



**SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA DELL'AZIENDA
SPECIALE MULTISERVIZI PER RISCHI DIVERSI, LOTTI SEPARATI
PER IL PERIODO 30.06.2018-30.06.2020**

CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO

LOTTO N. 9

INFORTUNI ASILI NIDO

CIG 7453992CC7

SEZIONE 1 - PARTE GENERALE

1.1 – DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni si attribuisce il significato qui precisato:

ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione
CONTRAENTE	il soggetto che stipula l'assicurazione
AMMINISTRAZIONE E/O ENTE	l'Ente pubblico, contraente/assicurato
ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
SOCIETA'/IMPRESA	la Compagnia assicuratrice
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società
SINISTRO	il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
FRANCHIGIA	somma che viene dedotta da ciascun indennizzo che rimane a carico dell'assicurato
SCOPERTO	la percentuale dell'indennizzo che resta a carico dell'assicurato
BENEFICIARIO	il soggetto o i soggetti cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita
DEGRADO	deprezzamento dovuto all'età od allo stato di conservazione dell'ente o mezzo danneggiato o distrutto
ACCESSORIO	parte secondaria, complementare, aggiunta, per migliorare la funzionalità dell'ente cui si riferisce
COSE	sia gli oggetti materiali sia gli animali
INFORTUNIO	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
INVALIDITA' PERMANENTE	La diminuita capacità o la perdita definitiva e irrimediabile della capacità generica a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

1.2 - ATTIVITA' ESERCITATA DALLA CONTRAENTE

L'Azienda Speciale Multiservizi (A.S.M.) è un'azienda speciale di ente locale, partecipata al 100% dal Comune di Venaria Reale.

Core business dell'A.S.M. è la gestione di n. 24 farmacie comunali diffuse sul territorio della Provincia di Torino. Tale gestione avviene secondo due modalità:

- Gestione diretta di n. 4 farmacie comunali a Venaria Reale
- Gestione tramite convenzione tra il Comune di Venaria Reale, il Comune titolare e A.S.M. delle farmacie comunali di: Mappano, Alpignano, Pino T.se, Cavour, Rivoli, Borgaro, Roletto, Samone, Druento, Pianezza, La Loggia, Piossasco, Bruino, Volpiano, Rivarossa, Volvera fraz. Gerbole, Caselle T.se.

L'attività di gestione consiste nella commercializzazione di prodotti farmaceutici (attività di vendita al pubblico) tramite personale alle proprie dipendenze e dietro riconoscimento al Comune titolare di una percentuale del fatturato, nonché a puro titolo esemplificativo e non esaustivo: prodotti affini ai farmaceutici, presidi medico chirurgici, articoli sanitari, alimenti prima infanzia, dietetici speciali, prodotti per l'igiene personale, materiale parafarmaceutico e/o di cosmesi in genere, apparecchi ad uso diagnostico, apparecchi medicali ed elettromedicali.

L'acquisto dei prodotti è in parte da fornitori diretti in parte da grossisti.

L'A.S.M., a seguito dell'ottenimento delle autorizzazioni prescritte per legge, ha avviato, a far data dal 15/12/2017, l'attività di vendita on-line di medicinali senza obbligo di prescrizione ai sensi dell'art. 112-quater del decreto legislativo 24 aprile 2006 n. 219.

L'A.S.M. gestisce inoltre, per conto del Comune di Venaria Reale, le seguenti attività:

- Refezione scolastica presso asili nido, scuole materne, elementari e medie inferiori di Venaria Reale (tramite appalto)
- Gestione diretta di n. 3 asili nido comunali (gestione attività educativa e di pulizia attraverso proprio personale)
- Trasporto scolastico per studenti diversamente abili, tramite società esterna affidataria del servizio
- Gestione del complesso sportivo denominato "Sport Club Venaria Reale" comprendente piscina, palestra, campo da calcio a 8, campo da calcio a 5, campo da calcio a 5/tennis, un palazzetto con capienza max 300 posti. In tal caso gli utenti sono privati cittadini, sia minorenni che maggiorenni, che usufruiscono della struttura o con singole entrate o con abbonamenti di durata variabile, oppure società che affittano gli spazi (in questo ultimo caso gli affiliati sono assicurati dalle società). L'organizzazione dei corsi e la gestione delle attività connesse sono affidate alla società sportiva dilettantistica Sport Club Venaria Reale s.s.d. a r.l., partecipata al 100% dall'Azienda Speciale Multiservizi e che si intende ricompresa nelle coperture assicurative oggetto della presente gara;
- Gestione biblioteca comunale "Tancredi Milone" attraverso proprio personale (struttura di proprietà comunale)

ASMNet: attività di supporto informatico al Comune di Venaria Reale, manutenzione del sistema di videosorveglianza e sviluppo del supporto informatico della Polizia Municipale di Venaria Reale, manutenzione del sistema di videosorveglianza del Comune di Grugliasco.

Gli asili nido Banzi, Andersen e Collodi, l'impianto sportivo polivalente di Via Di Vittorio n. 18/a e la biblioteca comunale "Tancredi Milone" sono di proprietà del Comune di Venaria Reale e sono coperti da polizza All Risk emessa dalla Compagnia XL Insurance Company SE.

