuali saranno proporzionalmente ridotti.

ART. 32 - CASO DI COMA

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, qualora l'Assicurato entrasse in coma (escluso il caso di coma farmacologico) e lo stato di coma perdurasse continuativamente per un periodo di almeno 90 giorni, la Società pagherà agli aventi diritto un indennizzo alternativo e sostitutivo di quello previsto in polizza al caso di morte e con riguardo alle specifiche modalità di indennizzo previste.

La Società riconoscerà, a favore del beneficiario, il pagamento dell'indennizzo che sarà unico ed alternativo e sostitutivo di ogni altro indennizzo previsto dalla presente polizza.

ART. 33 - SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società rimborsa fino a concorrenza della somma assicurata, le spese mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza sostenute:

- a) durante il ricovero in istituti pubblici o privati comprese le spese in Day Surgery;
- b) per gli onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- c) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- d) per apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- e) per visite mediche specialistiche regolarmente prescritte;
- f) per cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi regolarmente prescritti;
- g) per l'acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, protesi oculari e acustiche;
- h) per l'applicazione di apparecchi gessati, bendaggi, e docce di immobilizzazione;
- i) per analisi ed accertamenti diagnostici, strumentali e di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa;

- j) per acquisto di medicinali regolarmente prescritti (incluso rimborso ticket);
- k) per cure e protesi dentarie di primo intervento rese necessarie da infortunio, senza sottolimiti per dente, oppure, purchè dalla certificazione medica si evinca che la cura deve esser procrastinata oltre tre anni dall'infortunio a causa dell'età dell'Assicurato, anche su base di preventivo di spesa, limitatamente all'applicazione di una sola protesi o terapia odontoiatrica. La ricostruzione delle parti danneggiate (intervento di conservativa) non è considerata protesi e rientra a tutti gli effetti nelle spese per cure dentarie.
- l) per spese e cure oculistiche compreso l'acquisto di montature, lenti anche a contatto rese necessarie da danno oculare. Sono altresì comprese le spese per la sostituzione o la riparazione di lenti e/o montature (comprese lenti a contatto) già in uso all'assicurato rotti a seguito di infortunio;
- m) per spese e cure all'apparato uditivo ivi comprese le spese per l'acquisto o la riparazione di protesi acustiche rotte a seguito di infortunio; si precisa che le spese per protesi sono rimborsabili solo per la prima protesi (e non le successive) purché essa sia applicata entro quattro anni dal giorno dell'Infortunio. Il rimborso avverrà dietro presentazione dei giustificativi di spesa e dei certificati comprovanti la menomazione subita dall'assicurato.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Qualora gli assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni da parte di enti sociali o privati, la garanzia "Spese mediche a seguito di infortunio" vale ad integrazione per eventuale eccedenza di spese non rimborsate dagli enti predetti.

ART. 34 - SPESE AGGIUNTIVE IN AMBITO ATTIVITA' SCOLASTICHE

La Società, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, provvede al rimborso, fino al valore commerciale o d'uso del bene e comunque fino alla concorrenza delle somme garantite, delle spese sostenute per:

1. danneggiamenti a strumenti musicali;
2. acquisto di capi di vestiario danneggiati;
3. riparazione o acquisto di sedie a rotelle e tutori, per portatori di handicap danneggiati;
4. acquisto, noleggio o riparazione di apparecchi e/o protesi ortopediche e/o terapeutiche;
5. riparazione della bicicletta utilizzata al momento del sinistro;
6. danneggiamenti a protesi dentarie o apparecchi ortodontici in uso all'assicurato.

ART. 35 - DIARIA DA RICOVERO

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera indicata in polizza, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 365 giorni per evento, in caso di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza. Sono equiparati a ricovero anche il Day Hospital e il Day Surgery.

ART. 36 - DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE

Qualora l'infortunio, indennizzabile ai sensi di polizza, comporti l'applicazione di una immobilizzazione - intendendosi per tale l'inabilità temporanea dovuta all'applicazione di mezzi di contenzione costituiti da fasce gessate od altri mezzi immobilizzanti, fissi, rigidi applicati allo scopo di favorire il processo di guarigione di lesioni scheletriche e/o capsulo legamentose, la Società liquida, a partire dal giorno successivo all'applicazione, distintamente per gli arti superiori ed inferiori, l'indennità giornaliera indicata in polizza entro il limite massimo previsto.

La garanzia non è operante in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione contusione del rachide cervicale.

ART. 37 - INDENNITA' DA ASSENZA PER INFORTUNIO

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio risarcibile a termini di polizza, sia rimasto assente dalle lezioni per più di 20 giorni scolastici consecutivi, e non abbia presentato nessuna spesa, la Società riconoscerà un indennizzo forfetario fino alla concorrenza della somma indicata in polizza.

ART. 37.1 - INDENNITA' PER ASSISTENZA ALUNNO INFORTUNATO

Qualora si renda necessaria l'assistenza all'Alunno infortunato che sia stato ricoverato per almeno un giorno e il Genitore o il tutore legale si assenti dal lavoro, come da certificazione del datore di lavoro, si garantisce un indennizzo per un massimo di giorni 20 con il limite giornaliero di € 40,00. Garanzia valida solo per alunni maggiorenni.

ART. 37.2 - ANTICIPO RIMBORSO SPESE

Si stabilisce che: accertato ai sensi di polizza il diritto all'indennizzabilità del sinistro, l'Assicurato può richiedere un acconto per le spese sostenute e documentate, anche prima della definizione del sinistro stesso, purché la somma richiesta in anticipo non sia inferiore a € 300,00 e fino ad un massimo di € 1.000,00 per ogni evento. Alla chiusura del sinistro, in base ai massimali previsti, si procederà quindi a liquidare ad integrazione, l'eventuale rimanenza di spese indennizzabili.

ART. 38 - DANNO ESTETICO

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico al viso (escluso l'apparato ortodontale), la Società, fino alla concorrenza della somma assicurata, provvede al rimborso delle spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Tali spese saranno rimborsate purché siano state sostenute entro due anni dal giorno dell'infortunio. Nel caso in cui fosse impossibile intervenire entro il suddetto periodo temporale, le cure e gli interventi riscontrati e quantificati da parte di un medico specialista, saranno liquidati entro il limite massimo della somma assicurata indicata in polizza alla voce "una tantum".

ART. 39 - PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

Qualora in conseguenza di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, accaduto negli ultimi quattro mesi dell'anno scolastico che comporti una mancata partecipazione alle lezioni per almeno 45 giorni consecutivi, l'allievo assicurato si trovasse nell'impossibilità di concludere l'anno scolastico, la Società corrisponderà la somma assicurata indicata in polizza, a titolo forfetario e solo per il primo anno scolastico ripetuto.

L'operatività della garanzia è subordinata alla presentazione, da parte dell'Istituto Scolastico, di idonea documentazione attestante una valutazione scolastica dove non dovranno comparire più di quattro discipline insufficienti nel precedente trimestre o quadrimestre, pena la decadenza del diritto all'indennità.

L'erogazione della somma avverrà entro il primo trimestre o quadrimestre dell'anno di recupero a seguito di attestazione di frequenza regolare da parte dell'Istituto Scolastico.

ART. 40 - CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS H.I.V. – EPATITE "B" o "C"

Premesso che nel testo che segue si intende per contagio l'evento dovuto a causa esterna, fortuita ed accidentale che produca modificazioni sierologiche, obiettivamente constatabili che indicano un'infezione da H.I.V., da epatite "B" o "C", si conviene la seguente estensione di garanzia:

in caso di contagio, avvenuto esclusivamente durante lo svolgimento delle attività assicurate descritte in polizza in conseguenza di:

- a) puntura o ferita occasionale da oggetto infettato da virus;
- b) aggressioni subite dall'Assicurato;
- c) trasfusione di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
- d) contagio avvenuto in situazioni di soccorso prestato nell'ambito dell'Istituto Scolastico, a soggetti assicurati presunti portatori dei virus.

La Società liquiderà la somma assicurata indicata in polizza, qualora l'Assicurato risulti sieropositivo, secondo la procedura di accertamento stabilita come segue:

1. L'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato dai virus a causa di un evento accidentale descritto alle lettere a), b), c), d) che precedono, deve, entro 3 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Società (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma o telefax indirizzato alla Società, anche per il tramite del Broker.

Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata una descrizione dettagliata dell'evento, certificata dal Contraente o dall'Ente – se diverso dal Contraente – presso il quale si è verificato il fatto accidentale.

Entro 6 giorni dall'evento l'Assicurato – fatta eccezione per i casi regolamentati al punto 2. seguente – deve sottoporsi ad un primo test presso un centro specializzato indicato dalla Società.

Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo o affetto da epatite "B" o "C", non sarà dovuto alcun indennizzo. L'assicurazione prevista dalla presente estensione di garanzia cessa nei suoi confronti.

Se il primo test immunologico o per diagnosi di epatite "B" o "C" fornirà un risultato negativo, l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test: se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo o affetto da epatite "B" o "C", la Società liquiderà la somma assicurata indicata in polizza.

Tutte le spese mediche relative al test H.I.V., epatite "B" o "C" sono a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, anche dette spese saranno rimborsate dalla Società.

L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza del beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico per H.I.V. – epatite "B" o "C".

Il rispetto rigoroso dei termini della denuncia e degli altri obblighi indicati nei commi precedenti, è essenziale per la validità dell'assicurazione. In caso di inadempienza l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo.

2. In relazione ai rischi descritti alle lettere a), b), c), d) che precedono ed alla procedura di accertamento della sieropositività da H.I.V. o epatite "B" o "C", si conviene che:
 - in caso di aggressione a seguito della quale l'Assicurato, o chi per lui, si trovi in condizioni di non autosufficienza (tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso, con conseguente ricovero in istituto di cura), l'Assicurato deve sottoporsi al test appena ne abbia avuto la possibilità e comunque entro 180 giorni dall'aggressione;
 - L'aggressione deve risultare da denuncia (anche contro ignoti) all'Autorità competente;
 - in caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico, l'Assicurato è esonerato dal primo test immunologico, restando confermata la necessità di sottoporvisi entro i 180 giorni dalla trasfusione; la cartella clinica completa sarà corredo necessario della pratica di sinistro.
3. La Società, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo test immunologico descritto nel precedente punto 1., corrisponde l'indennizzo pari alla somma convenuta.

Agli effetti della copertura della presente estensione di garanzia, non sono assicurabili le persone affette da emofilia e le persone portatrici del virus H.I.V., d'epatite "B" o "C" prima della data di accadimento del sinistro. Parimenti non sono assicurabili le persone affette da tossicomanie.

ART. 41 - INFORTUNIO A SEGUITO DI INCIDENTE DELLA CIRCOLAZIONE

Qualora l'infornuto sia accaduto a seguito di incidente derivante da circolazione stradale, ferroviaria ed aerea, la Società procederà all'indennizzo esclusivamente in assenza di responsabilità di terzi.

Qualora l'infornuto sia accaduto a seguito di un incidente derivante dalla circolazione stradale e l'Assicurato non abbia rispettato le norme previste dal Codice della Strada, sulla liquidazione prevista a termini di polizza verrà applicato uno scoperto del 50%.

ART. 42 - DIRITTO DI RIVALSA

Premesso che è diritto della Società esercitare azione di regresso verso gli autori o terzi responsabili dell'infornuto per le prestazioni da essa effettuate in virtù della presente sezione, la Società dichiara di rinunciare a questo diritto nei confronti:

- di tutti i soggetti assicurati con la presente polizza;
- del coniuge, dei genitori, dei figli degli Assicurati, nonché di qualsiasi altro parente ed affine fino al quarto grado.

ART. 43 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO – OBBLIGHI RELATIVI – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

In caso di infornuto il Contraente/Assicurato deve darne avviso scritto alla Società, anche per il tramite del broker, entro 30 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia, può essere inoltrata anche utilizzando supporti informatici messi a disposizione dal Broker o dalla Società.

La denuncia, deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico di Pronto Soccorso rilasciato da una struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso redatto entro 24 ore dall'accadimento del sinistro.

