

Polizza n. M15820602 / INFORTUNI

POLIZZA**DI ASSICURAZIONE INFORTUNI****CODICE CIG: B17DF81107****La presente polizza è stipulata tra**

CONSORZIO DEI COMUNI TARENTINI
Via Torre Verde , 21
38122 - TRENTO (TN)
C.F./ P.IVA 01533550222

e

ITAS MUTUA
Piazza delle Donne Lavoratrici, 2
38122 - TRENTO (TN)
C.F./P. IVA 00110750221

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	31/10/2024
Alle ore 24.00 del:	31/10/2028

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati:

Alle ore 24.00 del 31/10 di ogni	anno
---	-------------

INDICE

DEFINIZIONI	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
ART. 1 - Modalità di assicurazione	5
ART. 2 - Durata della polizza – Recesso	5
ART. 3 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento e regolazione del premio	5
ART. 4 - Altre assicurazioni	6
ART. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	6
ART. 6 -Variazione del rischio	6
ART. 7 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro	6
ART. 8 - Recesso del contratto in caso di sinistro – Rinuncia	6
ART. 9 - Oneri fiscali	6
ART. 10 - Oggetto dell'Assicurazione	6
ART. 11 - Rischi esclusi	7
ART. 12 - Rischio volo	7
ART. 13 - Limite di età	8
ART. 14 - Estensioni territoriali	8
ART. 15 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi	8
ART. 16 - Criteri di indennizzabilità	8
ART. 17 - Morte	8
ART. 18 - Invalidità permanente	8
ART. 19 - Morte presunta	12
ART. 20 - Inabilità temporanea	12
ART. 21 - Diaria da ricovero a seguito di infortunio	12
ART. 22 - Liquidazione dell'indennità	13
ART. 23 - Modalità di valutazione del danno - Controversie	13
ART. 24 - Assicurazione per conto altrui	13
ART. 25 - Diritto di surrogazione	13
ART. 26 - Danni estetici	13
ART. 27 - Rientro sanitario (valido in Italia e all'estero)	14
ART. 28 - Rimpatrio della salma (valido in Italia ed all'estero)	14
ART. 29 - Rischio guerra – Rischio terrorismo	14
ART. 30 - Rimborso spese mediche da infortunio	14
ART. 31 - Esonero denuncia infermità e difetti fisici	14
ART. 32 - Imposte e diritti	15
ART. 34 - Responsabilità del Contraente	15
ART. 35 - Rinvio alle norme di Legge	15
ART. 36 - Validità delle norme dattiloscritte	15
ART. 37 - Obbligo della Società di fornire annualmente i dati afferenti l'andamento del rischio	15
ART. 38 - Coassicurazione e delega	15
ART. 39 - Clausola Broker	16
ART. 40 - Anticipazione indennizzo	16
ART. 41 - Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza	16

ART. 42 - Identificazione e variazioni delle persone assicurate	16
ART. 43 - Interpretazione del contratto	17
ART. 44 - Tracciabilità dei flussi finanziari	17
CAPITOLO 2 - RISCHI COPERTI E CAPITALI ASSICURATI	18
<u>2.1. CATEGORIA AMMINISTRATORI e COMPONENTI LE COMMISSIONI</u>	18
<u>2.2. CATEGORIA INFORTUNI VOLONTARI E ADDETTI ALLA SORVEGLIANZA DEGLI SCOLARI</u>	19
<u>2.3. CATEGORIA ALUNNI ASILI NIDO</u>	19
CAPITALI ASSICURATI	19
<u>2.4. CATEGORIA PARTECIPANTI/ACCOMPAGNATORI ATTIVITA' ORGANIZZATE DALL'ENTE</u>	21
CAPITALI ASSICURATI	21
<u>2.4. CALCOLO DEL PREMIO</u>	22

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per Contraente: ,
compresi tutti gli uffici, i servizi, le Agenzie e i distaccamenti di cui si compone o di cui si avvale;
- per Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per Beneficiario: il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita;
- per Dipendente: qualsiasi persona che sia stata, che si trova e che sarà alle dirette dipendenze dell'Assicurato o sia a questo collegata da rapporto di lavoro o servizio anche quando comandata presso Enti o comandata da parte di altri Enti o utilizzata in convenzione, a reggenza o a scavalco o messa a disposizione o distaccata; compresi i lavoratori socialmente utili;
- per Amministratore: qualsiasi persona che sia stata, che si trova e che sarà collegata all'Assicurato in forza di un mandato e che partecipi alle attività istituzionali dell'Assicurato stesso;
- per Società: l'impresa di assicurazione;
- per Premio: la somma dovuta alla Società;
- per Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**ART. 1 - Modalità di assicurazione**