L'A.S.M., infine, esercita l'attività di somministrazione di alimenti e bevande, attraverso la gestione del punto bar/ristoro ubicato all'interno dell'impianto sportivo polivalente di Via Di Vittorio n. 18/a a Venaria Reale.

Agli effetti della presente copertura assicurativa si prende atto che:

L'A.S.M. possiede e/o utilizza e/o custodisce:

Beni immobili per destinazione, uso e natura, quali: aree, insediamenti, infrastrutture e fabbricati con relative pertinenze, dipendenze, tettorie, passaggi coperti e quant'altro di inerente, senza limitazioni di titolo, destinazione o caratteristiche costruttive.

Beni mobili e beni mobili iscritti nei pubblici registri, inclusi: impianti, macchine, macchinari, attrezzature, arredamento, mobilio e, più in generale, tutto ciò che – non rientrando nell'accezione di "bene immobile" – ne costituisce dotazione e pertinenza, medicinali compresi stupefacenti, materiale parafarmaceutico e/o di cosmesi in genere e quant'altro connesso ed occorrente al funzionamento dell'Azienda ed alla prestazione, da parte di questi, dei servizi erogati.

Beni immateriali quali: software per sistemi di elaborazione dati e simili; più in generale tutto ciò che rappresenti un valore.

1.3 ELENCO INSEDIAMENTI

Vedere elenco allegato sub doc. 1.

1.4. CONDIZIONI DI MAGGIOR FAVORE

In caso di discordanza tra le Condizioni generali, particolari, aggiuntive ed addizionali, prevarrà la clausola più favorevole per l'Assicurato.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

2.1. DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha validità dalle ore 24,00 del 30 giugno 2018 alle ore 24,00 del 30 giugno 2020 e si intende automaticamente risolto alla sua scadenza senza obbligo di comunicazione inviata dalle parti.

E' in facoltà dell'Amministrazione chiedere alla Società la proroga della presente assicurazione fino al completo espletamento delle procedure di gara. Pertanto la Società si impegna a rinnovare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni; il relativo premio dovrà essere anticipato in via provvisoria dall'Amministrazione.

È comunque nella facoltà delle parti di recedere dalla presente assicurazione alla scadenza di ogni periodo assicurativo, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 120 (centoventi) giorni prima della scadenza annuale.

Ai sensi dell'art. 35, D.Lgs 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata pari a quella dell'iniziale appalto, previa adozione di apposito atto.

2.2. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - MODIFICHE DEL RISCHIO - BUONA FEDE

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

La mancata comunicazione da parte del Contraente e/o dell'Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le dichiarazioni inesatte o incomplete, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo né la riduzione dello stesso, purché tali omissioni o inesattezze siano avvenute in buona fede.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Si precisa che non costituiscono aggravamento di rischio, e pertanto il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dal darne avviso alla Società, nuove costruzioni, demolizioni, modificazioni, trasformazioni anche nel processo tecnologico, ampliamenti, aggiunte e manutenzioni ai fabbricati, al macchinario, alle attrezzature, all'arredamento, agli impianti per esigenze del Contraente e/o dell'Assicurato in relazione alle sue attività, sempreché le caratteristiche principali dei rischi (costruzioni ed attività) non vengano sostanzialmente alterate.

2.3. PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

A parziale deroga dell'art. 1901 del codice civile, l'Amministrazione pagherà all'Intermediario incaricato:

- entro 60 (sessanta) giorni dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- entro 60 (sessanta) giorni da ciascuna data di scadenza annuale, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- entro 60 (sessanta) giorni dalla data di emissione delle appendici, l'importo conteggiato nelle medesime.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa e riprende la sua efficacia soltanto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio di Tesoreria del Contraente, od altra Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto alla Società a mezzo raccomandata o telefax o e-mail entro il termine di mora sopra indicato.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 la società da atto che:

- l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;

- il pagamento effettuato dal contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 codice civile nei confronti della società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

2.4. TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. L'assicuratore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura – ufficio territoriale del Governo della provincia a cui appartiene l'ente appaltante della notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Qualora la società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 9bis dell'art. 3 della legge 136/2010.

2.5. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche alla presente polizza – concordate tra le parti – devono essere provate per iscritto.

2.6. - DIMINUZIONI, ALIENAZIONI, CESSAZIONI

Nei casi di diminuzione dei valori per qualsiasi motivo (esclusa l'assicurazione presso altri Assicuratori), di diminuzione di rischio, di alienazione di beni o di cessazione di rischio o dell'attività, la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative) come riportato all'articolo SOMME ASSICURATE e rinuncia al relativo diritto di recesso.

2.7. DANNI PRECEDENTI

Il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di dichiarare eventuali danni che avessero colpito le cose oggetto dell'assicurazione e/o l'attività in genere del Contraente e dell'Assicurato.

2.8. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se sulle medesime cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dal dare alla Società comunicazione degli altri contratti stipulati.