Qualora non sia presente una struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso o non sia materialmente possibile l'intervento di un'ambulanza o di altro idoneo mezzo per il trasporto dell'infornuto alla struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso più vicina o per infornuti che interessino l'apparato dentario, il certificato potrà essere redatto da altro Medico o Specialista, sempreché detta certificazione venga redatta al più tardi entro 96 ore consecutive all'accadimento del sinistro.

In mancanza del certificato di guarigione, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

L'infornuto, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alle visite di medici incaricati dalla Società ed a qualsiasi accertamento che la Società ritenga necessario, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato la persona assicurata.

Se dall'infornuto risulta la morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata entro settantadue ore per telegramma.

Se non adempie intenzionalmente agli obblighi sopra previsti, l'infornuto ed i suoi aventi diritto perdono il diritto alle indennità. Se l'inadempienza è involontaria, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Colui il quale richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

ART. 44 - CRITERI DI INDENNIZZO

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

Nei casi preesistenti di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infornuto come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

ART. 45 - MODALITÀ PER LA LIQUIDAZIONE DEGLI INDENNIZZI

La liquidazione dell'indennizzo avrà luogo a guarigione avvenuta, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale, debitamente quietanzati (notule, ricevute, tickets, fatture).

Le indennità ed i rimborsi vengono corrisposti in Italia ed in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non aderenti all'Euro, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta tutta la documentazione la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni.

ART. 46 - CONTROVERSIE

Per le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, in caso di divergenze sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenza delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sulla durata e pertinenza delle inabilità e delle spese di cura, si potrà procedere, su accordo delle parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico.

I primi due componenti di tale Collegio, saranno designati dalle Parti ed il terzo, di comune accordo dai primi due, o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico. 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, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo. Sin d'ora, pertanto, le parti rinunciano a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali.

SEZIONE B – RESPONSABILITÀ CIVILE

RESPONSABILITA' CIVILE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o 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 (Artt. **1892, 1893 e 1894 C.C.**).

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato non ha l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. **1910 C.C.**).

Art. 3 - Pagamento del premio

Vedi art. 17 e 18 – Norme che regolano il contratto in generale

Art. 4 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Art. **1898 C.C.**)

Art. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate del premio successive alla comunicazione dell'Assicurato (Art. **1897 C.C.**) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro **tre giorni** da quando ne ha avuto conoscenza (Art. **1913 C.C.**).

Agli effetti dell'assicurazione di responsabilità civile verso i prestatori di lavoro, il Contraente o l'Assicurato deve denunciare soltanto i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta penale a norma della legge infortuni o per i quali il prestatore di lavoro ha presentato richiesta di risarcimento danni.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. **1915 C.C.**).

Art. 8 - Disdetta in caso di sinistro Annullato.

Art. 9 - Proroga dell'assicurazione

Il presente contratto ha durata non superiore a tre anni e cessa senza tacito rinnovo alla scadenza.

Le parti hanno la facoltà di rescindere il contratto poliennale ad ogni scadenza annuale previa disdetta almeno trenta giorni prima.

Art. 10 - Oneri fiscali Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro competente Sostituito da Condizioni Speciali Scuole.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme delle leggi italiane.

NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE RISCHI DIVERSI

Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione

• **Assicurazione responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)** sostituito da Condizioni Speciali Scuole.

• **Assicurazione della responsabilità civile verso dipendenti soggetti all'assicurazione di legge contro gli infortuni (R.C.O.) compreso danno biologico.**

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:
b.1) **ai sensi degli Artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, come modificato dal D. Lgs 38 del 23/02/2000 (rivalsa I.N.A.I.L.)** per gli infortuni (escluse le malattie professionali) sofferti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti, addetti all'attività per la quale è prestata l'assicurazione, compresi altresì i dirigenti e le persone in rapporto di lavoro a progetto (parasubordinati) compreso il rischio in itinere, come previsto dal Decreto Legislativo n. 38 del 23/2/2000.

La Società, quindi, si obbliga a rifondere all'Assicurato le somme richieste dall'I.N.A.I.L. a titolo di regresso.

b.2) **ai sensi del codice civile (e a maggior danno) nonché del D.Lgs 81/2008 (e successive modifiche ed integrazioni)**

A titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, così come modificato dal D.Lgs. 38/2000, cagionati alle persone di cui al precedente punto b.1) per morte o per lesioni personali dalle quali sia derivata una invalidità permanente (escluse le malattie professionali).

L'assicurazione R.C.O. è efficace a condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge.

b.3) **Buona fede I.N.A.I.L.**

L'assicurazione di responsabilità civile verso i dipendenti soggetti all'assicurazione di legge contro gli infortuni (R.C.O.) conserva la propria validità anche nel caso di mancata assicurazione di personale presso l'I.N.A.I.L., quando ciò derivi da inesatta o erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia e sempreché ciò non derivi da comportamento doloso.

a) Assicurazione della responsabilità civile verso dipendenti non soggetti all'assicurazione di legge contro gli infortuni (R.C.I.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni corporali (morte o lesioni personali), escluse le malattie professionali, cagionati ai propri dipendenti non soggetti all'obbligo di assicurazione ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, come modificato dal D.Lgs n.038 del 23/02/2000, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in occasione di lavoro o di servizio.

b) Rivalsa I.N.P.S.

L'assicurazione R.C.T./R.C.O./R.C.I. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984, n. 222.

c) Equiparazione ai dipendenti: annullato

d) Responsabilità civile personale dei dipendenti

L'assicurazione vale per la responsabilità civile personale dei dipendenti dell'Assicurato per danni involontariamente cagionati a terzi, escluso l'Assicurato stesso, nello svolgimento delle loro mansioni contrattuali e ciò entro i massimali pattuiti per la R.C.T. Agli effetti di questa estensione di garanzia e sempreché sia operante la garanzia R.C.O./R.C.I., sono considerati terzi anche i dipendenti dell'Assicurato, limitatamente ai danni da essi subiti per morte o per lesioni personali gravi o gravissime, così come definite dall'Art. 583 c.p., e ciò entro i massimali previsti per la R.C.O.

Art. 14 - Validità territoriale

L'assicurazione R.C.T. vale per i danni che avvengono nel territorio di tutti i paesi europei. La garanzia è estesa al mondo intero in occasione di viaggi e visite d'istruzione e stages autorizzati. L'assicurazione R.C.O. vale per il mondo intero.

Art. 15 - Persone non considerate terzi:

non sono considerate terzi al fine dell'assicurazione R.C.T.:

- a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- b) quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lett.a);
- c) le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro di servizio; i subappaltatori ed i loro dipendenti nonché tutti coloro che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'assicurazione, salvo quanto diversamente previsto in polizza.

Art. 16 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non comprende i danni:

- a) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- b) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il 16° anno di età;
- c) alle opere in costruzione ed a quelle sulle quali si eseguono i lavori;
- d) alle cose trasportate su mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito delle anzidette operazioni;
- e) conseguenti a inquinamento dell'aria, dell'acqua, o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

Art. 17 - Rischi assicurabili solo con patto speciale o con condizione aggiuntiva

L'assicurazione R.C.T. non comprende i danni:

- a) da furto;
- b) alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
- c) provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'Assicurato e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;
- d) derivanti dalla proprietà di fabbricati e dei relativi impianti fissi;
- e) alle cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- f) ai mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni;
- g) alle cose trovantesi nell'ambito di esecuzione dei lavori;
- h) cagionati da opere o installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori, nonché i danni cagionati da prodotti e cose in genere dopo la consegna a terzi; per le opere che richiedono spostamenti successivi dei lavori e, comunque, ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori che la riguardano e, comunque, dopo 30 giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso ed aperta al pubblico;
- i) a condutture ed impianti sotterranei in genere; a fabbricati ed a cose in genere dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazioni del terreno, da qualsiasi causa determinati;
- l) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi; a meno che siano in conseguenza di morte, lesioni personali, danni a cose risarcibili a termini di polizza: in tal caso il limite è fissato per sinistro e per anno in € 1.000.000,00;
- m) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli Artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 C.C.;

- n) conseguenti a malattie già manifestatesi o che potrebbero manifestarsi in relazione alla encefalopatia spongiforme (TSE).
o) Condizione aggiuntiva: 1) Danni a occhiali e effetti personali L'assicurazione è prestata per i danni materiali e diretti subiti da occhiali e da effetti personali in uso agli Allievi/studenti/Alunni ed agli Operatori Scolastici in conseguenza di urti accidentali occorsi nell'ambito delle strutture scolastiche durante le attività scolastiche autorizzate dall'Istituto Scolastico.

Per effetti personali si intendono nello specifico: vestiario ed accessori (scarpe – cinture – indumenti in genere); lenti da vista e relative montature; borsa da passeggio; zaino, orologio (solo se indossato) materiale scolastico (escluse apparecchiature elettroniche); apparecchi odontoiatrici/acustici (solo se indossati). 2) La Società indennizza i danni al bagaglio dell'Assicurato durante il viaggio d'istruzione, compreso il vestiario indossato, determinati da furto, incendio, rapina, scippo, mancata riconsegna da parte del vettore aereo o dell'albergatore (vedi norme integrative artt. 66 e 67).

L'assicurazione R.C.T. / R.C.O. / R.C.I. non comprende i danni:

- p) da detenzione o impiego di esplosivi;
q) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
r) di qualunque natura, comunque occasionali, direttamente o indirettamente derivanti, seppure in parte, dall'esposizione e/o contatto con l'asbesto, l'amianto e/o qualsiasi sostanza contenente in qualunque forma o misura l'asbesto o l'amianto;
s) conseguenti o derivanti dall'emissione o generazione di onde e campi elettromagnetici;
t) derivanti da scioperi, tumulti, sommosse, atti vandalici, di terrorismo e di sabotaggio.
u) derivanti da prodotti geneticamente modificati;
v) derivanti a seguito di malattia già manifestatesi o che potrebbe manifestarsi in relazione alla encefalopatia spongiforme (TSE).

Art. 18 - Gestione delle vertenze di danno - spese di resistenza

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Si prende atto che la Società non può assumere la gestione delle vertenze per le quali l'Amministrazione assicurata sia obbligata ad avvalersi del patrocinio dell'avvocatura dello Stato, come previsto dalla circolare M.P.I. – Servizio Legale – n. 6519.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati, salvo il caso in cui l'Amministrazione assicurata sia obbligata ad avvalersi del patrocinio dell'Avvocatura dello Stato entro i limiti indicati al comma precedente; non risponde inoltre, per multe od ammende né per spese di giustizia penale.

Art. 19 – Massimo risarcimento

Qualora lo stesso sinistro interessi contemporaneamente la garanzia R.C.T. e/ o R.C.I. e/o R.C.O., il massimo esborso della Società non potrà superare il massimale previsto in polizza per la garanzia R.C.T. e per le R.C.I./R.C.O..

Le norme che qui di seguito (artt. 47-56) regolano in generale i contratti aventi per Contraente l'Istituto Scolastico nonché le condizioni speciali infortuni sono a deroga ed integrazione di quanto riportato nelle precedenti Condizioni Generali, che si devono intendere valide solo ed esclusivamente per quanto non normato in tutto o in parte dalle Norme Generali per Contraenti Istituti Scolastici e dalle Condizioni Speciali RCT.

Le norme che qui di seguito (artt. 1-9) regolano il contratto R.C.T. avente per Contraente/Assicurato l'Istituto Scolastico sono a deroga ed integrazione di quanto riportato nelle precedenti Condizioni Generali, che si devono intendere valide solo ed esclusivamente per quanto non normato in tutto o in parte dalla seguente Sez. B: Responsabilità Civile.

SEZIONE B – RESPONSABILITÀ CIVILE

ART. 1 - ASSICURATI

Art. 1.1 Categoria di assicurati soggetta al versamento del premio:

- a) Gli Alunni così come da definizione riportata;
c) Gli Operatori Scolastici come da definizione riportata.

