

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata a favore del
COMUNE DI CELANO (AQ)

Decorrenza ore 24.00 del 30/06/2019
Scadenza ore 24.00 del 30/06/2022

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

- » **ASSICURAZIONE:** il contratto di assicurazione
- » **POLIZZA:** i documenti che provano l'assicurazione
- » **BROKER:** L'incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società
- » **COMUNICAZIONI:** Per comunicazione alla Società o al Broker si intendono tutte le comunicazioni e/o dichiarazioni in merito al contenuto del presente contratto e, per quanto da esso non regolato, in merito a quanto stabilito dalle norme di legge effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati telex, telegrammi, facsimile o altro mezzo documentabile. Resta inteso che avrà valore la data d'invio risultante dai documenti provanti l'avvenuta comunicazione
- » **CONTRAENTE:** il soggetto che ha stipulato il contratto
- » **ASSICURATO:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
- » **COMPAGNIA/SOCIETA:** l'impresa di Assicurazione
- » **PREMIO:** la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia
- » **RISCHIO:** la probabilità che si verifichi il sinistro
- » **SINISTRO:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
- » **INDENNIZZO:** la somma dovuta dalla Compagnia al Contraente o ai Beneficiari in caso di sinistro
- » **INFORTUNIO:** l'evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente accertabili e che abbia per conseguenza la morte, una invalidità permanente o un'altra garanzia prevista dal contratto
- » **INVALIDITA PERMANENTE:** per invalidità permanente si intende il pregiudizio o la riduzione, definitiva e irrimediabile, della capacità generica di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo

CONDIZIONI NORMATIVE

ART. 1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO BUONA FEDE

Le dichiarazioni volutamente 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 C.C.

Tuttavia, l'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte dichiarazioni dell'Assicurato a l'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento del danno, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

ART. 1.2 - DURATA DEL CONTRATTO

Dalle ore 24 del **30.06.2019**

Alle ore 24 del **30.06.2022**

E' data facoltà alle Parti di disdire ad ogni scadenza annuale, fissata al 30 Giugno, l'assicurazione mediante preavviso da darsi con lettera raccomandata spedita entro e non oltre **60 (sessanta) giorni** da detta scadenza.

In mancanza di tale disdetta l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente fino alla scadenza del **30.06.2022**

Resta sin d'ora concordato tra le Parti che l'eventuale disdetta intimata dalla Società alla presente assicurazione varrà per l'intero Lotto di polizze aggiudicate nella Trattativa Privata, salvo che il Contraente non richieda, per iscritto, il mantenimento di uno o più delle suddette assicurazioni, nel qual caso la Società sarà tenuta al rispetto degli accordi contrattuali.

Alla scadenza del **30.06.2022** la polizza si intenderà **cessata senza obbligo di preventiva disdetta**.

E' facoltà del Contraente, entro i **30 (trenta) giorni antecedenti** la scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di **180 (centottanta) giorni** (Legge 18/04/2005 n. 62 art. 23).

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 30 (trenta) giorni dall'inizio della proroga.

In tal caso la regolazione del premio avverrà, con le modalità di seguito previste, successivamente al termine del periodo di proroga.

E' inoltre facoltà del Contraente richiedere, entro i 90 (novanta) giorni antecedenti la scadenza, il rinnovo dell'assicurazione ai sensi di Legge.

ART. 1.3 - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio alla decorrenza venga versato entro i 30 giorni successivi al medesimo altrimenti ha effetto dalle ore 24,00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio successivi. l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento. fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C. Il premio è sempre determinato per il periodo di assicurazione di un anno, salvo il caso di durata inferiore del contratto, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate ed anche nel caso di sospensione delle garanzie, cessazione del rischio e/o annullamento del contratto.

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

ART. 1.4 - COSTITUZIONE DEL PREMIO

Il premio viene calcolato sulla base di quanto segue:

Categorie di rischio	Parametro di regolazione (preventivato)	
A. – Utenti nido, alunni scuole materne statali e comunali, alunni scuole elementari	Numero Complessivo Alunni: 1.729	Euro _____
B. – Amministratori (Sindaco)	Numero Complessivo Amministratori: 1	Euro _____
PREMIO LORDO ANNUO	COMPLESSIVO PREVENTIVATO	Euro _____

Nell'evenienza in cui vi siano delle variazioni in corso d'anno dovute a inclusione di nuove categorie di rischio o al ridimensionamento di capitali, i ratei di premio occasionati da tali modificazioni verranno regolati al termine della annualità assicurativa.

Il premio anticipato viene calcolato, sulla base dei parametri sopra esposti.

Si conviene tra le parti che, le rate anticipate di premio successive alla prima saranno di importo pari al premio regolato per l'annualità immediatamente precedente.

ART. 1.5 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto all'articolo "Costituzione del premio" della presente polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo.