In caso di sinistro, però, il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli Assicuratori e sono tenuti a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'Assicuratore insolvente - superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri Assicuratori.

2.9. LIMITE MASSIMO DI INDENNIZZO

Salvo il caso previsto dall'art. 1914 del Codice Civile e dove diversamente indicato, per nessun titolo la Società potrà essere tenuta a pagare somma maggiore di quella assicurata.

2.10. FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni intercorrenti fra la Società e il Contraente e/o l'Assicurato devono essere fatte per iscritto, a mezzo posta elettronica o posta elettronica certificata.

2.11. ONERI FISCALI

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

2.12. TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza sono esercitati dall'Amministrazione e dalla Società. Spetta in particolare all'Amministrazione compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il terzo interessato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti o col consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

2.13. ISPEZIONE DELLE COSE ASSICURATE

La Società ha sempre il diritto di visitare le cose assicurate e l'Amministrazione ha l'obbligo di fornirle tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

2.14. INTERAZIONE DI CLAUSOLE E RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Le condizioni di cui al presente capitolato speciale di polizza derogano e prevalgono su qualsiasi altra condizione della polizza emessa dalla Società, comprese le condizioni generali di assicurazione, sempre che le prime risultino più favorevoli nei confronti dell'Amministrazione.

La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

Non potranno, pertanto, essere tenute in considerazione condizioni di polizza che risultino in contrasto con quanto disciplinato dal presente capitolato.

Ciò premesso, si conviene che, in caso di dubbio, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente e/o Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni di polizza.

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge nazionali e comunitarie in materia.

2.15. FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, è competente, a scelta del contraente, il Foro ove ha sede lo stesso oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010 ss.mm e ii. (esclusi gli Organismi di mediazione istituiti dall'Assicurato stesso).

2.16. ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA

L'assicurazione è prestata in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.

In caso di sinistro però i terzi interessati non avranno ingerenza nella nomina dei periti, né azione per impugnare la perizia, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non potranno essere esercitati che dall'Amministrazione.

L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà liquidata in contraddittorio, non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

2.17. COASSICURAZIONE E DELEGA (NELL'EVENTUALITÀ DI COASSICURAZIONE)

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato.

In caso di coassicurazione la società delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dal presente contratto, indipendentemente dai fatti, dagli eventi, dalle circostanze di fatto e/o di diritto, dai rapporti che possono interessare gli assicuratori presso le quali il rischio è stato ripartito.

La società delegataria, pertanto, è espressamente obbligata ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare al contraente/assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo, esclusa comunque ogni responsabilità solidale.

Con la sottoscrizione della presente polizza le coassicuratrici danno mandato alla società a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla società delegataria in ragione e/o a causa della presente polizza.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti alla polizza, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, all'incasso dei premi di polizza, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le società coassicuratrici.

SEZIONE 3 - NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

3.1. DENUNCIA DEI SINISTRI – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

La denuncia del sinistro sarà effettuata per iscritto alla Società entro 15 giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Amministrazione ne sia venuta a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento e sarà corredata delle relative certificazioni mediche.

L'Assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società. Inoltre, e sempre a questo scopo, l'Assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

L'Amministrazione è sollevata dall'obbligo di osservanza dei termini di dichiarazione o di avviso qualora non abbia avuto conoscenza dei casi verificatisi per fatto altrui.

3.2. ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO E DELLE PERDITE

Il Contraente o l'Assicurato che esagera dolosamente l'ammontare del danno e/o delle perdite, adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, altera dolosamente le tracce ed i residui del sinistro, o facilita il progresso di questo, perde il diritto all'indennizzo.

3.3. MODALITÀ PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dal beneficiario dell'assicurazione. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora il beneficiario dell'assicurazione non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita a un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dal beneficiario e il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede l'Amministrazione. I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza. La loro decisione sarà impegnativa per le parti e inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio perito e metà di quelle del terzo.

3.4. LIQUIDAZIONE DEL DANNO

La Società procederà alla liquidazione del danno come di seguito riportato.

Per la liquidazione dell'indennizzo è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicato per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Per gli Assicurati che non abbiano raggiunto l'anno di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo di

tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio, considerando agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

3.5. MORTE

In caso di sinistro mortale, sempre che il decesso si verifichi entro 2 anni dal giorno dell'evento, verrà liquidato ai beneficiari (specificati dall'Assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato, per questo caso, alla SEZIONE 5 SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO.

3.6. MORTE PRESUNTA

In caso di morte presunta dell'Assicurato, l'importo indicato per il caso morte verrà liquidato dopo che siano trascorsi 6 mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del codice civile, e ciò anche se il corpo dell'Assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di evento assicurato. Rimane altresì inteso che qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'Assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata e, a restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di eventuale invalidità permanente.