Art. 1.2 Soggetti assicurabili a richiesta dell'Istituto Scolastico e previo pagamento del relativo premio:

- a) Alunni di altre scuole, anche stranieri, che siano temporaneamente ospiti dell'Istituto Scolastico Contraente e/o presso le famiglie degli studenti iscritti alla scuola assicurata, durante la partecipazione alle attività coperte dalla presente assicurazione;
b) Assistenti educativi e culturali dipendenti di Enti Locali che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici in servizio presso la scuola assicurata nell'ambito delle attività coperte dall'assicurazione;
c) Ex alunni che frequentano "Tirocini Formativi e di Orientamento" nell'ambito di programmi di inserimento e orientamento al mondo del Lavoro (Legge 196 del 24/06/97, Regolamento n°142 del 25/03/98);
d) Esperti esterni/prestatori d'opera estranei all'organico della scuola che operano all'interno dell'Istituto Scolastico Contraente in attività deliberate dagli Organi Scolastici competenti e sulla base di regolare contratto di prestazione d'opera o di incarico occasionale a titolo gratuito;

- e) Collaboratori scolastici ai sensi dell'Art. 7 del D. Lgs. 468/97 e successive modifiche ed integrazioni "Lavoratori in trattamento di mobilità in lavori socialmente utili" (L.S.U.);
- f) Tirocinanti Professionali siano essi dipendenti dello Stato o di Enti Locali che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici in servizio presso la scuola assicurata nell'ambito delle attività coperte dall'assicurazione;
- g) Tirocinanti che, in forza di convenzioni con singole Facoltà Universitarie o altri Enti Italiani ed Esteri, svolgono attività all'interno della scuola;
- h) Uditori ammessi alla frequenza dell'Istituto Scolastico Contraente;
- i) Volontari del servizio civile siano essi dipendenti dello Stato o di Enti Locali che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici in servizio presso la scuola assicurata nell'ambito delle attività coperte dall'assicurazione.

Art. 1.3 - Soggetti comunque assicurati:

- a) L'Istituzione Scolastica Contraente in quanto facente parte dell'Amministrazione Scolastica Centrale;
- b) L'Amministrazione Scolastica Centrale in quanto legittimata passiva;
- c) Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca;
- d) Alunni esterni che partecipano ad attività/stage organizzati dall'Istituto Scolastico Contraente od alle quali lo stesso partecipi su iniziativa del M.I.U.R. e degli Uffici Scolastici Regionali o Provinciali;
- e) Assistenti di lingua straniera che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico Contraente, nominati dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (M.I.U.R.) nell'ambito di progetti di scambi di assistenti di lingua straniera;
- f) Famigliari degli alunni iscritti e frequentanti quando si trovino all'Interno dell'Istituto Scolastico Contraente o partecipino ad iniziative/progetti/attività regolarmente deliberate e messe in atto dagli Organi Scolastici competenti;
- g) Genitori degli alunni quando svolgono il ruolo di membri di diritto degli organi collegiali previsti dal D.P.R. n. 416 del 31/05/74 e successivi;
- h) Operatori Scolastici in servizio presso l'Istituto Scolastico Contraente componenti squadre di prevenzione e pronto intervento ai sensi di Legge, durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- i) Personale in quiescenza che svolge attività all'interno dell'Istituto, secondo quanto stabilito dalla Circolare Ministeriale 127 del 14/04/94;
- j) Presidente della Commissione d'esame presso l'Istituto Scolastico Contraente durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- k) Presidente del Consiglio di Istituto;
- l) Responsabile della Sicurezza ai sensi del T.U.S.L. (D. Lgs. 81/2008 nuovo Testo unico sicurezza lavoro) in servizio presso l'Istituto Scolastico Contraente durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- m) Volontari che prestano attività a titolo gratuito durante l'esecuzione di piccoli lavori di giardinaggio e manutenzione del verde (esclusi potature ed abbattimento di alberi) per le necessità della scuola.

ART. 2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A) RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (RCT)

La Società si obbliga a tenere indenne il Contraente e gli Assicurati di quanto questi siano tenuti a pagare, quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati a terzi per:

- morte e lesioni personali
 - distruzione, danneggiamenti e deterioramento di cose
- in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione allo svolgimento delle attività per le quali è prestata l'assicurazione.

B) RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO SUBORDINATO (RCO)

La Società si obbliga a tenere indenne il Contraente/Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile:

1. ai sensi delle disposizioni di legge disciplinanti le azioni di regresso o di surroga esperite dall'INAIL e/o dall'INPS per gli infortuni subiti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati assicurati ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30.6.65 n. 1124 e successive modifiche e dell'art. 13 del d.lgs. 23.2.2000 n. 38 e successive modifiche ed integrazioni;
2. ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento danni non rientranti nei casi di cui al precedente punto 1. cagionati ai prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati per morte o lesioni personali.

Danno biologico

L'assicurazione vale anche per gli infortuni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 e successive modificazioni e/o integrazioni, cagionati ai prestatori di lavoro sopra indicati per morte, o lesioni personali di cui il Contraente/Assicurato sia responsabile ai sensi del Codice Civile.

La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. Non costituisce però causa di decadenza della copertura la mancata assicurazione di personale presso l'INAIL, se ciò deriva o da inesatta ed erronea interpretazione delle norme di legge vigenti, o da una involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni INAIL.

Tanto l'assicurazione R.C.T. quanto l'assicurazione R.C.O. valgono anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INAIL e dall'INPS ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12.6.1984 n. 222.

Responsabilità Civile personale dei dipendenti

Quanto previsto ai precedenti punti A) e B), si intende esteso alla responsabilità civile personale dei prestatori di lavoro subordinati dell'Assicurato, per danni involontariamente cagionati a Terzi, o fra di loro, nello svolgimento delle relative mansioni professionali. Ciò nei limiti del massimale previsto in polizza per sinistro, il quale resta ad ogni effetto unico, anche nei casi di corresponsabilità dei prestatori di lavoro con l'Assicurato o fra di loro.

ART. 3 - PLURALITÀ DI ASSICURATI

Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta ad ogni effetto unico anche in caso di corresponsabilità di più Assicurati fra loro.

ART. 4 - OPERATIVITÀ DELLA SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE

L'assicurazione è valida per tutte le attività realizzate dalla scuola, sia all'interno che all'esterno, compatibilmente e/o in conformità alla vigente normativa scolastica, comprese quelle previste dal Piano dell'Offerta Formativa (P.O.F.) realizzate e messe in atto dall'Istituto Scolastico anche in collaborazione con soggetti esterni mediante stesura di regolare protocollo di intesa sottoscritto tra le parti e previa delibera degli Organi Scolastici competenti.

A titolo puramente esemplificativo, si precisa che la garanzia è operante per:

- a) le assemblee studentesche autorizzate, anche se effettuate in locali esterni alla scuola, purché si sia ottemperato alle disposizioni della C.M. n. 312, XI cap. 27.12.79. L'assicurazione si estende alle assemblee studentesche non autorizzate, purché si svolgano all'interno della scuola;
- b) le attività autogestite ed attività correlate all'autonomia svolte all'interno dell'Istituto e purché siano state autorizzate dal Dirigente Scolastico;
- c) il servizio esterno alla scuola svolto da operatori scolastici purché tale servizio venga svolto su preciso mandato del Dirigente Scolastico e/o del Direttore dei Servizi Generali ed Amministrativi;
- d) le lezioni di educazione fisica, l'attività sportiva in genere svolta in palestre, piscine e campi sportivi anche esterni alla scuola, nonché le attività di pratica e avviamento all'attività sportiva svolte durante le "settimane bianche" rientranti nel programma dell'Istituto scolastico;
- e) gli stage, i tirocini formativi, i progetti di orientamento, l'alternanza scuola/lavoro, ed interscambi culturali, anche all'estero;
- f) le attività che prevedano visite a cantieri, aziende e laboratori anche quando comprendano esperimenti e prove pratiche dirette;
- g) le gite e passeggiate, viaggi di integrazione culturale e di preparazione di indirizzo, visite guidate, visite a musei ed attività culturali in genere, escluso comunque ogni e qualsiasi effetto della Legge 990 (Responsabilità Civile della circolazione veicoli a motore) e successive modifiche ed esclusa la Responsabilità Civile del vettore;
- h) il prescuola (periodo intercorrente tra l'apertura dei cancelli della scuola e l'inizio delle lezioni) e durante le attività di mensa e doposcuola, purché sul posto la vigilanza sia prestata dagli operatori scolastici in servizio presso la scuola assicurata, anche con il supporto di personale esterno dipendente di Enti Pubblici;
- i) le attività di promozione culturale e sociale (direttiva n. 133 del 3/4/1996);
- j) le attività ricreative e non che si svolgessero anche in occasione di prescuola, doposcuola o interscuola, compresi i giochi della gioventù, giochi sportivi e studenteschi e relativi allenamenti anche in strutture esterne alla scuola o altri luoghi all'uopo designati, purché effettuati in presenza di personale incaricato dall'Istituto Scolastico;
- k) i centri estivi purché deliberati dagli organismi scolastici competenti e purché sul posto la vigilanza sia prestata dagli operatori scolastici in servizio presso la scuola assicurata, anche con il supporto di personale esterno dipendente di Enti Pubblici;
- l) le attività previste dal Piano dell'Offerta Formativa realizzate dall'Istituto Scolastico in collaborazione con soggetti esterni mediante stesura di regolare protocollo di intesa sottoscritto tra le parti e previa delibera degli Organi Scolastici competenti;
- m) l'erogazione di servizi medici ed infermieristici all'interno dell'Istituto Scolastico in osservanza alla normativa vigente in materia.

Per le attività esterne alla scuola le garanzie tutte della presente sezione si intendono valide solo se il Contraente ha predisposto per esse la sorveglianza prevista dalla normativa scolastica.

ART. 5 - ESTENSIONI DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è altresì operante:

1. **COLPA GRAVE E FATTI DOLOSI:** anche nel caso sussista negligenza, imprudenza o colpa grave, nonché per la responsabilità civile che possa derivare al Contraente/Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere a norma di legge.
2. **CULPA IN VIGILANDO:** per la responsabilità personale degli operatori scolastici nell'esercizio dell'attività svolta per conto dell'Istituto Scolastico.
3. **RESPONSABILITÀ CIVILE DEGLI ALUNNI IN ITINERE, PEDIBUS, BICIBUS:** per la responsabilità civile derivante all'alunno e conseguentemente i genitori, il tutore o chi ne esercita la patria potestà, per danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali durante il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato alla struttura (scuola o altro) e viceversa per il tempo necessario a compiere il tragitto anche effettuato a mezzo del pedibus e bicibus, prima e dopo l'orario delle lezioni scolastiche (per abitazione dell'Assicurato si intende anche quella di persone che abbiano in custodia, sia pure temporaneamente l'Assicurato stesso). La presente estensione di garanzia non vale nel caso in cui la Responsabilità Civile sia ascrivibile a quanto disciplinato dal Codice delle Assicurazioni Private adottato con D. Lgs. n. 209 del 7.9.2005 e successive modifiche ed integrazioni relativamente all'Assicurazione obbligatoria RCA di tutti i mezzi a motore; al contrario si intende estesa alla Responsabilità Civile in cui incorra l'Assicurato per l'uso di biciclette o altri mezzi non assoggettati agli obblighi assicurativi sanciti dal

Codice delle Assicurazioni Private adottato con D. Lgs. n.209 del 7.9.2005 e successive modifiche ed integrazioni relativamente all'Assicurazione obbligatoria RCA di tutti i mezzi a motore, anche per le persone che rispondano per l'Assicurato, a patto che la responsabilità sia stata accertata.

4. CONDUZIONE DEI LOCALI SCOLASTICI: per la responsabilità derivante all'Istituto Scolastico relativamente alla conduzione dei locali scolastici, relative pertinenze e dipendenze (comprese le aree adibite a parcheggio purché le stesse risultino consegnate all'Istituto Scolastico con documentazione formale dalla quale si evinca l'obbligo di custodia a carico dell'istituto stesso), cartelli pubblicitari, insegne e striscioni, opere di recinzione, cancelli comandati elettronicamente. Sono comunque esclusi i danni derivanti da manutenzione straordinaria che comporti modifiche sostanziali nelle caratteristiche strutturali dei fabbricati e/o quelli derivanti da umidità, stillicidio e insalubrità dei locali, spargimento di acque e rigurgito di fogne.