La Società si impegna a prestare la copertura assicurativa su richiesta del Contraente. In ciascuna polizza devono essere indicati i seguenti dati:

1. la ragione sociale del Contraente;
2. l'ubicazione delle sede legale e la Partita IVA;
3. le date di decorrenza e di scadenza dell'assicurazione;
4. numero degli assicurati;
5. il premio dell'assicurazione;
6. le eventuali Condizioni Speciali e Annotazioni.

ART. 2 - Durata della polizza – Recesso

La presente polizza ha durata di 4 (quattro) anni, con scadenze annuali poste al 31.10 di ogni anno.

Il Contraente ha la facoltà di recedere dall'assicurazione ad ogni scadenza annuale con preavviso di 3 (tre) mesi.

ART. 3 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento e regolazione del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza.

Il rischio s'intende in copertura dalle ore 24 del giorno indicato dalla polizza accettando, anche per il primo anno, che il premio venga pagato entro il 90° giorno successivo alla decorrenza.

Il Contraente è tenuto a pagare al Broker, alle rispettive scadenze il premio stabilito nella polizza medesima. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute e comunicate al broker durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. A tale scopo, entro 90 (novanta) giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il contraente/Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 60 (sessanta) giorni successivi alla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente/Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 (trenta) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente/Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente/Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente/Assicurato è tenuto a

fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

ART. 4 - Altre assicurazioni

Gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare preventivamente l'esistenza di altre assicurazioni infortuni e malattia.

ART. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/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.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza delle dichiarazioni da parte del Contraente/Assicurato di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto al completo indennizzo sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti del Contraente/Assicurato. La Società rinuncia alle dichiarazioni inerenti ai sinistri avvenuti prima della decorrenza della presente assicurazione.

ART. 6 -Variazione del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato comunicheranno per iscritto all'Assicuratore ogni mutamento che comporti un cambiamento o un aggravio del rischio coperto dalle garanzie prestate dalla presente polizza.

Le Modifiche rilevanti o gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale dei diritti derivanti dalla presente polizza, ai sensi e per gli effetti del Codice civile.

In caso di aggravamento del rischio, l'Assicuratore avrà inoltre il diritto di recedere dalla presente polizza ai sensi dell'art. 1898 C.C.

L'Assicuratore rinuncia invece alla facoltà di recesso in caso di diminuzione del rischio di cui all'art. 1897 C.C.

Se, durante il periodo di assicurazione, ha luogo una delle Modifiche rilevanti, la copertura fornita in base alla presente polizza si applicherà esclusivamente agli atti illeciti commessi prima della data effettiva della Modifica rilevante.

ART. 7 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni lavorativi da quando ne hanno avuto conoscenza l'Ufficio incaricato alla gestione delle polizze di assicurazione (art. 1913 C.C.).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.).

ART. 8 - Recesso del contratto in caso di sinistro – Rinuncia

La Società rinuncia al diritto di recedere dall'assicurazione dopo ciascun sinistro.

ART. 9 - Oneri fiscali

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

ART. 10 - Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni descritti nel capitolo 2 "Rischi coperti e capitali assicurati".

E' considerato "infortunio" l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o un'invalidità

permanente.

E' considerata "invalidità permanente" la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

E' considerata "morte" anche lo stato dichiarato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

Sono considerati infortuni anche i seguenti eventi:

- l'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze in genere;
- le infezioni od avvelenamenti derivanti da morsi o punture in genere;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
- le forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, smottamenti, valanghe e slavine.

Si precisa inoltre che la garanzia vale anche per gli infortuni più sotto indicati in via esemplificativa e non limitativa derivanti all'Assicurato:

- durante la guida e/o uso di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata;
- per imprudenze, negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;
- in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni in genere, con l'esclusione della partecipazione diretta dell'Assicurato agli eventi.