3.7. INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di sinistro che abbia per conseguenza un'invalidità permanente, sempre che essa si manifesti entro 2 anni dal giorno del sinistro, la determinazione dell'indennità avverrà:

a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base:

- della TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE - INDUSTRIA (allegato 1 al D.P.R. 1124/1965);
- della TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELLA ACUTEZZA VISIVA (allegato 1 al D.P.R. 1124/1965);
- dei criteri di valutazione stabiliti dall'art. 78 del D.P.R. 1124/1965.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia prevista dalla normativa sopra richiamata, pertanto la garanzia è prestata **senza applicazione di franchigia**. Inoltre:

- qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica o attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) e il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente e il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento;
- qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica o attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%;
- Il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%;

b) determinando e liquidando l'indennità nella misura pari:

- al capitale assicurato per questo caso alla SEZIONE 5 SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente totale, intendendo per ciò la perdita della capacità generica ad attendere a un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione;
- all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato al capitale spettante per il caso di invalidità permanente, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale, intendendo per ciò la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Si conviene, inoltre, che:

- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è equiparata alla perdita anatomica dello stesso;

- in caso di mancinismo le percentuali d'invalidità previste per l'arto destro varranno per l'arto sinistro e viceversa.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente e l'Assicurato sia deceduto entro 2 anni dall'evento, e in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3.8. SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto, le spese sostenute. Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, e simile documentazione. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

3.9. RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto del risarcimento, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione previa comunicazione all'altra mediante posta elettronica certificata (PEC), da inviarsi con preavviso di 120 giorni.

Nel caso in cui ad esercitare tale diritto fosse la Società, questa entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza. La riscossione di premi, o rate di premio, venuti a scadenza dopo il recesso per sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rispettiva rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

Nel caso di recesso da parte della Società da una delle garanzie di cui alla presente polizza a seguito di sinistro rientrante in tale garanzia, detta rescissione si intenderà valida per l'intera polizza.

3.10. OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, entro i 30 giorni successivi a ogni scadenza annuale, si impegna a fornire all'Amministrazione il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, del nome dell'Assicurato, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico, utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

La Società, in tal caso, s'impegna a fornire all'Amministrazione il dettaglio dei sinistri entro i 15 giorni lavorativi successivi a ogni richiesta. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso di cui ai precedenti articoli, la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 15 giorni lavorativi dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società s'impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 15 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica dal Contraente.

3.11. MODALITÀ PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 45 giorni dal ricevimento di tali documenti. Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20%, la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 45 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

3.12. RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società dichiara di rinunciare a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del codice civile.

La Società esonera il Contraente e gli Assicurati dalla preventiva denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

La Società, altresì, esonera il Contraente e gli Assicurati, dall'obbligo di comunicare infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

4.1. DEFINIZIONI

ASSICURATI: soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Con le presenti condizioni possono essere assicurate – se esplicitamente richiamate nella polizza – le seguenti categorie:

- Allievi
- Personale docente/supplenti temporanei
- Personale non docente (in questa categoria rientrano anche: i familiari, gli obiettori di coscienza che accompagnano gli allievi in viaggi, visite, gite di istruzione; i familiari che prestano la loro opera negli organismi di gestione dell'istituto; i familiari che a titolo volontario e con l'autorizzazione della Direzione o della Presidenza, partecipano attivamente ad attività pratiche all'interno dell'Istituto.

BENEFICIARI: le persone designate dall'Assicurato a riscuotere l'indennizzo in caso di proprio decesso. In assenza di designazione specifica i beneficiari daranno gli eredi legittimi o testamentari.

CONTAGIO: evento dovuto a causa esterna, fortuita ed accidentale che produca modificazioni sierologiche, obiettivamente contestabili, che indicano una infezione da H.I.V.

CONTRAENTE: chi stipula l'assicurazione

FRANCHIGIA/SCOPERTO: parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (franchigia) o in percentuale (scoperto) sull'ammontare del danno, che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO: la somma dovuta in caso di sinistro.

INFORTUNIO: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, che hanno come conseguenza una inabilità temporanea, una invalidità permanente o la morte dell'assicurato.

Sono considerati infortuni anche:

L'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;

L'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione da assorbimento di sostanze;

L'asfissia non dipendente da malattia;

Le conseguenze, obiettivamente contestabili, di morsi o punture di animali;

Le ernie direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici.

INVALIDITA' PERMANENTE: perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.

MALATTIA IMPROVVISA: malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento della stipulazione della polizza e comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo.

MODULO DI POLIZZA: documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i dati identificativi del rischio, i capitali assicurati, il premio e la sottoscrizione delle Parti.

POLIZZA: insieme di documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

SINISTRO: il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

STRUTTURE SANITARIE: policlinico universitario, ospedale, istituto di ricerca e cura, istituto scientifico, casa di cura, day hospital,/day surgery, ambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati.

Sono esclusi i centri termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri benessere.

4.2. OGGETTO

L'assicurazione copre, nei limiti delle somme assicurate i casi di morte, invalidità permanente totale o parziale cagionati in modo diretto ed esclusivo da qualsiasi evento dovuto a causa fortuita, esterna e immediata, che produca lesioni somatiche obiettivamente constatabili all'organismo dell'assicurato, comprese le menomazioni psichiche, purché causate da lesioni cerebrali organiche obiettivamente, che possano verificarsi durante lo svolgimento dell'attività scolastica.