5. CESSIONE A TERZI DEI LOCALI SCOLASTICI: per la responsabilità civile derivante all'Istituto Scolastico dalla cessione in uso a terzi, a qualsiasi titolo di: aule, palestre e relative attrezzature, aule di informatica e/o altri locali. In questo caso la copertura assicurativa è circoscritta alla responsabilità civile derivante dalla proprietà di quanto ceduto in uso a terzi.

6. SERVIZIO DI SICUREZZA E SALUTE DEI LAVORATORI: per la responsabilità civile derivante all'Istituto Scolastico dall'applicazione del D. Lgs. 9.4.2008 N. 81 e successive modifiche e/o integrazioni. È compresa la responsabilità civile personale degli incaricati dall'Istituto Scolastico a condizione che le mansioni svolte non siano prestate da liberi professionisti od operatori esterni.

7. COMMITTENZA GENERICA: per la responsabilità civile imputabile all'Istituto Scolastico per danni cagionati a terzi nella sua veste di committente di operazioni, lavori e/o servizi connessi alle attività cui si riferisce l'assicurazione ed affidati ad altre Ditte, Enti o persone in genere.

8. ESPOSIZIONI, FIERE, MOSTRE, CARTELLI, STRISCIONI PUBBLICITARI: per la responsabilità civile derivante all'Istituto Scolastico dalla partecipazione ad esposizioni, fiere, mostre e mercati, comprese le attività di allestimento e smontaggio degli stands nonché per la responsabilità civile derivante dalla proprietà e/o conduzione e/o manutenzione di cartelli pubblicitari, insegne e striscioni, ovunque installati sul territorio nazionale, con l'intesa che, qualora la manutenzione sia affidata a terzi, la garanzia opera a favore dell'Istituto Scolastico nella sua qualità di committente dei lavori. L'assicurazione non comprende i danni alle opere ed alle cose sulle quali o nelle quali vengono effettuati i lavori.

9. MATERIALE DIDATTICO E SUSSIDI SCOLASTICI: per i danni che gli alunni possono arrecare al materiale didattico e sussidi scolastici in uso presso le strutture scolastiche e assegnato all'Istituto Scolastico in comodato d'uso da ditte e società diverse da Enti Pubblici.

10. COMMITTENZA AUTO: per la responsabilità civile derivante all'Istituto Scolastico ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile, per danni cagionati a Terzi da suoi dipendenti in relazione alla guida di autoveicoli, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Istituto Scolastico o allo stesso intestati al P.R.A., ovvero a lui locati. La garanzia vale anche per le lesioni personali cagionate alle persone trasportate. È fatto salvo in ogni caso il diritto di surroga della Società Assicuratrice nei confronti dei terzi responsabili (escluso il Contraente/Assicurato). La garanzia è valida a condizione che al momento del sinistro il veicolo sia guidato da un dipendente dell'Assicurato munito di regolare patente di abilitazione. Questa specifica estensione di garanzia vale nei limiti territoriali dello Stato Italiano, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino e degli Stati per i quali è stata rilasciata la Carta Verde.

11. DANNI DA SOSPENSIONE OD INTERRUZIONE DI ATTIVITÀ: per la responsabilità civile derivante all'Istituto Scolastico per danni arrecati a terzi in conseguenza di interruzione o sospensione totale o parziale di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, a condizione però che tali danni siano la conseguenza di morte o di lesioni personali o di danneggiamenti a cose risarcibili a termini di polizza. La presente estensione di garanzia viene prestata nell'ambito del massimale di polizza con il limite del 20% del massimale stesso.

12. DANNI DA INCENDIO: per la responsabilità civile derivante all'Istituto Scolastico per danni a cose di terzi conseguenti ad incendio, esplosione o scoppio delle cose di proprietà dell'Istituto Scolastico o dallo stesso detenute. La presente estensione di garanzia viene prestata nell'ambito del massimale di polizza con il limite di risarcimento per evento e per anno assicurativo di € 500.000,00 e viene prestata in eccedenza ad eventuali analoghe coperture previste da esistenti polizze incendio sullo stesso rischio, purché valide ed operanti.

13. AZIONE DI RIVALSA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SCOLASTICI: per le azioni di rivalsa esperite dall'Amministrazione Scolastica Centrale nei confronti del personale Direttivo, Docente e non docente, salvo il caso di dolo.

14. SCAMBI CULTURALI: per la responsabilità civile derivante all'Assicurato e conseguentemente i genitori, il tutore o chi ne esercita la patria potestà per danni involontariamente cagionati a terzi durante la partecipazione a scambi culturali, gemellaggi, percorsi di alternanza scuola-lavoro ed iniziative analoghe compresa la responsabilità civile derivante dalla circolazione di veicoli non a motore, compresi i velocipedi.

ART. 5 - ESCLUSIONI

L'Assicurazione non comprende i danni:

- a) alle cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia a qualsiasi titolo o destinazione (salvo quanto previsto all'Art. 5.9);
- b) il cui verificarsi sia una conseguenza naturale delle modalità adottate dal Contraente/Assicurato nello svolgimento dell'attività garantita;
- c) derivanti dalla proprietà, possesso ed uso di natanti e di aeromobili;
- d) cagionati da opere ed installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori;
- e) da furto;
- f) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- g) conseguenti a perdita di dati elettronici, derivanti, direttamente o indirettamente, da virus e/o altri programmi simili e relativi a qualsiasi attività svolta via internet o a servizi e/o consulenza informatica;

- h) cagionati alle opere in costruzione, alle opere sulle quali o nelle quali si eseguono i lavori;
- i) alle cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- j) a condutture ed impianti sotterranei in genere, a fabbricati ed a cose in genere, dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazione del terreno da qualsiasi causa determinati;
- k) derivanti da spargimento di acque o rigurgiti di fogne, salvo che siano conseguenti a rotture accidentali di tubazioni o condutture, nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio ed in genere insalubrità dei locali;
- l) cagionati da veicoli a motore in genere per i quali, in conformità alle norme disciplinate dal Codice delle Assicurazioni Private adottato con D. Lgs. n. 209 del 7.9.2005 e successive modifiche ed integrazioni relativamente all'assicurazione obbligatoria RCA di tutti i mezzi a motore, l'assicurazione deve essere prestata con polizza Responsabilità Civile Veicoli a Motore;
- m) atti di guerra (dichiarata o non) anche civile, atti di ostilità, colpi di stato, esplosioni di armi militari, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazioni militari, invasioni, reati dolosi compresi quelli di terrorismo o sabotaggio;
- n) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni nonché calamità naturali dichiarate tali dalle competenti Autorità;
- o) sviluppo, comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- p) trasformazioni o assestamenti energetici del nucleo dell'atomo, naturali o provocati artificialmente e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, e simili).
- q) i danni derivanti direttamente e/o indirettamente da asbesto.

ART. 6 - NOVERO DEI TERZI E PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Ai fini della presente assicurazione, sono considerati terzi tutti i soggetti diversi dal Contraente, ad eccezione, ai fini della sola assicurazione R.C.T., dei dipendenti del Contraente e dei lavoratori parasubordinati soggetti all'assicurazione INAIL per legge, che subiscano il danno in occasione di lavoro o servizio, in quanto assicurati ai sensi dell'art. 2 lett. B). Tuttavia, detti dipendenti ed i lavoratori parasubordinati devono intendersi considerati terzi quando non subiscano il danno in occasione di lavoro.

ART. 7 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI

La Società assume la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale sia civile che penale a nome dell'Assicurato/Contraente, designando, legali e tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Si prende atto tra le parti che la Società non può assumere la gestione delle vertenze per le quali l'Amministrazione assicurata sia obbligata ad avvalersi del patrocinio dell'Avvocatura dello Stato. Le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato sono a carico della Società entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda; peraltro, ove gli interessi della Società cessino durante lo svolgimento del processo, le spese rimangono a carico della stessa fino ad esaurimento del giudizio nel grado in cui questo si trova. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra Società ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati, salvo il caso in cui l'Amministrazione assicurata sia obbligata ad avvalersi del patrocinio dell'Avvocatura dello Stato e fermi restando i limiti indicati al comma precedente. La Società non risponde, in ogni caso, di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.

ART. 8 - MASSIMALI ASSICURATI

La garanzia è prestata, in base ai massimali indicati in polizza per ogni singolo sinistro fatti salvi i casi in cui è indicato diversamente. Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta ad ogni effetto unico anche in caso di corresponsabilità di più Assicurati fra loro.

ART. 9 - DENUNCIA DEL SINISTRO RESPONSABILITÀ CIVILE

In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso scritto alla Società, anche per il tramite del broker, entro 30 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia, può essere inoltrata anche utilizzando supporti informatici messi a disposizione dal Broker o dalla Società. La denuncia dovrà contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato. Agli effetti dell'assicurazione della responsabilità civile verso i prestatori di lavoro soggetti all'assicurazione obbligatoria per gli infortuni sul lavoro, il Contraente/Assicurato deve denunciare soltanto i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta pretorile a norma della legge infortuni, e per il danno biologico solo quelli per i quali ha ricevuto richiesta di risarcimento. Se non viene adempiuto intenzionalmente agli obblighi sopra previsti, l'infortunato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto alle indennità. Se l'inadempimento è involontario, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

SEZIONE C – ASSISTENZA – ASSICURAZIONE SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO – ASSICURAZIONE BAGAGLIO – ASSICURAZIONE ANNULLAMENTO GITE, VIAGGI E/O SCAMBI CULTURALI – ASSICURAZIONE DANNI AD OCCHIALI ED EFFETTI PERSONALI A SCUOLA

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Quando non risultino espressamente derogate, valgono le seguenti condizioni di polizza:

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892 - 1893 - 1894 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.3 - Pagamento del premio e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sulla scheda di polizza, se il premio o la rata del premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Art. 1.4 - Frazionamento del premio Il premio è annuo.

Art. 1.5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o 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.

Art. 1.6 - Diminuzione del rischio

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

Art. 1.7 - Notizie da fornire alla Società

Per l'identificazione degli assicurati si farà riferimento alle risultanze degli elenchi e/o dei supporti meccanografici che il Contraente si impegna a mettere a disposizione della Società in qualsiasi momento.

È previsto un conteggio alla fine di ogni anno assicurativo per determinare l'eventuale superamento dei numeri minimi garantiti di assicurati entrati in copertura.

Se lo riterrà necessario, la Società potrà contattare il Contraente per l'espletamento di accertamenti sulla regolarità della posizione degli assicurati, qualora sorgesse il dubbio che questi richiedano un servizio senza averne titolo.

Art. 1.8 - Determinazione e regolazione del premio ANNULLATO

Art. 1.9 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o telefax.

Art. 1.10 - Recesso in caso di sinistro

La Società rinuncia ad esercitare il diritto di recesso per sinistro

Art. 1.11 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dal comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per la garanzia Assistenza e la garanzia Furto.

Art. 1.12 - Esonero comunicazione altre assicurazioni

A parziale deroga di quanto stabilito dall'Art.1.1 resta inteso e convenuto di comune accordo tra le Parti che il Contraente resta esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altri contratti stipulati in proprio dagli Assicurati.

Art. 1.13 - Assicurazione per conto altrui

L'assicurazione è stipulata per conto altrui – art. 1891 Codice Civile – Gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, titolare esclusivo dell'interesse garantito, per cui egli solo – o i suoi eredi – è legittimato a farli valere presso la Società.

Art. 1.14 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.15 - Foro Competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o di domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 1.16 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, si applicano le vigenti disposizioni di Legge Italiana.

Art. 1.17 – Eccedenze di massimali

Tutte le eccedenze di massimale dovranno essere regolate direttamente dall'Assicurato.

Art.1.18 Proroga del contratto e periodo di Assicurazione

La presente polizza non si rinnova tacitamente ma cessa alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta delle parti.

Art.1.19 Pattuizione della non rinnovabilità della polizza

Quando è pattuita la non rinnovabilità della polizza, questa cesserà automaticamente alla scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta.