ART. 11 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dall'art. 12;
- c) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) da guerre o insurrezioni;
- f) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

ART. 12 - Rischio volo

L'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- € 2.000.000,00 per il caso di Morte
- € 2.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

per aeromobile:

- € 7.200.000,00 per il caso di Morte
- € 7.200.000,00 per il caso di invalidità Permanente

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti. Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

ART. 13 - Limite di età

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art.16 (Criteri di indennizzabilità).

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 85 anni.

Per le persone che raggiungano tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici, o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

ART. 14 - Estensioni territoriali

La presente polizza s'intende operante nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti in Italia ed in maniera corrente.

ART. 15 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni lavorativi da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 C.C.)

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.).

ART. 16 - Criteri di indennizzabilità

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

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

ART. 17 - Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 18 - Invalidità permanente

a) Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta una invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

b) Invalidità Permanente Parziale

L'indennità per invalidità permanente parziale - fermi i criteri di franchigia operanti - verrà calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in base alle percentuali previste dalla "TABELLA INAIL" di cui al D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124, riportata di seguito.

TABELLA INAIL PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE

DESCRIZIONE	Percentuale		
	des.		sin.
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi		40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere relativa tabella)			
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	

Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
DESCRIZIONE	Percentuale		
	des.		Sin.
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%		75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75°			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%		15%

Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta Che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
DESCRIZIONE	Percentuale		
	des.		Sin.
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non Sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un Apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità ma Ove concorra la perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

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

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

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

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

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto la asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulta compresa in garanzia l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile: fino a trenta giorni di indennità per inabilità temporanea, se tale indennità è contemplata in polizza;
- se non risulta operabile: indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente. Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

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.

In tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

ART. 19 - Morte presunta

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente Convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite da questa Convenzione.

ART. 20 - Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle proprie occupazioni a causa di evento garantito in polizza.

Per ogni giorno la Società corrisponderà una somma (VEDI SCHEDE DI OFFERTA) per un massimo di 360 giorni. Tale somma è cumulabile con le altre garanzie previste dalla presente polizza.

ART. 21 - Diaria da ricovero a seguito di infortunio

Se in conseguenza ad infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 360 giorni.

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

ART. 22 - Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per cause indipendenti dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la società corrisponderà la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte - ove questa fosse superiore - e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta corrente.

ART. 23 - Modalità di valutazione del danno - Controversie

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 16 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno dall'Assicurato, uno dalla Società ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenza per terzo medico.

E' 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.

ART. 24 - Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è 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, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

ART. 25 - Diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 26 - Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le 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, il tutto entro un limite massimo di € 15.000,00 per evento.

ART. 27 - Rientro sanitario (valido in Italia e all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio o malattia che lo colpiscono nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia fino al limite di € 5.000,00 per persona assicurata.

ART. 28 - Rimpatrio della salma (valido in Italia ed all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e fino alla concorrenza di € 2.600,00 per persona assicurata.

ART. 29 - Rischio guerra – Rischio terrorismo

A parziale deroga dell'art.11, la garanzia vale anche per:

- gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Limitatamente al rischio aeronautico, l'assicurazione si intende estesa agli eventi conseguenti a rischio guerra con esclusione di sorvoli o soste nei paesi in stato di guerra.

- gli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale. Non sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici cui l'assicurato abbia partecipato in modo volontario.

E' definito atto di terrorismo una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta a influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

ART. 30 - Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 10.000,00 per persona assicurata.

Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'assicurato per le spese sostenute in occasione di:

- § Onorari dei chirurghi e dell'equipe medica
- § Uso della sala operatoria
- § Rette di degenza in ospedali o cliniche
- § Medicinali prescritti dal medico curante
- § Onorari dei medici
- § Accertamenti diagnostici
- § Trasporto dell'Assicurato in ospedale o clinica o presidio medico più vicino
- § Esami di laboratorio
- § Cure e visite mediche

§ Cure di rieducazione, riabilitazione ecc.

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

Le spese sostenute all'estero saranno rimborsate in Italia, in moneta corrente al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato.

ART. 31 - Esonero denuncia infermità e difetti fisici

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità, le mutilazioni o i difetti fisici da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

ART. 32 - Imposte e diritti

Le spese di bollo, tasse, imposte e diritti dipendenti dalla presente assicurazione sono a carico della Contraente o dell'Assicurato e suoi aventi diritto.