Relativamente alle categorie di rischio corrispondenti ai punti:

- A. di cui all'art. 1.4 "Costituzione del Premio", il parametro di regolazione del premio sarà pari al numero complessivo di Assicurati dichiarato dall'Ente a consuntivo, relativamente al periodo preso in esame.
- B. di cui all'art. 1.4 "Costituzione del Premio", il parametro di regolazione premio sarà pari al numero complessivo di Assicurati dichiarato dall'Ente a consuntivo, relativamente al periodo preso in esame.

Premio anticipato

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla regolazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo.

L'ammontare dell' elemento variabile preso come base per la determinazione del calcolo del nuovo premio di rinnovo non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

Accertamenti e controlli

La Società ha diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti

Omissa regolazione

Qualora il contraente :

ometta di comunicare alla Società i dati definitivi relativi agli elementi variabili contemplati in polizza necessari al calcolo del premio di regolazione

oppure

ometta il pagamento della differenza attiva dovuta alla Società

oppure

dichiari inesatti o incompleti consuntivi degli elementi variabili e la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive

gli eventuali sinistri accaduti nel periodo a cui la regolazione si riferisce verranno indennizzati in proporzione diretta al rapporto tra il premio anticipato in via provvisoria e quello effettivamente dovuto (somma tra il premio anticipato e quello di regolazione). Per detti sinistri la Società ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato più del dovuto.

Qualora ricorra quanto previsto ai precedenti punti la Società ha facoltà di comunicare per raccomandata la risoluzione del contratto, fermo restando il suo diritto di agire giudizialmente per il recupero dei premi non versati.

ART. 1.6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società, di ogni constatato aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C.

Tuttavia, l'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

ART. 1.7 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte.

ART. 1.8 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'evento, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto entro 30 giorni dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente dovranno essere inviati certificati medici sul decorso e sottoporsi, ai richiama, ad esami medici a spese degli Assicuratori in relazione a qualsiasi infortunio o malattia. L'Assicurato o, in caso di morte, il Beneficiario, deve consentire, pertanto, tutte le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dagli Assicuratori, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

La Società si impegna a dare comunicazione al Contraente dell'avvenuta definizione del sinistro o a fornire le eventuali motivazioni del rifiuto di garanzia.

ART. 1.9 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Compagnia ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata.

In ambedue i casi di recesso la Compagnia rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le tasse.

ART. 1.10 - ARBITRATO IRRITUALE

Le parti si obbligano a devolvere ad un Collegio arbitrale qualsiasi controversia che dovesse insorgere circa l'interpretazione del presente contratto. Il Collegio sarà costituito da tre arbitri di cui le parti designeranno i primi due singolarmente ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo, il terzo componente il Collegio arbitrale sarà nominato dal Presidente del Consiglio dell'ordine degli Avvocati del luogo ove si svolgerà l'arbitrato.

Tale luogo è quello della sede legale della Contraente.

Sarà pure compito degli Arbitri determinare l'attribuzione dei loro costi alle Parti in rapporto alle ragioni della vertenza e alle relative determinazioni.

La decisione del Collegio è inappellabile ed obbligatoria per le parti anche se uno degli arbitri si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Gli arbitri sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria.

ART. 1.11 - ARBITRATO MEDICO

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sui criteri di indennizzo previsti all'art. 2.5 delle Condizioni di Garanzia, sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

E data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontra l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno, 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 si rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 1.12 - ONORARI COLLEGIO MEDICO

Si conviene tra le parti che la Società rimborserà all'Assicurato le spese e gli onorari di competenza del medico che l'Assicurato avrà scelto e nominato, nonché la quota parte di spese ed onorari a carico dell'Assicurato a seguito di nomina del terzo medico e ciò sino alla concorrenza del 10% dell'ammontare dell'indennizzo liquidato.

In nessun caso la Società rimborserà per ogni singolo sinistro una somma a tale titolo superiore a Euro 2.500,00.

ART. 1.13 - ASSICURAZIONE DI GRUPPO

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. 1.14 - ASSICURAZIONE NON NOMINATIVA

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione e, in caso di capitali assicurati variabili, per la determinazione delle somme assicurate e/o del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione e/o societari del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.

ART. 1.15 - ESONERO DENUNCIA PREESISTENZE

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

ART. 1.16 - ESONERO DENUNCIA ALTRI CONTRATTI INFORTUNI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare gli eventuali contratti infortuni individuali che il personale assicurato avesse stipulato per conto proprio ed i sinistri dai medesimi sofferti.

ART. 1.17 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 1.18 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa che a norma dell'art.1916 dei C.C. ad essa compete verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 1.19 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi al contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 1.20 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, il Foro dell'Assicurato.

ART. 1.21 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto debbono farsi, per essere valide, con lettere o a mezzo telefax alla Direzione della Società ovvero all'Agenzia e/o Broker a cui è stata assegnata la polizza.