2. NORME SPECIFICHE DEL CONTRATTO

Art. 2.1 Notizie da fornire alla Società

Per l'identificazione degli alunni assicurati si farà riferimento alle risultanze dei libri e dei supporti meccanografici che l'Istituto si impegna a mettere a disposizione della Società in qualsiasi momento. Inoltre, se lo riterrà necessario, la Società potrà contattare l'Istituto scolastico per l'espletamento di accertamenti sulla regolarità della posizione degli assicurati, qualora sorgesse il dubbio che questi richiedano un servizio senza averne titolo.

Art. 2.2 Premi

Il Contraente si impegna a corrispondere alla Società, il premio secondo pattuizione speciale.

Art. 2.3 Premio alla firma - Premio minimo garantito – Regolazioni – annullato.

Art. 2.4 Decorrenza delle coperture

Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza della polizza.

3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

Premessa

La Società presta le garanzie di cui alla Sezione Assistenza in collaborazione con l'impresa IMA Italia Assistance S.p.A e con la sua Centrale Operativa. La Società medesima alla scadenza di ogni annualità assicurativa ha la facoltà di risolvere il rapporto con la stessa e di avvalersi di altra impresa e di una diversa Centrale Operativa, dandone anticipatamente avviso al Contraente e garantendo le medesime prestazioni previste dal presente contratto.

Art. 3.1 Rischio assicurato

La Società si obbliga a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, nei limiti delle singole prestazioni, nonché alle condizioni che seguono, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle prestazioni di seguito descritte.

Art. 3.2 Persone assicurate

Con la presente polizza si intendono assicurati gli alunni ed il personale degli Istituti scolastici assicurati e che effettueranno attività turistica all'estero nel corso dell'anno scolastico.

Art. 3.3 Garanzie prestate

(Ad integrazione di Condizioni Speciali, Art. 12 - viaggi e visite d'istruzione in Italia e all'estero)

1. Consulenza medica

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2. Segnalazione di un centro medico specialistico e invio medico e/o ambulanza

a) Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia improvvisa e/o infortunio occorsi in viaggio, debba sottoporsi ad un accertamento diagnostico o debba essere ricoverato per un intervento, la Centrale Operativa, sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro specialistico italiano o estero più idoneo per il caso.

b) Invio medico e/o ambulanza: qualora dai primi dati risultanti dal contatto telefonico il servizio medico della Centrale Operativa giudicasse necessario l'intervento di un medico sul posto, provvederà ad inviare un medico generico tenendo a proprio carico il relativo costo. Qualora nessuno dei medici convenzionati della Centrale Operativa fosse immediatamente disponibile e/o nel caso le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa provvederà, in accordo con l'Assicurato, al suo trasferimento nel centro medico idoneo più vicino (pronto soccorso – studio medico).

c) Trasporto – rientro sanitario: qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato presso un centro ospedaliero a seguito di infortunio o malattia improvvisa che comportino lesioni o infermità non curabili in loco e che ne impediscano la continuazione del viaggio e/o del soggiorno, la Centrale Operativa, provvederà ad organizzare e ad effettuare il trasferimento sanitario dell'Assicurato.

I costi della prestazione sono a carico della Società senza alcun limite di spesa, fino al centro ospedaliero più vicino e ritenuto più idoneo alle cure del caso e, se necessario, con l'accompagnamento medico, infermieristico o familiare.

La Società effettua il Trasporto - Rientro Sanitario, tenendo a proprio carico tutte le spese, con l'utilizzo dei mezzi ritenuti più idonei e, se necessario, con l'utilizzo dell'aereo:

- "sanitario" nell'ambito dell'Europa e per gli spostamenti locali;
- "di linea appositamente attrezzato" per tutti gli altri casi

I costi relativi al trasporto, in ambulanza, taxi o altro mezzo ritenuto idoneo ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa e comunque, esclusivamente quelli in merito al solo viaggio di andata, restano a totale carico della Società.

Resta inteso che la Società non potrà in alcun caso sostituirsi agli organismi ufficiali di soccorso né assumere le eventuali spese.

d) Rimpatrio Sanitario Docenti-Assistenti di lingua

Prestazioni valide esclusivamente durante il soggiorno in Italia.

Qualora il servizio medico della Centrale Operativa consigli, a seguito di infortunio o malattia improvvisa dell'Assicurato occorsi durante il soggiorno in Italia, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la Centrale Operativa organizzerà:

- il trasferimento sanitario presso una struttura medica adeguata più vicina;
- il rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

Sono escluse dalla prestazione:

- tutte le malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della copertura;
- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto;
- le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- i danni derivanti direttamente e/o indirettamente da asbesto.
- tutte le spese diverse da quelle indicate.

Qualora la prestazione non venisse richiesta al momento dell'infortunio o malattia improvvisa, venisse rifiutata dall'Assicurato o organizzata senza l'approvazione della Centrale Operativa, l'Assicurato non avrà diritto – a posteriori - ad alcun rimborso o compensazione

3. Informazioni, segnalazione ed invio di medicinali corrispondenti all'estero

Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, necessiti di specialità medicinali non reperibili in loco (ma regolarmente registrate in Italia) ed in mancanza di medicinali locali sostitutivi, potrà rivolgersi alla Centrale Operativa per richiederne l'invio. Tale servizio sarà assoggettato alle vigenti norme Italiane e del paese in cui si trova l'Assicurato nonché alle norme che regolano il trasporto dei medicinali. Restano a carico della Società le spese inerenti l'invio dei medicinali in questione. Il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà fornire la prescrizione medica anche tramite fax.

4. Visita di un parente

La Centrale operativa provvede ad organizzare la visita dell'Assicurato da parte di un parente residente in Italia se lo stesso sia stato ricoverato in Istituto di cura all'estero per almeno dieci giorni. La Centrale Operativa mette a disposizione del parente un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, e/o qualsiasi altro mezzo idoneo per visitare l'Assicurato.

5. Interprete all'estero

La Centrale operativa provvede a mettere a disposizione un interprete all'estero, fino a quindici ore lavorative, in caso di ricovero dell'Assicurato in un Istituto di cura, per favorire le comunicazioni tra l'Assicurato e i medici curanti.

6. Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato in viaggio debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Centrale Operativa anticiperà, per conto dell'Assicurato, il pagamento delle fatture ad esse relative fino ad un importo massimo di € 500,00 per sinistro. Tuttavia, se l'ammontare delle fatture supera l'importo di € 500,00, la prestazione verrà erogata dopo che siano state date alla Centrale Operativa garanzie di restituzione delle somme stesse. L'importo delle fatture pagate dalla Centrale Operativa non potrà mai comunque superare la somma di € 2.500,00. La prestazione viene fornita a condizione che l'Assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie di restituzione della somma anticipata. La prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato. L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato. L'Assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

7. Invio di un accompagnatore in sostituzione

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia improvvisa e/o infortunio occorsi in viaggio, sia costretto al rientro anticipato la Centrale Operativa mette a disposizione di un accompagnatore in sostituzione un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, e/o qualsiasi altro mezzo idoneo.

Art. 3.4 Operatività della garanzia

Le coperture assicurative di Assistenza sono operative soltanto all'estero.

Art. 3.5 Esclusioni

È premesso che:

- la Società non è tenuta a fornire prestazioni o a pagare indennizzi in alternativa a titolo di compensazione per quanto sopra previsto se l'Assicurato non ne usufruisce per sua scelta o perché non ne ha la necessità;
- la Centrale Operativa non si assume responsabilità alcuna per i danni conseguenti ad un suo mancato intervento dovuto a caso fortuito o forza maggiore;
- la Centrale Operativa non si assume responsabilità alcuna derivante dalle azioni eventualmente intraprese dall'Assicurato a seguito delle informazioni rilasciate, in quanto in nessun caso il servizio ha il carattere della consulenza.

L'assicurazione non opera:

- in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa;
- per le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; in conseguenza di atti dolosi dell'Assicurato; per le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, nonché per le conseguenze determinate dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- in conseguenza di eruzioni vulcaniche o movimenti tellurici; per gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad uso di psicofarmaci, per influenza di sostanze stupefacenti o allucinogeni nonché per malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
- per il ricovero avente ad oggetto accertamenti diagnostici non resi necessari da infortunio;
- per la ricerca o il soccorso in mare, in montagna o nei deserti.

4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 4.1 - Istruzioni per la richiesta di assistenza

I servizi erogati dalla Società non sono di emergenza e pertanto non devono ritenersi sostitutivi di quelli erogati dal sistema di allarme sanitario eventualmente garantito dalla struttura sanitaria del luogo in cui si trova l'assicurato al momento della richiesta di assistenza.

Elenco Paesi presso i quali è valido il 112 come numero unico di emergenza: [Austria](#); [Belgio](#); [Bulgaria](#); [Cipro](#); [Croazia](#); [Danimarca](#); [Estonia](#); [Finlandia](#); [Francia](#); [Germania](#); [Grecia](#); [Irlanda](#); [Italia](#); [Lettonia](#); [Lituania](#); [Lussemburgo](#); [Malta](#); [Paesi Bassi](#); [Polonia](#); [Portogallo](#); [Regno Unito](#); [Rep. Ceca](#); [Romania](#); [Slovacchia](#); [Slovenia](#); [Spagna](#); [Svezia](#); [Ungheria](#).

Per ogni richiesta di Assistenza l'Assistito dovrà contattare immediatamente la Struttura Organizzativa di UniSalute S.p.A., operativa 24 ore su 24, al numero verde **800 212477** in Italia e al numero **+39 051 6389048** se all'estero, specificando:

- Istituto Contraente e numero di polizza: **Istituto Comprensivo "Angelini" Pavia – 119/157602738**
- dati anagrafici della persona per la quale si richiede l'Assistenza;
- dati relativi al luogo dell'eventuale intervento;
- di quale prestazione intende usufruire.

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista.

L'Assicurato si obbliga inoltre a fornire, su richiesta della Società, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.

Art. 4.2 - Gestione dei sinistri ed erogazione delle prestazioni

La Società, per la gestione e liquidazione dei sinistri relativi alla presente Sezione nonché per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza, si avvale della società Ima Italia Assistance S.p.A. – Piazza Indro Montanelli, 20 – 20099 Sesto San Giovanni e della sua Struttura organizzativa. La Società, alla scadenza di ogni annualità, ha la facoltà di cambiare società di Assistenza e/o la Struttura organizzativa, dandone tempestivo avviso al Contraente.

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA – CODICE CIVILE

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza. In ogni caso non hanno effetto se non sono specificatamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti con terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate. Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in

corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1896 - Cessazione del rischio durante l'assicurazione

Il contratto si scioglie se il rischio cessa di esistere dopo la conclusione del contratto stesso, ma l'assicuratore ha diritto al pagamento dei premi finché la cessazione del rischio non gli sia comunicata o non venga altrimenti a sua conoscenza. I premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento della comunicazione o della conoscenza sono dovuti per intero. Qualora gli effetti dell'assicurazione debbano avere inizio in un momento posteriore alla conclusione del contratto e il rischio cessi nell'intervallo, l'assicuratore ha diritto al solo rimborso delle spese.

Art. 1897 - Diminuzione del rischio

Se il Contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito o fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo 15 giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per la efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura dal contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'Assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro

del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nei termini di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1907 - Assicurazione parziale

Se l'assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro, l'assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta, a meno che non sia diversamente convenuto.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1914 - Obbligo di salvataggio

L'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno. Le spese fatte a questo scopo dall'Assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente. L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'Assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente. L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti. L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'Assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1917 - Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi. L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione dell'Assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'Assicurato lo richiede. Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'Assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'Assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Art. 2049 - Responsabilità dei padroni e dei committenti

I padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti.

Art. 583 - Circostanze aggravanti

La lesione personale è grave e si applica la reclusione da tre a sette anni:

- 1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;
- 2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo.

La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva:

- 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile;
- 2) la perdita di un senso;
- 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;
- 4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso.

Ed. 01/07/2014

Le norme che qui di seguito (artt. 1-19) regolano in generale il contratto Assistenza avente per Contraente/Assicurato l'Istituto Scolastico sono a deroga ed integrazione di quanto riportato nelle precedenti Condizioni Generali, che si devono intendere valide solo ed esclusivamente per quanto non normato in tutto o in parte dalla seguente Sez. C: Assistenza.