L'assicurazione comprende gli infortuni subiti dall'Assicurato durante:

Le lezioni, prescuola, doposcuola, refezioni, ricreazioni, sperimentazione e attività di laboratorio, tutte le attività gestite dagli operatori scolastici;

Le lezioni di educazione fisica, attività ginnico sportiva a qualsiasi livello territoriale, ferme le esclusioni previste più avanti;

Le gite e visite di istruzione, incontri sociali;

Le visite o stages che a norma delle vigenti disposizioni possono essere effettuati a scavi, cantieri, aziende, laboratori, compresa l'eventuale partecipazione ad attività pratiche e/o lavorative, sempre che tali attività siano dirette e sorvegliate dagli insegnanti dell'istituto e/o da personale dell'azienda presso la quale si svolge lo stage.

Inoltre:

per tutte le citate occasioni l'assicurazione vale anche per i relativi trasferimenti collegiali.

PERSONE NON ASSICURABILI

Fatta eccezione per gli Allievi, che sono sempre assicurati, nei confronti delle altre categorie, la Compagnia 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. La persona cessa di essere assicurata con il loro manifestarsi.

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.

L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo sarà quindi restituito dalla Compagnia.

4.3. ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITA'

Premesso che gli Allievi sono sempre assicurati, ancorché portatori di minorazioni fisiche e/o psichiche, gli altri Assicurati— fermo quanto stabilito al punto 1.1 - Persone non assicurabili — sono protetti dalla garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute. Per tutti gli Assicurati è espressamente confermato che la liquidazione di eventuali sinistri avverrà secondo quanto stabilito al punto 3.3 - Criteri di indennizzabilità.

Qualora l'infortunato, non appartenente alla categoria Allievi, risulti affetto da diabete, epilessia, emofilia (salvo quanto previsto al punto 1.1 - Persone non assicurabili, con riferimento alla garanzia "Contagio accidentale da virus H.I.V."), leucemia, altre infermità giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, l'indennizzo liquidabile a termini di polizza è ridotto alla metà.

4.4. IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE – DECORRENZA DELLA GARANZIA PER I NUOVI INSERIMENTI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia alla Compagnia delle generalità degli Assicurati, ma si impegna a fornire l'elenco nominativo di coloro che non hanno aderito all'assicurazione; detto elenco farà parte integrante del contratto.

In mancanza di segnalazione (entro un mese dalla data di effetto del contratto) degli alunni e del personale non assicurati, si presume che ne sia stata assicurata la totalità.

Per la loro identificazione si farà riferimento alle risultanze dei registri e degli altri documenti momento - alle persone incaricate dalla Compagnia.

Qualora nel corso dell'anno scolastico si aggiungano altri alunni, la garanzia decorre:

A automaticamente dalle ore 24 del giorno di iscrizione all'Istituto scolastico per i nuovi inserimenti;

B dalle ore 24 del giorno di spedizione della raccomandata per gli alunni inizialmente non assicurati.

Qualora un alunno assicurato si trasferisca presso altro Istituto scolastico, l'assicurazione segue l'alunno presso il nuovo Istituto fino al termine dell'anno scolastico in corso. Il Contraente può rilasciare all'interessato una dichiarazione in merito; eventuali infortuni devono essere denunciati alla Compagnia per il tramite del Contraente con le informazioni del caso.

4.5. RISCHIO ASSICURATO

L'assicurazione comprende gli Infortuni subiti dall'Assicurato:

a) in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; stato di malore o incoscienza, atti di terrorismo o di tumulti popolari, a condizione che non vi abbia preso parte attiva; atti di temerarietà, compiuti per dovere di solidarietà umano o di legittima difesa;

b) a causa di guerra, se ed in quanto viene sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero, in un Paese sino ad allora in pace, la garanzia opera per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;

c) a causa di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe d'aria ed uragani. Se l'infortunio si verifica entro i confini italiani, la somma assicurata è ridotta del 50% ed inoltre, se più Assicurati con la presente polizza fossero coinvolti in un medesimo evento, l'esborso massimo della Compagnia non potrà superare €. 1.600.000. Se gli indennizzi spettanti complessivamente eccedessero tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti.

4.6. RISCHIO VOLO

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante l'uso, soltanto in qualità di passeggero, di aeromobili; sono comunque esclusi i voli su altri mezzi di locomozione aerea (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili) nonché su aeromobili eserciti da Aero Clubs o da Compagnia o Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri.

In caso di incidente aereo che colpisca più Assicurati, la somma dei capitali garantiti per questa specifica garanzia, sia con questa polizza sia con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente con la medesima Compagnia, non potrà superare, per tutti gli indennizzi l'importo di €. 5.200.000. Se gli indennizzi spettanti complessivamente eccedessero tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti.

4.7. EVENTI ASSICURATI

a) Morte

Se l'assicurato muore entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, la Compagnia liquida la somma assicurata ai beneficiari. L'indennizzo non è cumulabile con quello di invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa sia maggiore.