ART. 33 – Foro competente

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza il Contraente/Assicurato e la Società possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente/Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono. In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede il Contraente/Assicurato.

ART. 34 - Responsabilità del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di causa sostenute dal Contraente.

ART. 35 - Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non espressamente menzionato e disciplinato dalla presente Convenzione si farà riferimento a quanto previsto dal Codice Civile.

ART. 36 - Validità delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

ART. 37 - Obbligo della Società di fornire annualmente i dati afferenti l'andamento del rischio

La Società all'accensione del contratto ed entro 60 giorni dalla scadenza annuale di polizza, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

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

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

ART. 38 - Coassicurazione e delega

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Imprese indicate nel riparto allegato.

Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto.

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile, la

cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza alla presente clausola ne conferiscono mandato.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici della esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal Contraente/Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad ASSOCIAZIONE TEMPORANEA DI IMPRESA costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 del C.C., essendo tutte le Imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.

La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione o di raggruppamento temporaneo di imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

ART. 39 - Clausola Broker

Broker incaricato per la gestione della presente polizza è RTI Inser Spa – Willis Italia Spa

Il Contraente/Assicurato e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del broker incaricato. I pagamenti saranno effettuati tramite il broker incaricato della gestione della polizza e tale procedura è accettata dall'impresa. Il pagamento eseguito in buona fede al Broker o ai suoi collaboratori, ai sensi dell'art. 118 del d.lgs.209/2005 ha effetto liberatorio nei confronti del contraente e conseguentemente impegna la Società a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto. Le commissioni riconosciute al Broker incaricato RTI Inser Spa – Willis Italia Spa sono in misura del 1.36%.

ART. 40 - Anticipazione indennizzo

In tutti i casi in cui l'infortunio dia luogo ad una invalidità permanente, la Compagnia assicuratrice si obbliga a riconoscere all'assicurato, dietro presentazione dei documenti giustificativi e previa visita da parte del medico fiduciario della Compagnia assicuratrice stessa, un'anticipazione parziale per l'indennizzo, e ciò non prima che siano trascorsi 90 (novanta) giorni dal giorno dell'evento infortunistico. L'anticipazione ha luogo nel caso in cui il grado di invalidità permanente superi l'aliquota del 10% (dieci per cento) ed è limitata nella misura massima di un terzo dell'indennizzo valutabile allo stato, con riserva di successiva revisione e conguaglio.

ART. 41 - Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza

Il pagamento sull'indennizzo si effettua:

- a) in caso di morte: non oltre 30 giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili,
- b) in caso di invalidità permanente: non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito al grado di invalidità;
- c) in caso di invalidità temporanea: non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito all'importo dovuto.

ART. 42 - Identificazione e variazioni delle persone assicurate

Per l'identificazione delle persone assicurate e l'effetto della garanzia farà fede, per tutte le categorie, la documentazione conservata dalla Contraente.

La Contraente è dispensata dal comunicare di volta in volta le variazioni intervenute sulle persone assicurate. Alla fine di ogni annualità devono essere comunicati alla Società o al Broker, i dati per poter procedere alla regolazione del premio secondo le modalità previste dall'articolo 3 del presente contratto.

ART. 43 - Interpretazione del contratto

Si conviene 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. 44 - Tracciabilità dei flussi finanziari

L'assicuratore assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara.

Qualora l'assicuratore non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

CAPITOLO 2 - RISCHI COPERTI E CAPITALI ASSICURATI**2.1. CATEGORIA AMMINISTRATORI e COMPONENTI LE COMMISSIONI****OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli Amministratori e dai componenti delle Commissioni nell'esercizio della loro attività/mansione istituzionale compreso il rischio in itinere.

CAPITALI ASSICURATI

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Morte	€ 260.000,00
Invalidità Permanente	€
260.000,00 Diaria da ricovero a seguito di infortunio	€
50,00 Diaria da Inabilità Temporanea da infortunio	€
50,00	

Regolazione: sulla base del numero effettivo delle persone assicurate

CONDIZIONI SPECIALI VALIDE**Diaria da ricovero**

Se in conseguenza di evento indennizzabile ai sensi di polizza l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura pubblico o privato, la Società liquida la diaria assicurata per ciascun giorno di ricovero per la durata massima di 365 giorni, anche non consecutivi, da quello dell'infortunio.