ART. 1 – ASSICURATI

Art. 1.1 Categoria di assicurati soggetta al versamento del premio:

- a) Gli Alunni così come da definizione riportata;
- b) Gli Operatori Scolastici come da definizione riportata.

Art. 1.2 Soggetti assicurabili a richiesta dell'Istituto Scolastico e previo pagamento del relativo premio:

- a) Alunni di altre scuole, anche stranieri, che siano temporaneamente ospiti dell'Istituto Scolastico Contraente e/o presso le famiglie degli studenti iscritti alla scuola assicurata, durante la partecipazione alle attività coperte dalla presente assicurazione;

- b) Assistenti educativi e culturali dipendenti di Enti Locali che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici in servizio presso la scuola assicurata nell'ambito delle attività coperte dall'assicurazione;
- c) Ex alunni che frequentano "Tirocini Formativi e di Orientamento" nell'ambito di programmi di inserimento e orientamento al mondo del Lavoro (Legge 196 del 24/06/97, Regolamento n°142 del 25/03/98);
- d) Esperti esterni/prestatori d'opera estranei all'organico della scuola che operano all'interno dell'Istituto Scolastico Contraente in attività deliberate dagli Organi Scolastici competenti e sulla base di regolare contratto di prestazione d'opera o di incarico occasionale a titolo gratuito;
- e) Collaboratori scolastici ai sensi dell'Art. 7 del D. Lgs. 468/97 e successive modifiche ed integrazioni "Lavoratori in trattamento di mobilità in lavori socialmente utili" (L.S.U.);
- f) Tirocinanti Professionali siano essi dipendenti dello Stato o di Enti Locali che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici in servizio presso la scuola assicurata nell'ambito delle attività coperte dall'assicurazione;
- g) Tirocinanti che, in forza di convenzioni con singole Facoltà Universitarie o altri Enti Italiani ed Esteri, svolgono attività all'interno della scuola;
- h) Uditori ammessi alla frequenza dell'Istituto Scolastico Contraente;
- i) Volontari del servizio civile siano essi dipendenti dello Stato o di Enti Locali che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici in servizio presso la scuola assicurata nell'ambito delle attività coperte dall'assicurazione.

Art. 1.3 Soggetti comunque assicurati:

- a) Alunni esterni che partecipano ad attività/stage organizzati dall'Istituto Scolastico Contraente od alle quali lo stesso partecipi su iniziativa del M.I.U.R. e degli Uffici Scolastici Regionali o Provinciali;
- b) Assistenti di lingua straniera che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico Contraente, nominati dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (M.I.U.R.) nell'ambito di progetti di scambi di assistenti di lingua straniera;
- c) Familiari degli alunni iscritti e frequentanti quando si trovino all'Interno dell'Istituto Scolastico Contraente o partecipino ad iniziative/progetti/attività regolarmente deliberate e messe in atto dagli Organi Scolastici competenti;
- d) Genitori degli alunni quando svolgono il ruolo di membri di diritto degli organi collegiali previsti dal D.P.R. n. 416 del 31/05/74 e successivi;
- e) Operatori Scolastici in servizio presso l'Istituto Scolastico Contraente componenti squadre di prevenzione e pronto intervento ai sensi di Legge, durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- f) Partecipanti a viaggi di istruzione, visite ed uscite didattiche in genere (comprese gite e "settimane bianche"), estranei all'organico della scuola, senza limite numerico. Agli atti della scuola saranno conservati gli elenchi dei partecipanti. La copertura assicurativa è prestata, per ciascun partecipante, fino alla concorrenza dei massimali assicurati in polizza, avrà la durata del viaggio e sarà relativa ai rischi inerenti lo stesso con l'esclusione della pratica di ogni attività sportiva;
- g) Personale in quiescenza che svolge attività all'interno dell'Istituto, secondo quanto stabilito dalla Circolare Ministeriale 127 del 14/04/94;
- h) Presidente della Commissione d'esame presso l'Istituto Scolastico Contraente durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- i) Presidente del Consiglio di Istituto;
- j) Responsabile della Sicurezza ai sensi del T.U.S.L. (D. Lgs. 81/2008 nuovo Testo unico sicurezza lavoro) in servizio presso l'Istituto Scolastico Contraente durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- k) Revisori dei Conti in missione presso l'Istituto Scolastico durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- l) Volontari che prestano attività a titolo gratuito durante l'esecuzione di piccoli lavori di giardinaggio e manutenzione del verde (esclusi potature ed abbattimento di alberi) per le necessità della scuola.

Tutti gli assicurati sono garantiti, indipendentemente dal loro stato psicofisico o degli handicap di cui siano portatori.

ART. 2 – OGGETTO DELLA GARANZIA ASSISTENZA A SCUOLA

La Società, in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato, tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, le seguenti prestazioni:

- A) **Consulenza medica telefonica:** Il servizio medico della Società, composto da un direttore sanitario e da un'equipe di medici qualificati e specializzati, fornirà informazioni circa i seguenti argomenti di carattere medico/sanitario:
 - Reperimento di mezzi di soccorso d'urgenza;
 - Reperimento di medici specialisti d'urgenza;
 - Organizzazione di consulti medici;
 - Segnalazione di laboratori e centri diagnostici;
 - Esistenza e reperibilità di farmaci in Italia ed all'estero.

Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni ma farà il possibile per mettere rapidamente l'assicurato in condizione di ottenere le informazioni necessarie.
- B) **Invio medico e/o ambulanza:** qualora dai primi dati risultanti dal contatto telefonico il servizio medico della Centrale Operativa giudicasse necessario l'intervento di un medico sul posto, provvederà ad inviare un medico generico tenendo a proprio carico il relativo costo. Qualora

nessuno dei medici convenzionati della Centrale Operativa fosse immediatamente disponibile e/o nel caso le circostanze lo rendano necessario, la Società provvederà, in accordo con l'Assicurato, al suo trasferimento nel centro medico idoneo più vicino (pronto soccorso – studio medico).

I costi relativi al trasporto, in ambulanza, taxi o altro mezzo ritenuto idoneo ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa e comunque, esclusivamente quelli in merito al solo viaggio di andata, restano a totale carico della Società.

Resta inteso che la Società non potrà in alcun caso sostituirsi agli organismi ufficiali di soccorso né assumere le eventuali spese.

ART. 3 – VALIDITÀ TERRITORIALE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA A SCUOLA - PRECISAZIONI

Le prestazioni di assistenza di seguito riportate hanno validità in Italia, limitatamente all'interno dell'Istituto Scolastico e/o delle sedi ove lo stesso svolge la propria attività, e all'Estero per i viaggi d'istruzione autorizzati dall'Istituto Scolastico Contraente.

PRECISAZIONE:

I servizi erogati dalla Società non sono di emergenza e pertanto non devono ritenersi sostitutivi di quelli erogati dal Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza Medica - servizio di soccorso e allarme sanitario che risponde al numero telefonico "118" o del NUE, numero unico di emergenza che risponde al numero telefonico "112".

ART. 4 – OGGETTO DELLA GARANZIA ASSISTENZA IN VIAGGIO

La Società, in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato, tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, le seguenti prestazioni:

A) **Consulenza medica telefonica:** Il servizio medico della Società, composto da un direttore sanitario e da un'equipe di medici qualificati e specializzati, fornirà informazioni circa i seguenti argomenti di carattere medico/sanitario:

- Reperimento di mezzi di soccorso d'urgenza;
- Reperimento di medici specialisti d'urgenza;
- Organizzazione di consulti medici;
- Segnalazione di laboratori e centri diagnostici;
- Esistenza e reperibilità di farmaci in Italia ed all'estero.

Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni ma farà il possibile per mettere rapidamente l'assicurato in condizione di ottenere le informazioni necessarie.

B) **Invio medico e/o ambulanza:** qualora dai primi dati risultanti dal contatto telefonico il servizio medico della Centrale Operativa giudicasse necessario l'intervento di un medico sul posto, provvederà ad inviare un medico generico tenendo a proprio carico il relativo costo. Qualora nessuno dei medici convenzionati della Centrale Operativa fosse immediatamente disponibile e/o nel caso le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa provvederà, in accordo con l'Assicurato, al suo trasferimento nel centro medico idoneo più vicino (pronto soccorso – studio medico).

I costi relativi al trasporto, in ambulanza, taxi o altro mezzo ritenuto idoneo ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa e comunque, esclusivamente quelli in merito al solo viaggio di andata, restano a totale carico della Società.

Resta inteso che la Società non potrà in alcun caso sostituirsi agli organismi ufficiali di soccorso né assumere le eventuali spese.

C) **Collegamento continuo con il centro ospedaliero:** quando l'Assicurato in viaggio sia ricoverato in un Istituto di Cura, la Società tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunica ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.

La garanzia è operante nel rispetto della normativa prevista dal D.lgs n.196 del 30/6/03, pertanto l'Assicurato dovrà fornire, quando possibile, una liberatoria nei confronti di Società, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

D) **Invio medicinali all'estero:** non reperibili in loco e solo dopo che la Centrale Operativa, in accordo con il medico curante, abbia accertato che le specialità farmaceutiche locali non siano equivalenti. La Centrale Operativa effettua l'invio in accordo con le norme locali che regolano il trasporto e l'importazione dei farmaci richiesti. Il costo dei farmaci rimane a carico dell'Assicurato.

E) **Trasporto – rientro sanitario:** qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato presso un centro ospedaliero a seguito di infortunio o malattia improvvisa che comportino lesioni o infermità non curabili in loco e che ne impediscano la continuazione del viaggio e/o del soggiorno, la Centrale Operativa, provvederà ad organizzare e ad effettuare il trasferimento sanitario dell'Assicurato.

I costi della prestazione sono a carico della Società senza alcun limite di spesa, fino al centro ospedaliero più vicino e ritenuto più idoneo alle cure del caso e, se necessario, con l'accompagnamento medico, infermieristico o familiare.

La Società effettua il Trasporto - Rientro Sanitario, tenendo a proprio carico tutte le spese, con l'utilizzo dei mezzi ritenuti più idonei e, se necessario, con l'utilizzo dell'aereo:

- "sanitario" nell'ambito dell'Europa e per gli spostamenti locali;
- "di linea appositamente attrezzato" per tutti gli altri casi.

F) **Interprete a disposizione:** qualora l'Assicurato in viaggio all'estero venga ricoverato a causa di infortunio o malattia improvvisa ed incontri difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà a reperire in loco un interprete e terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 8 ore lavorative.

- G) **Rientro dell'Assicurato convalescente:** qualora l'Assicurato convalescente per infortunio o malattia improvvisa occorsi durante il viaggio, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, lo staff medico della Centrale Operativa, di comune accordo con i medici curanti, definirà a proprio insindacabile giudizio, le modalità del rientro, tenendo a proprio carico la relativa spesa, e provvederà ad organizzare il trasferimento del convalescente alla sua residenza, in Italia, con il mezzo più idoneo: aereo di linea (in classe economica se il viaggio supera le 5 ore), treno (in 1^a classe o vagone letto), ambulanza o altro mezzo.
La prestazione viene altresì fornita nel caso di malattia improvvisa (senza ricovero) che non permetta il ritorno dell'Assicurato con il mezzo inizialmente previsto alla propria residenza (per es. malattia infettiva).
- H) **Rientro anticipato:** la Società organizza il rientro dell'Assicurato e prende a proprio carico le relative spese per interruzione del viaggio determinata da decesso o da ricovero ospedaliero con prognosi superiore a 7 giorni di uno dei familiari a casa.
- I) **Familiare accanto:** la Società mette a disposizione di un familiare un biglietto di viaggio A/R (aereo classe turistica o ferroviario 1a classe), per recarsi dall'Assicurato ricoverato in ospedale con una prognosi di degenza superiore a 5 giorni o 48 ore se portatore di handicap.
- J) **Invio di un sostituto accompagnatore:** qualora, a seguito di decesso o ricovero ospedaliero superiore a 48 ore dell'accompagnatore in viaggio, sia necessario inviare un sostituto accompagnatore, la Centrale Operativa organizza, a proprio insindacabile giudizio e con i mezzi che riterrà più idonei e tenendo a proprio carico i costi di viaggio (biglietto aereo classe turistica, treno 1^a classe o altro mezzo) il viaggio per l'accompagnatore residente in Italia segnalato dall'Istituto Scolastico.
- K) **Trasferimento/rimpatrio della salma:** in caso di decesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino all'aeroporto internazionale più vicino al luogo di sepoltura nel paese di origine, tenendo a proprio carico tutte le spese. Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia e dopo aver adempiuto a tutte le formalità sul luogo del decesso.
- L) **Spese funerarie:** in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto a seguito di infortunio mortale occorso durante le attività assicurate, risarcirà le spese funerarie sostenute e documentate fino alla concorrenza della somma assicurata.