Se il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato, la Compagnia liquida ai beneficiari la somma assicurata dopo sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice Civile. Se risulta che l'Assicurato è vivo, dopo che la Compagnia ha pagato l'indennizzo, quest'ultima ha

diritto alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata. L'assicurato avrà così diritto all'indennizzo spettante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

b) Invalidità permanente

La Compagnia liquida l'indennizzo per invalidità permanente se l'invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa.

Tuttavia, se l'infortunato muore - per cause indipendenti dalle lesioni subite - prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia liquida ai beneficiari l'importo già concordato, ovvero offerto, ovvero - se oggettivamente determinabile - offribile all'Assicurato, in base alle condizioni di polizza.

4.8. VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ

Il grado di invalidità è accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri seguenti.

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

destro sinistro

◆ un arto superiore	70%	60%
◆ una mano o un avambraccio	60%	50%
◆ un pollice	18%	16%
◆ un indice	14%	12%
◆ un medio	8%	6%
◆ un anulare	8%	6%
◆ un mignolo	12%	10%
◆ una falange ungueale del pollice	9%	8%
◆ una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	

anchilosi:

◆ della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
◆ del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
◆ del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
paralisi completa:		
◆ del nervo radiale	35%	30%
◆ del nervo ulnare	20%	17%

perdita totale, anatomica o funzionale, di:

◆ un arto inferiore	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
◆ un piede	40%
◆ ambedue i piedi	100%
◆ un alluce	5%
◆ un altro dito del piede	1%
◆ una falange ungueale dell'alluce	2,5%

anchilosi:

◆ dell'anca in posizione favorevole	35%
◆ del ginocchio in estensione	25%
◆ della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astraglica	15%
◆ paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%

perdita totale, anatomica o funzionale, di:

◆ un occhio	25%
◆ ambedue gli occhi	100%

perdita totale della capacità uditiva di:

◆ un orecchio	10%
---------------	-----

◆ ambedue le orecchie	40%
stenosi nasale assoluta:	
◆ monolaterale	4%
◆ bilaterale	10%
esiti di frattura:	
◆ scomposta somatica di una costa	1%
◆ amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12° dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
◆ di un metamero sacrale	3%
◆ di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
perdita anatomica:	
◆ di un rene senza compromissioni significative della funzionalità renale	15%
◆ della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
◆ afonia (perdita totale della voce)	30%

(la perdita parziale della voce non è indennizzabile)

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

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

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

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

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

4.9. LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

L'indennizzo per invalidità permanente è determinato secondo i seguenti criteri.

Nessun indennizzo è dovuto se l'invalidità accertata è pari o inferiore al 3%.

A 0,50% del capitale assicurato per ogni punto di invalidità accertata compreso fra il 4% ed il 9%;

B 0,80% del capitale assicurato per ogni punto di invalidità accertata compreso fra il 10% ed il 39%;

C 1,20% del capitale assicurato per ogni punto di invalidità accertata compreso tra il 40% ed il 50%;

D intero capitale assicurato se l'invalidità accertata è superiore al 50%.

Gli indennizzi risultanti dai punti A, B e C cumulano tra loro; l'indennizzo di cui al punto D non cumula con alcun altro.

4.10. DIARIA DA RICOVERO

In caso di ricovero reso necessario dall'infortunio, La Compagnia corrisponde la diaria assicurata per un massimo di 180 giorni per ogni infortunio.

In caso di ricovero in day hospital / day surgery l'importo della diaria assicurata è corrisposto al 50%.

4.11. RIMBORSO SPESE DI CURA

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza la Compagnia rimborsa - fino alla concorrenza del massimale assicurato, entro i sottolimiti che seguono - le spese effettivamente sostenute e rese necessarie dall'infortunio.

A In caso di ricovero in struttura sanitaria:

- ◆ durante il ricovero, per assistenza medica e infermieristica, onorari dell'équipe che effettua l'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (comprese le endoprotesi), accertamenti diagnostici, trattamenti riabilitativi, rette di degenza;
- ◆ nei 60 giorni prima del ricovero, per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;
- ◆ nei 120 giorni successivi alla dimissione dalla struttura sanitaria, per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi;
- ◆ per l'intervento riparatore del danno estetico dovuto ad infortunio, provato dalla cartella clinica descrittiva rilasciata da un Pronto Soccorso Pubblico. Dette spese sono rimborsabili fino alla concorrenza di € 2.600 purché l'intervento di chirurgia ricostruttiva avvenga entro due anni dall'infortunio e non oltre un anno dalla scadenza del presente contratto;
- ◆ per il trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso con mezzi adeguati alle condizioni di salute dell'infortunato. Il rimborso avviene nella misura del 70% e fino alla concorrenza di € 260, ovvero al 100% e fino a € 2.600 se l'emergenza richiede l'intervento dell'eliambulanza.

B In caso di cura delle lesioni effettuate in regime ambulatoriale, senza ricovero, per:

- ◆ accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi;
- ◆ trasporto dell'Assicurato al luogo di cura con mezzi adeguati alle condizioni di salute dell'infortunato.