La diaria di cui sopra viene liquidata su presentazione della copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'istituto di cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte o per invalidità permanente ed ogni altra somma assicurata.

Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle proprie occupazioni a causa di evento garantito in polizza.

La Società corrisponderà la somma assicurata per un massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte o per invalidità permanente ed ogni altra somma assicurata.

FRANCHIGIA: 5 (CINQUE) giorni

2.2. CATEGORIA INFORTUNI VOLONTARI E ADDETTI ALLA SorVEGLIANZA DEGLI SCOLARI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati: volontari, compresi i volontari del servizio civile (legge n. 365/2000) ed addetti alla sorveglianza degli scolari, durante le attività svolte per conto dell'Ente. E' compreso il rischio itinere. Nei volontari rientrano anche le persone condannate alla pena di lavoro di pubblica utilità ai sensi dell'art. 54, comma 6, D.Lgs. 28/08/2000, n. 274 e dall'art. 2 D.M. 26/2001, lavoratori socialmente utili.

L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati:

CAPITALI ASSICURATI

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Morte	€ 100.000,00
Invalità Permanente	€ 100.000,00
Diaria da ricovero a seguito di infortunio	€ 50,00

Regolazione: sulla base del numero effettivo dei volontari e degli addetti alla sorveglianza degli scolari

CONDIZIONI SPECIALI VALIDE

Diaria da ricovero

Se in conseguenza di evento indennizzabile ai sensi di polizza l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura pubblico o privato, la Società liquida la diaria assicurata per ciascun giorno di ricovero per la durata massima di 365 giorni, anche non consecutivi, da quello dell'infortunio.

La diaria di cui sopra viene liquidata su presentazione della copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'istituto di cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte o per invalidità permanente ed ogni altra somma assicurata.

2.3. CATEGORIA ALUNNI ASILI NIDO

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli alunni iscritti o frequentanti l'asilo nido durante la frequenza e la partecipazione alle attività istituzionalmente organizzate dall'asilo nido senza eccezione alcuna.

Rientrano in garanzia tutti gli infortuni occorsi nelle medesime circostanze di cui sopra anche quanto accaduti presso strutture equiparabili, omologhe, assimilabili o collegate, o attraverso cui si esplica l'attività istituzionale dell'Asilo Nido. S'intende compreso il rischio in itinere.

CAPITALI ASSICURATI

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Morte	€ 260.000,00
Invalidità Permanente	€ 260.000,00
Diaria da ricovero a seguito di infortunio	€ 50,00
Rimborso spese mediche da infortunio	€ 5.200,00
Regolazione:	sulla base del numero effettivo degli alunni iscritti

CONDIZIONI SPECIALI VALIDE PER CATEGORIA ALUNNI**Diaria da ricovero**

Se in conseguenza di evento indennizzabile ai sensi di polizza l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura pubblico o privato, la Società liquida la diaria assicurata per ciascun giorno di ricovero per la durata massima di 365 giorni, anche non consecutivi, da quello dell'infortunio.

La diaria di cui sopra viene liquidata su presentazione della copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'istituto di cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte o per invalidità permanente ed ogni altra somma assicurata.

Rimborso spese mediche da infortunio (a parziale deroga delle condizioni di cui all'Art. 28. delle Condizioni Generali di assicurazione)

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 5.200,00 per assicurato. Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'assicurato per le spese sostenute in occasione di:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe medica
- uso della sala operatoria
- rette di degenza in ospedali o cliniche
- medicinali prescritti dal medico curante
- onorari dei medici
- accertamenti diagnostici
- trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica o medico specialista
- esami di laboratorio
- cure e visite mediche
- cure di rieducazione, riabilitazione ecc. (con il limite di € 2.500,00 per persona)
- Rimborso spese occhiali e apparecchi acustici
- Rimborso spese dentarie e per apparecchi ortodontici

S'intendono comprese anche le spese sostenute per la sostituzione di occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici danneggiati durante l'attività scolastica a seguito di infortunio sino ad un massimo di € 500,00 per assicurato, con il limite di € 160,00 per la montatura.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule,

distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

Le spese sostenute all'estero saranno rimborsate in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'assicurato.

Contagio Virus HIV

La Società corrisponde il capitale di € 50.000,00 qualora l'assicurato, a seguito di puntura o ferita occasionale provocate da oggetto infettato dal virus o a seguito di aggressione, risulti sieropositivo secondo gli accertamenti previsti.