ART. 5 – VALIDITÀ TERRITORIALE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA IN VIAGGIO - PRECISAZIONI

Le prestazioni di assistenza di seguito riportate hanno validità nel mondo durante i viaggi organizzati dall'Istituto Scolastico Contraente. I servizi erogati dalla Società non sono di emergenza e pertanto non devono ritenersi sostitutivi di quelli erogati dal sistema di allarme sanitario eventualmente garantito dalla struttura sanitaria del luogo in cui si trova l'assicurato al momento della richiesta di assistenza.

Il numero unico di emergenza 112 è il numero di telefono per contattare i servizi di emergenza nell'Unione europea, attivo (almeno parzialmente) in tutti gli stati europei.

Numero unico di emergenza è abbreviato con la sigla NUE e numero unico di emergenza 112 si indica anche come NUE 112.

ART. 6 – ASSICURAZIONE SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato in viaggio in Italia e all'estero, la Società provvede, nel limite della somma assicurata indicata in polizza, al rimborso delle spese: mediche, farmaceutiche e ospedaliere sostenute nel corso di viaggi per cure o interventi urgenti e non procrastinabili, ricevuti sul posto, in seguito a malattia improvvisa, durante il periodo di durata della garanzia. Per le spese mediche e farmaceutiche, purché prescritte da un medico del luogo ove si è verificato il sinistro, anche in caso di ricovero in Istituto di Cura o in luogo attrezzato per il pronto soccorso, la Società provvederà ad effettuare il rimborso di tali spese con le modalità specificate al successivo Art. 8 del presente testo di polizza. Inoltre la Società provvede, sempre nel limite della somma assicurata anche al rimborso delle spese di trasporto dal luogo dell'evento al centro medico di pronto soccorso o di primo ricovero. In caso di evento che coinvolga più Assicurati l'esborso massimo della Società non potrà, in ogni caso, superare complessivamente l'importo totale di € 150.000,00. In caso di superamento di tale limite, il costo eccedente resterà a carico, in parti proporzionali, degli Assicurati coinvolti nello stesso evento.

ART. 7 – ESCLUSIONI GARANZIA ASSISTENZA E SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO

Relativamente alle garanzie "Assistenza in viaggio" Art. 4 "Assicurazione Spese Mediche da Malattia in viaggio" Art. 6, sono esclusi i sinistri provocati e dipendenti da:

- gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- dolo dell'Assicurato o colpa grave;
- malattie nervose, mentali, neuropsichiatriche e psicosomatiche;
- malattie croniche;
- malattie in atto al momento della partenza per il viaggio;
- espianto e/o trapianto di organi;
- malattie e infortuni conseguenti o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- tentato suicidio o suicidio;
- sport aerei in genere, guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, parapendii ed assimilabili, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free

climbing), Kite-surfing, immersioni con autorespiratore, sports comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà, infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove ed allenamenti);

Sono inoltre escluse:

- m. tutte le spese sostenute dall'Assicurato qualora non abbia denunciato alla Società, direttamente o tramite terzi, l'avvenuto ricovero o prestazione di Pronto Soccorso;
- n. le spese di trasporto e/o trasferimento verso l'Istituto di cura e/o il luogo di alloggio dell'Assicurato.

Le garanzie non sono comunque operanti nei seguenti casi:

- o. a. nei casi in cui il viaggio sia stato intrapreso contro il parere di un Medico o con patologie in fase acuta o con lo scopo di sottoporsi a trattamenti medico - chirurgici;
- p. b. nei casi in cui l'Assicurato disattenda le indicazioni della Centrale Operativa ovvero se si verificano le dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale egli si trova ricoverato;
- q. qualora l'intervento di assistenza non sia stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa.

Per la garanzia "Assicurazione Spese mediche da malattia in viaggio" di cui all'Art. 6 sono inoltre escluse le spese sostenute:

- r. dopo il termine del viaggio, cioè al rientro dell'Assicurato alla propria residenza;
- s. per occhiali, lenti a contatto, apparecchi ortopedici e protesi in genere nonché le spese per cure dentistiche;
- t. per cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di apparecchi protesici, per cure infermieristiche, termali e dimagranti;
- u. per cure di carattere estetico.

ART. 8 – DISPOSIZIONI E LIMITAZIONI GARANZIE ASSISTENZA E SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO

L'Assicurato libera dal segreto professionale, esclusivamente per gli eventi oggetto della presente assicurazione ed esclusivamente nei confronti della Società e/o dei magistrati eventualmente investiti dell'esame dell'evento, i medici che lo hanno visitato e le persone coinvolte dalle condizioni di polizza.

Inoltre:

1. Assistenza in viaggio

- a) Le prestazioni di assistenza sono fornite per evento nei limiti del capitale assicurato e di eventuali sottolimiti;
- b) le prestazioni di assistenza, nel rispetto delle specifiche condizioni di operatività, sono effettuate con utilizzo dei mezzi e delle strutture che la Società e la Centrale Operativa ritengono, a loro insindacabile giudizio, più adeguati allo stato di salute dell'Assicurato ed allo stato di necessità;
- c) la messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:
 - aereo di linea (classe economica);
 - treno prima classe;
 - traghetto.

La Società ha diritto di richiedere, anche in visione preventiva, i biglietti di viaggio non utilizzati alle persone per le quali abbia provveduto, a proprie spese, al rientro;

- d) La Società non potrà essere ritenuta responsabile di:
 - ritardi od impedimenti nell'esecuzione dei servizi convenuti dovuti a cause di forza maggiore od a disposizioni delle Autorità Locali;
 - errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato;
 - pregiudizi derivanti dall'avvenuto blocco dei titoli di credito;
- e) La Società non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute.

2. Spese mediche in viaggio

La Società sostiene direttamente o rimborsa le "Spese Mediche" anche più volte nel corso del viaggio ma fino ad esaurimento del capitale assicurato per persona e per periodo assicurativo.

ART. 9 – ASSICURAZIONE BAGAGLIO

La Società indennizza i danni materiali e diretti al bagaglio dell'Assicurato durante il viaggio, compresi i capi di vestiario indossati, determinati da: furto, incendio, rapina, scippo, danneggiamento, mancata riconsegna da parte del vettore aereo o dell'albergatore, del bagaglio personale.

ART. 10 – MASSIMALI E LIMITI GARANZIA BAGAGLIO

La garanzia bagaglio è prestata fino alla concorrenza del massimale per Assicurato indicato in polizza, con il limite massimo di € 150,00 per ciascun singolo oggetto.

Sono considerati "singolo oggetto" ognuno dei seguenti gruppi di oggetti:

- a) oggetti di metallo prezioso, orologi e pietre preziose;
- b) apparecchiature fotocineottiche e loro accessori;
- c) radio, televisori, registratori, apparecchiature elettroniche in genere e loro accessori.

L'eventuale indennizzo verrà corrisposto dalla Società successivamente a quello del vettore (relativamente ai danni subiti in occasione di trasporto aereo) o dell'albergatore responsabili ai sensi di legge dell'evento, fino alla concorrenza del massimale, al netto di quanto già indennizzato dagli stessi.

ART. 11 – ESCLUSIONI ASSICURAZIONE BAGAGLIO

La garanzia non è operante per:

- a) negligenza o incuria dell'Assicurato;
- b) i danni determinati o agevolati da dolo o colpa grave dell'Assicurato, di suoi familiari o conviventi, di suoi dipendenti o di altre persone che agiscono per lui;
- c) i danni causati dall'aver dimenticato, smarrito o perduto un oggetto;
- d) i danni subiti in occasione di viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'autorità pubblica competente;
- e) i danni da rottura, a meno che siano dovuti ad un incidente occorso al mezzo di trasporto;
- f) i danni dovuti al contatto con sostanze liquide;
- g) i danni causati dalla caduta di perle o pietre preziose dalla loro incastonatura;
- h) i danni causati alle attrezzature sportive durante il loro utilizzo;
- i) i danni verificatisi quando il bagaglio sia lasciato a bordo di auto o motoveicoli;
- l) i danni verificatisi durante il soggiorno in campeggio;
- m) di cui non sia prodotta una copia autentica della denuncia vistata dalle Autorità del luogo ove si è verificato l'evento.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia:

- n) la borsa da passeggio e gli oggetti personali in essa normalmente contenuti: portafogli, portachiavi, portadocumenti, accessori, etc.
- o) il denaro, in ogni sua forma (banconote, assegni, ecc.), biglietti di viaggio, documenti, titoli e collezioni di qualsiasi natura, merci, campionari, cataloghi, souvenir, oggetti d'arte, attrezzature professionali, telefoni, occhiali da vista e da sole, lenti a contatto e caschi;
- p) gli oggetti di metallo prezioso, orologi, pietre preziose e pellicce, nel caso in cui non siano indossati;
- q) le apparecchiature fotocineottiche e loro accessori, se consegnati al vettore aereo;
- r) i beni che non risultano indicati nella denuncia sporta alle Autorità competenti;
- s) i beni acquistati durante il viaggio;
- t) i beni di consumo, intendendosi per tali, a mero titolo esemplificativo, creme, profumi, bevande, medicinali, sigarette, ecc.;
- u) i beni consegnati ad impresa di trasporto o di spedizioni quando questi non viaggiano insieme all'Assicurato.

ART. 12 – ASSICURAZIONE ANNULLAMENTO GITE, VIAGGI E/O SCAMBI CULTURALI

Qualora a seguito di una delle seguenti circostanze, involontarie, imprevedibili e non conosciute al momento della prenotazione: infortunio, malattia improvvisa o decesso dell'Assicurato o di un suo familiare (vedi definizioni) l'assicurato, che abbia già provveduto al pagamento della quota pro-capite di iscrizione, fosse impossibilitato a partire per viaggi, gite e/o scambi culturali in Italia o all'estero organizzati dalla scuola, la Società rimborserà all'assicurato, dietro presentazione delle ricevute/fatture debitamente quietanzate, la spesa già sostenuta, (escludendo dal rimborso il corrispettivo eventualmente restituito alla scuola o all'assicurato dal tour operator o dall'intermediario che organizza il viaggio).

ART. 13 – MASSIMALI E LIMITI GARANZIA ANNULLAMENTO GITE, VIAGGI E/O SCAMBI CULTURALI

La garanzia annullamento gite, viaggi e/o scambi culturali è prestata per ogni singolo assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza. L'operatività della garanzia è subordinata alla presentazione di referto medico dal quale si evinca che il periodo di convalescenza corrisponda a quello di effettuazione del viaggio. In ogni caso il rimborso verrà effettuato solo a condizione che non sia possibile per l'Assicurato recuperare la somma versata a titolo di acconto/caparra/saldo. L'operatività della garanzia è subordinata alla presentazione da parte dell'Istituto Scolastico di idonea documentazione attestante il mancato recupero di tale acconto/caparra/saldo.

ART. 14 – ESCLUSIONI GARANZIA ANNULLAMENTO GITE, VIAGGI E/O SCAMBI CULTURALI

La garanzia non è operante per rinunce dovute a:

- a. ricoveri od interventi sanitari che siano la conseguenza diretta di situazioni patologiche note all'Assicurato alla data di inizio della copertura e/o le loro conseguenze, ricadute o recidive;
- b. malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- c. aborto volontario;
- d. malattie correlate a sindrome da immunodeficienza acquisita;
- e. viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità Pubblica competente;
- f. viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- g. epidemie aventi caratteristica di pandemia, di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;

- h. quarantene;
- i. abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- j. reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- k. suicidio od il tentato suicidio;
- l. esercizio, anche occasionale, dei seguenti sport: atletica pesante con la sola esclusione della pratica del body building che pertanto si deve intendere ricompreso in garanzia, pelota, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai senza accompagnatore di guida qualificata, salti dal trampolino con sci o idrosci, guidoslitta, caccia a cavallo, immersioni con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere, speleologia;
- m. partecipazione a corse o gare sportive e/o in generale a qualsiasi attività sportiva avente carattere professionistico o semiprofessionistico, tra le altre: gioco del calcio, automobilismo (salvo quelle di regolarità e le gimcane), motociclismo, motonautica, ippica, ecc., e relative prove ed allenamenti.