Le spese di cui al presente comma sono rimborsate nella misura del 70%, restando il rimanente 30% a carico dell'Assicurato.

C Rottura lenti e/o occhiali

La Compagnia rimborsa fino alla concorrenza di € 260 le spese sostenute per l'acquisto di lenti e/o occhiali, compresa la montatura fino a € 80 di spesa, la cui rottura sia stata determinata da infortunio che abbia provocato lesioni obiettivamente constatabili.

La presente garanzia vale esclusivamente a favore degli Allievi iscritti presso l'Istituto Contraente.

D Cure e protesi dentarie

La Compagnia rimborsa fino alla concorrenza di € 800 le spese dentarie di primo intervento e protesi rese necessarie a seguito di infortunio obiettivamente constatabile.

In caso di rottura di protesi dentarie fisse o mobili a seguito di infortunio obiettivamente constatabile, la Compagnia rimborsa fino alla concorrenza di € 130 le spese sostenute per la loro riparazione o sostituzione. La presente garanzia vale esclusivamente a favore degli Allievi iscritti presso l'Istituto Contraente.

4.12. GITE, VISITE E VIAGGI D'ISTRUZIONE

In caso di gite, visite e viaggi di istruzione, in Italia ed all'estero, la Compagnia rimborsa fino alla concorrenza di € 1.100 le maggiori spese di viaggio derivanti da:

- ◆ trasporto presso struttura sanitaria in loco e rientro in Italia (anticipato o posticipato) in conseguenza di infortunio o malattia improvvisa che abbia impedito il rientro in comitiva;
- ◆ rientro anticipato per decesso di un familiare fra quelli di seguito indicati: coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero / nuora;
- ◆ viaggio di un familiare reso necessario da ricovero per infortunio o malattia improvvisa del partecipante alla gita che richieda assistenza al degente;
- ◆ trasporto della salma del partecipante in seguito a decesso per infortunio o malattia improvvisa;

In caso di malattia improvvisa, manifestatasi durante le gite, le visite e i viaggi d'istruzione, sono comprese in garanzia tutte le prestazioni previste ai punti 2.6- Diaria da ricovero e 2.7 - Rimborso spese di cura.

4.13. PERDITA ANNO SCOLASTICO

Limitatamente ai soli Allievi degli Istituti Superiori, La Compagnia corrisponde un indennizzo forfettario di € 1.100 in caso di assenza di almeno 45 giorni a seguito di infortunio, documentata da certificazione medica e scolastica che, a giudizio del Consiglio di Classe, sia stata causa della perdita dell'anno scolastico.

La presente garanzia vale esclusivamente a favore degli Allievi iscritti presso l'Istituto Contraente.

6.8 Lezioni di recupero

In caso di infortunio che non comporti da parte della Compagnia alcun esborso di cui ai punti che precedono e che abbia, tuttavia, determinato l'assenza dell'Assicurato da scuola per almeno 6 giorni consecutivi, documentati da certificazione medica e scolastica, la Compagnia corrisponde un indennizzo forfettario di € 80 a titolo di contributo generico per oneri vari. In caso di assenza pari o superiore a 15 giorni consecutivi, l'indennizzo forfettario è elevato a € 160.

La presente garanzia vale esclusivamente a favore degli Allievi iscritti presso l'Istituto Contraente.

4.14. CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS H.I.V.

In caso di contagio da virus H.I.V., avvenuto esclusivamente durante lo svolgimento delle attività assicurate descritte in polizza in conseguenza di:

- ♦ puntura o ferita occasionale da oggetto infettato da virus;
- ♦ aggressioni subite dall'Assicurato;
- ♦ trasfusione di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
- ♦ contagio avvenuto in situazioni di soccorso nell'ambito dell'Istituto scolastico, a soggetti assicurati già portatori del virus H.I.V., la Compagnia corrisponde un indennizzo forfettario di € 11.000 qualora l'Assicurato risulti sieropositivo, secondo la procedura di accertamento stabilita al punto 10.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.

4.15. ASSEGNO DI ASSISTENZA PER INVALIDITA' PERMANENTE MAGGIORE DEL 50%

Se l'infortunio determina una invalidità permanente accertata pari o maggiore del 50% della totale, la Compagnia, in aggiunta all'indennizzo previsto dalla polizza – mediante una polizza Vita – assicura il pagamento di un assegno di assistenza di € 3.100 annui lordi e per la durata di 3 anni. L'effetto della polizza Vita è quello della data di sottoscrizione dell'atto con il quale l'Assicurato accetta la liquidazione a titolo definitivo dell'indennizzo per invalidità permanente. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato trascorsi 12 mesi dall'effetto della polizza Vita.

La rendita sarà corrisposta a condizione che l'infortunato sia in vita.

La presente garanzia vale esclusivamente a favore degli Allievi iscritti presso l'Istituto Contraente.