L'assicurato che ritiene di essere contagiato da virus HIV, deve entro 3 (tre) giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Società alla quale è assegnata la polizza indicando ora e luogo in cui si è verificato l'evento.

Entro 6 (sei) giorni dall'evento l'assicurato deve sottoporsi ad un primo test HIV presso un centro specializzato. Qualora dal test risulti che l'assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo.

In caso di negatività il test per l'HIV dovrà essere ripetuto entro 180 giorni dall'evento. Se da questo risulti che l'assicurato è divenuto sieropositivo la Società liquiderà l'indennizzo di € 50.000,00.

2.4. CATEGORIA PARTECIPANTI/ACCOMPAGNATORI ATTIVITA' ORGANIZZATE DALL'ENTE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dai partecipanti alle colonie/campeggi/soggiorni e/o ad altre attività organizzate dall'Ente, compresi eventuali accompagnatori durante la frequenza e la partecipazione alle attività istituzionalmente organizzate dall'Ente.

L'attività può essere svolta ovunque in Italia. S'intende compreso il rischio in itinere.

CAPITALI ASSICURATI

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Morte	€ 150.000,00
Invalidità Permanente	€ 150.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio	€ 2.500,00

La Società si impegna ad emettere l'appendice di copertura assicurativa per ciascuna attività richiesta dall'ente, e il relativo premio dovrà essere versato dal Contraente entro 30 giorni dal ricevimento dell'appendice.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate; per la loro identificazione si farà riferimento ai registri o libri contabili che il Contraente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, unitamente ad ogni altro documento probatorio in suo possesso a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Rimane pertanto a carico del Contraente l'onere della prova che la persona infortunata risultava partecipare ad uno dei Progetti sopra descritti e coperti dalla presente garanzia.

CONDIZIONI SPECIALI VALIDE

Rimborso spese mediche da infortunio (a parziale deroga delle condizioni di cui all'Art. 28. delle Condizioni Generali di assicurazione)

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 2.500,00 per assicurato. Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'assicurato per le spese sostenute in occasione di:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe medica
- uso della sala operatoria
- rette di degenza in ospedali o cliniche
- medicinali prescritti dal medico curante
- onorari dei medici
- accertamenti diagnostici
- trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica o medico specialista
- esami di laboratorio
- cure e visite mediche
- cure di rieducazione, riabilitazione ecc. (con il limite di € 2.500,00 per persona)
- Rimborso spese occhiali, apparecchi acustici
- Rimborso spese dentarie e per apparecchi ortodontici,

S'intendono comprese anche le spese sostenute per la sostituzione di occhiali o lenti a contatto, apparecchi

acustici, danneggiati durante l'attività a seguito di infortunio sino ad un massimo di € 500,00 per assicurato, con il limite di € 160,00 per la montatura.

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

Le spese sostenute all'estero saranno rimborsate in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'assicurato.

Contagio Virus HIV

La Società corrisponde il capitale di € 50.000,00 qualora l'assicurato, a seguito di puntura o ferita occasionale provocate da oggetto infettato dal virus o a seguito di aggressione, risulti sieropositivo secondo gli accertamenti previsti.

L'assicurato che ritiene di essere contagiato da virus HIV, deve entro 3 (tre) giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Società alla quale è assegnata la polizza indicando ora e luogo in cui si è verificato l'evento.

Entro 6 (sei) giorni dall'evento l'assicurato deve sottoporsi ad un primo test HIV presso un centro specializzato. Qualora dal test risulti che l'assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo.

In caso di negatività il test per l'HIV dovrà essere ripetuto entro 180 giorni dall'evento. Se da questo risulti che l'assicurato è divenuto sieropositivo la Società liquiderà l'indennizzo di € 50.000,00.

2.4. CALCOLO DEL PREMIO

Il premio è calcolato moltiplicando il numero di assicurati al premio lordo annuo procapite.

Vedi scheda di polizza.

Fatto in tre originali a Genova

Letto, accettato e sottoscritto

Il 31 ottobre 2024

li, _____ 20__



Antonakis Antoniou
Responsabile Valutazione Tecnica P&C Corporate
ITAS Mutua

IL CONTRAENTE/ASSICURATO