ART. 15 – ASSICURAZIONE DANNI AD OCCHIALI ED EFFETTI PERSONALI A SCUOLA

L'assicurazione è prestata per i danni materiali e diretti subiti dagli effetti personali (vedere definizione) quando indossati dagli Allievi/studenti/Alunni, dagli Operatori Scolastici (vedere definizione), in conseguenza di danni accidentali occorsi nell'ambito delle strutture scolastiche nonché durante tutte le attività interne, senza limiti di orario, organizzate, e/o gestite e/o effettuate e/o autorizzate dall'Istituto Scolastico Contraente, comprese quelle complementari, preliminari o accessorie compatibilmente e/o in conformità con la vigente normativa scolastica. L'operatività della garanzia è subordinata al versamento della relativa quota di premio.

ART. 16 – MASSIMALI E LIMITI ASSICURAZIONE DANNI AD OCCHIALI ED EFFETTI PERSONALI A SCUOLA

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del capitale indicato in polizza per assicurato e per anno.

La Società determina l'indennizzo in base al valore originario di acquisto dei beni quando gli stessi siano stati acquistati nei sei mesi precedenti la data del sinistro, purché sia il valore sia il possesso dei beni e la data di acquisto, risultino provati da apposita documentazione riferita a tali beni oggetto del sinistro (fatture, ricevute fiscali, scontrini e simili validi documenti fiscali probatori di norma intestati all'assicurato).

In caso diverso per l'indennizzo si terrà conto della semplice vetustà del bene all'atto del sinistro, indipendentemente dallo stato di conservazione ed utilizzo del bene stesso.

In tal caso verrà applicato un degrado calcolato come segue:

- a. in presenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi oltre i sei mesi precedenti la data del sinistro: degrado del 50%;
- b. in assenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi degrado del 70%, calcolato sul valore di riacquisto del bene purché provato da apposita documentazione di spesa (fatture, ricevute fiscali, scontrini e simili validi documenti fiscali probatori di norma intestati all'assicurato).

La Società si riserva di richiedere all'Assicurato la consegna del bene danneggiato.

In caso di danneggiamento, qualora si procedesse alla riparazione e non alla sostituzione del bene, la Società provvederà al rimborso della spesa sostenuta per la riparazione, fino alla concorrenza per anno, sinistro ed assicurato del 50% della somma garantita.

ART. 17 – ESCLUSIONI GARANZIA ASSICURAZIONE DANNI AD OCCHIALI ED EFFETTI PERSONALI A SCUOLA

La garanzia non è operante per:

- a) negligenza o incuria dell'Assicurato;
- b) i danni determinati o agevolati da dolo o colpa grave dell'Assicurato, di suoi familiari o conviventi, di suoi dipendenti o di altre persone che agiscono per lui;
- c) i danni causati dall'aver dimenticato, smarrito o perduto il bene;
- d) i danni dovuti al contatto con sostanze liquide;
- e) i danni causati dalla caduta di perle o pietre preziose dalla loro incastonatura.

ART. 18 – ASSICURAZIONE ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA TEMPORANEAMENTE IN ITALIA

A) Assicurazione Spese Mediche da malattia in Viaggio

Prestazioni valide esclusivamente durante il soggiorno in Italia.

La presente copertura viene fornita per tutti i sinistri occorsi agli Assistenti di Lingua straniera, durante la loro permanenza in Italia, anche se non connessi allo svolgimento della loro attività professionale.

La Società assicura nel limite del massimale assicurato, il rimborso delle spese:

- di cura sostenute nell'ambito di strutture ospedaliere pubbliche;
- farmaceutiche, purché prescritte da medico;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- cure dentarie in caso di urgenza fino a Euro 150,00 per Assicurato per sinistro.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre coperture assicurative volontarie e/o obbligatorie, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

La Società provvederà ad effettuare il rimborso di tali spese con le modalità specificate all'Art. 75 e con l'applicazione di una franchigia, fissa ed assoluta, di € 100,00 per sinistro.

La presente garanzia è prestata, per Assicurato e per anno, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza.

Esclusioni:

È escluso il rimborso di qualsiasi spesa sostenuta a causa di malattie preesistenti alla data di decorrenza del contratto.

Inoltre, sono escluse le spese sostenute:

- a) per spese per occhiali, lenti a contatto, apparecchi ortopedici e protesi in genere;
- b) per interventi a carattere estetico o per eliminazione di difetti e/o malformazioni congenite e/o cure fisioterapiche e/o termali e dimagranti e/o cure infermieristiche e/o cure dentarie (fatte salve quelle sopra specificate);
- c) per interventi o ricoveri conseguenti a malattie preesistenti;
- d) per ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check up) non determinate quindi da sinistro indennizzabile;
- e) per cure riabilitative, fisioterapiche, idropiniche, dietetiche e termali, i trattamenti terapeutici di agopuntura, nonché l'eliminazione di difetti fisici congeniti o malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza;
- f) per stati di gravidanza oltre il 6° mese, parto, puerperio o interruzioni volontarie di gravidanza;
- g) per prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- h) conseguenti a tentativi di suicidio;
- i) connesse a delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- j) connesse ad atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- k) infortuni causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- l) sinistri connessi alla partecipazione ad attività sportive svolte a titolo professionale e relativi allenamenti;
- m) atti di guerra, servizio militare, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trova in viaggio in un Paese in pace alla sua partenza);
- n) infortuni o causati da guerra anche non dichiarata o insurrezioni e atti di terrorismo o sabotaggio a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- o) connesse a scioperi, sommosse, tumulti popolari, vandalismo a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- p) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- q) visite di controllo, esami clinici e/o diagnostici sostenuti in Italia in conseguenza di malattie e/o infortuni occorsi all'estero;
- r) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- s) malattie, malformazioni, stati patologici e infortuni verificatisi prima della data di decorrenza della copertura e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- t) le malattie o gli infortuni che, in generale, non impediscano all'Assicurato la continuazione del soggiorno;
- u) dopo il termine del viaggio, cioè al rientro dell'Assicurato alla propria residenza;
- v) i danni derivanti direttamente e/o indirettamente da asbesto.

B) Rimpatrio Sanitario Docenti e Assistenti di lingua

Prestazioni valide esclusivamente durante il soggiorno in Italia.

Qualora il servizio medico della Centrale Operativa consigli, a seguito di infortunio o malattia improvvisa dell'Assicurato occorsi durante il soggiorno in Italia, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la Centrale Operativa organizzerà:

- il trasferimento sanitario presso una struttura medica adeguata più vicina;
- il rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

Sono escluse dalla prestazione:

- tutte le malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della copertura;
- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto;

- le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- i danni derivanti direttamente e/o indirettamente da asbesto.
- tutte le spese diverse da quelle indicate.

Qualora la prestazione non venisse richiesta al momento dell'infortunio o malattia improvvisa, venisse rifiutata dall'Assicurato o organizzata senza l'approvazione della Centrale Operativa, l'Assicurato non avrà diritto – a posteriori - ad alcun rimborso o compensazione. Il sinistro dovrà essere comunicato alla Società secondo le modalità previste all'art. 19.

La Società avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato.

ART. 19 – MODALITÀ PER LA DENUNCIA DEI SINISTRI GARANZIE ASSISTENZA - ASSICURAZIONE SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO – ASSICURAZIONE BAGAGLIO – ANNULLAMENTO GITE, VIAGGI E/O SCAMBI CULTURALI – ASSICURAZIONE DANNI AD OCCHIALI ED EFFETTI PERSONALI A SCUOLA

Art. 19.1 – GARANZIA ASSISTENZA A SCUOLA E ASSISTENZA IN VIAGGIO: Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa della Società tramite l'apposito numero:

- Linea verde telefonica dedicata valida per l'ITALIA: **800 212477**
- Linea telefonica dall'estero: **+39 051 6389048**

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste degli Assicurati.

L'Assicurato dovrà comunicare:

- cognome e nome;
- denominazione dell'Istituto Scolastico di appartenenza;
- indirizzo, anche temporaneo, presso il quale è richiesta la prestazione di assistenza;
- recapito telefonico;
- tipo di assistenza richiesta;

Tutte le prestazioni devono, comunque, essere autorizzate dalla Centrale Operativa della Società pena la decadenza di ogni diritto.

Nel caso in cui le prestazioni fornite dalla Centrale Operativa superino i massimali previsti o prevedano dei costi a carico dell'Assicurato, quest'ultimo, su indicazione della Centrale Operativa, dovrà fornire sufficienti garanzie di restituzione delle somme anticipate.

L'Assicurato si obbliga inoltre:

- a sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Società;
- ad esonerare dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- a produrre, su richiesta della Società, copia conforme all'originale della cartella clinica o del certificato medico comprovante il tipo di patologia e/o l'intervento eseguito;
- a fornire, a richiesta della Società, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.

Art. 19.2 - Assicurazione spese mediche in viaggio: In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

- a. darne avviso scritto alla Società, anche per il tramite del broker, appena possibile e comunque entro 30 giorni dal termine del Viaggio, precisando le circostanze in cui il fatto è accaduto e fornendo le proprie generalità, il recapito telefonico, il numero di Polizza;
- b. far pervenire alla Società, anche per il tramite del broker, entro il termine inderogabile di 60 giorni dalla data del Sinistro stesso:
 - il certificato medico o la cartella clinica della patologia sofferta e/o dell'intervento eseguito;
 - le ricevute, in originale, delle spese sostenute;
 - la prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati.

L'Assicurato si obbliga inoltre a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato e, su richiesta della Società, a fornire ogni documentazione e a sottoporsi agli accertamenti medici necessari a provare il diritto al rimborso delle spese sostenute.

Art. 19.3 – Assicurazione Bagaglio

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto alla Società, anche per il tramite del broker, appena possibile e comunque entro 30 giorni dal termine del viaggio, fornendo dati anagrafici, recapito e numero della polizza, indicando, inoltre:

1. in caso di furto, scippo, rapina, incendio:

- a. denuncia, in originale, presentata alla competente autorità del luogo ove si è verificato l'evento, con l'elenco dettagliato di quanto sottratto o incendiato e documentazione attestante il loro valore;
- b. per il caso di furto, anche la copia del reclamo inviato all'albergatore od al vettore a cui è stato affidato il bagaglio.

2. in caso di ritardata o mancata riconsegna da parte del vettore aereo o manomissione del contenuto:

- a. rapporto di irregolarità bagaglio (Property Irregularity Report), in copia;
- b. biglietto aereo e ticket del bagaglio, in copia;
- c. risposta del Vettore Aereo attestante la data e l'ora della tardata riconsegna, la manomissione o il definitivo mancato ritrovamento, nonché l'importo liquidato di sua competenza;

d. elenco dettagliato di quanto non riconsegnato od asportato e documentazione attestante il loro valore.

Art. 19.4 – Annullamento gite, viaggi e/o scambi culturali

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve dare tempestivo avviso scritto alla Società, anche per il tramite del broker, e comunque non oltre il 5° giorno lavorativo successivo alla data programmata di partenza, pena il mancato indennizzo.

La data dell'evento (infortunio e/o malattia improvvisa) riportata sul certificato medico, dovrà essere antecedente e/o contemporanea alla data programmata di partenza.

Art. 19.5 – Assicurazione danni ad occhiali ed effetti personali a scuola

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto alla Società, anche per il tramite del broker, appena possibile e comunque entro 30 giorni dalla data del sinistro.

L'inadempimento di uno degli obblighi previsti nel presente articolo punti 19.1, 19.2, 19.3, 19.4 e 19.5 può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.