SEZIONE 5 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

5.1. ESCLUSIONI

La Compagnia non indennizza gli infortuni derivanti da:

- a) pratica di paracadutismo e sports aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);
- b) pratica a titolo professionistico di sports in genere;
- c) partecipazione a gare e relative prove con veicoli o natanti a motore;
- d) guida o uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei e di aeromobili, salvo quanto previsto al punto 4.6. – Rischio volo;
- e) stato di ubriachezza accertata; uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- f) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- g) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- h) atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

Sono comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche.

5.2. LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO CUMULATIVO

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati con la presente polizza, l'esborso a carico della Compagnia non potrà superare complessivamente € 5.200.000, intendendosi proporzionalmente ridotto l'indennizzo per ciascun Assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano detto importo.

5.3. CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi origine e tipologia, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente, le percentuali di cui all'art. 4.8. - Valutazione del grado di invalidità sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente

L'assicurazione copre, nei limiti delle somme assicurate i casi di morte, invalidità permanente totale o parziale cagionati in modo diretto ed esclusivo da qualsiasi evento dovuto a causa fortuita, esterna e immediata, che produca lesioni somatiche obiettivamente constatabili all'organismo dell'assicurato, comprese le menomazioni psichiche, purché causate da lesioni cerebrali organiche obiettivamente, che possano verificarsi durante lo svolgimento dell'attività scolastica.

L'assicurazione comprende gli infortuni subiti dall'Assicurato durante:

- le lezioni, prescuola, doposcuola, refezioni, ricreazioni, sperimentazione e attività di laboratorio, tutte le attività gestite dagli operatori scolastici;
- le lezioni di educazione fisica, attività ginnico sportiva a qualsiasi livello territoriale, ferme le esclusioni previste più avanti;
- le gite e visite di istruzione, incontri sociali;
- le visite o stages che a norma delle vigenti disposizioni possono essere effettuati a scavi, cantieri, aziende, laboratori, compresa l'eventuale partecipazione ad attività pratiche e/o lavorative, sempre che tali attività siano dirette e sorvegliate dagli insegnanti dell'istituto e/o da personale dell'azienda presso la quale si svolge lo stage.

Inoltre:

per tutte le citate occasioni l'assicurazione vale anche per i relativi trasferimenti collegiali

5.4. 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 Sede di La Compagnia nel più breve tempo possibile.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato, o in caso di morte, i beneficiari, devono consentire a la Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

In ogni caso l'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono:

- ♦ consentire eventuali accertamenti e controlli medici disposti da La Compagnia o suoi incaricati, fornendo ogni informazione del caso;
- ♦ sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Per il rimborso delle spese di cura devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notule, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la documentazione medica relativa. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.

Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'Ente pubblico o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

Per la liquidazione della Diaria da Ricovero deve essere fornita la cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria.

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus H.I.V. a causa di un evento accidentale descritto al punto 6.10 -Contagio accidentale da virus H.I.V., deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Sede della Compagnia entro 3 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto. Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata a La Compagnia 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 deve sottoporsi ad un primo test H.I.V. presso un centro specializzato indicato dalla Compagnia.

A Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; l'assicurazione prevista al punto 4.14. cessa nei suoi confronti.

B Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo, l'Assicurato entro 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test.

La Compagnia, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo test immunologico liquiderà l'indennizzo previsto dall'assicurazione.

Tutte le spese mediche relative al test H.I.V. sono a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese saranno rimborsate dalla Compagnia.

L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza del beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

In relazione ai rischi descritti al punto 4.14. - Contagio accidentale da virus H.I.V. ed alla procedura di sieropositività da H.I.V., 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 strutture

sanitarie), 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) alla autorità competente;

- ◆ in caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico, l'Assicurato è esonerato dal primo test, restando confermata la necessità di sottoporvisi entro i 180 giorni dalla trasfusione; la cartella clinica completa sarà corredo necessario della pratica di sinistro.

5.5. REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio è provvisoriamente fissato come indicato in polizza e non è restituibile. Esso è definitivamente stabilito in base al numero degli Allievi iscritti e del personale docente e non docente assicurati nell'anno scolastico considerato; il conguaglio deve avvenire entro il 30.06 di ciascun anno o, al massimo, entro 30 giorni dal termine dell'anno assicurativo.

Non si effettuano conguagli in caso di variazioni non maggiori del 5%; il pagamento del conguaglio deve avvenire entro 15 giorni dalla presentazione della relativa appendice.

Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare a Reale Mutua la differenza dovuta, maggiorata del 50%, a titolo di penale.

Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, la Compagnia è obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti delle somme assicurate ridotte in eguale misura.

Per detti sinistri la Compagnia ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato in più del dovuto.

Resta inteso che il premio anticipato per le annualità successive verrà commisurato al premio consuntivo dell'ultima annualità decorsa.

SVILUPPO DEL PREMIO

Persone assicurate	Somme assicurate pro capite in €.	Premio lordo pro capite in €.	Premio lordo complessivo in €.
N. 160 alunni asili nido	Morte €. 100.000,00		
	Invalidità permanente €. 130.000,00		
	Diaria ricovero €. 50,00		
	Rimborso spese cura €. 3.000,00		