ART. 1.22 - OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

Alla fine di ogni periodo assicurativo annuo l'impresa si impegna a fornire al Contraente i dati afferenti l'andamento del rischio, in particolare il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata, onde consentire al Contraente di disporre, con cognizione, le basi d'asta ed alle imprese offerenti, in ipotesi di gara, di effettuare le proprie offerte su dati tecnici personalizzati.

ART. 1.23 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Nel caso in cui la Compagnia aggiudicataria non assumesse in proprio l'intero rischio, la stessa assumerà il ruolo di Delegataria.

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società:

1. ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal Contratto stesso, esclusa ogni responsabilità solidale;
2. tutte le comunicazioni inerenti al contratto devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Compagnia Coassicuratrice Delegataria;
3. ogni comunicazione s'intende data o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.

A deroga di quanto sopra previsto, la disdetta o il recesso di una delle Compagnie partecipanti al rischio saranno valide soltanto se comunicate all'Assicurato.

ART. 1.24 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Resta inteso che in tutti i casi dubbi, l'interpretazione del contratto sarà quella più favorevole al Contraente/Assicurato, nel rispetto dello spirito in base al quale lo stesso acquisisce il diritto di essere tenuto indenne di quanto sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per danni involontariamente cagionati in relazione alle attività dichiarate nella presente polizza.

ART. 1.25 - VALIDITA ESCLUSIVA DELLE NORME DATILOSCRITTE

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

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

ART. 1.26 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.27 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto a EUROPEAN BROKERS SRL e BPBROKER SRL, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 209/05 e che, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Polizza saranno svolti dal Broker per conto del Contraente.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il versamento verrà effettuato dal Contraente al Broker, che provvederà al versamento alla Società con le modalità previste nella lettera di accordo fra la Società e il Broker stesso.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni generali di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, si intenderà come fatta dall'Assicurato.

Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società, purché non comportante variazioni nelle condizioni di polizza.

ART. 1.28 – TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

- a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.
- c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

- d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

CONDIZIONI DI GARANZIA

ART. 2.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assicura i Gruppi di persone riconducibili alle categorie di rischio sotto evidenziate, nell'ambito di quanto disciplinato ai rispettivi commi del presente articolo:

A.1 – UTENTI NIDO, ALUNNI SCUOLE MATERNE STATALI E COMUNALI, ALUNNI SCUOLE ELEMENTARI

La garanzia copre gli infortuni subiti dagli Assicurati durante tutte le attività scolastiche, parascolastiche, extra scolastiche e interscolastiche, in qualunque orario ed in qualunque giorno, purché tali attività rientrino nel normale programma di studi, o comunque siano state regolarmente deliberate e/o messe in atto dagli organismi competenti in materia, compresi gli eventuali trasferimenti necessari a tali scopi, nonché le refezioni e le ricreazioni.

La garanzia è inoltre prestata per i trasferimenti interni ed esterni connessi alle suddette attività, nonché durante il tragitto per recarsi presso la sede delle attività assicurate ed il relativo ritorno presso la propria dimora od altra destinazione, con qualsiasi mezzo di locomozione e durante il tempo necessario a compiere tale percorso prima e dopo gli orari di inizio e termine delle attività stesse.

L'assicurazione è altresì prestata per le seguenti attività anche se vengono svolte al di fuori delle sedi scolastiche, a condizioni che le stesse siano svolte con l'accompagnamento ed il controllo di personale autorizzato dagli organi preposti:

- durante tutte le ore di lezione che si possono tenere fuori dalle abituali sedi didattiche, comprese quelle di educazione fisica e/o motoria;
- refezione e ricreazione all'esterno degli edifici scolastici;
- attività ginnico-sportive, comprese le settimane bianche e i corsi di balneazione estivi;
- gite ricreative ed educative, stages, passeggiate, visite guidate ed attività didattiche in genere che si possono tenere all'esterno dei locali scolastici;
- visite a cantieri, aziende e laboratori, sempreché tali visite non comprendano esperimenti e prove pratiche;

- tutte le attività ricreative di carattere ginnico-sportivo che si svolgono in occasione di prescuola, doposcuola e interscuola, compresi i Giochi della Gioventù, e relativi allenamenti anche in strutture esterne alla scuola.

La Società garantisce ciascun assicurato relativamente alle garanzie e somme sotto evidenziate:

-	MORTE	€ 100.000,00
-	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00
-	RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 5.000,00
-	DIARIA DA RICOVERO	€ 50,00
-	DIARIA DAY HOSPITAL	€ 25,00
-	DANNO ESTETICO	€ 3.000
-	PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO	€ 1.500,00

B.1 – AMMINISTRATORI DELL'ENTE

La garanzia copre gli infortuni subiti dagli Amministratori durante l'espletamento delle loro funzioni istituzionali e/o di ogni altro incaricato svolto per conto dell'Ente, nulla escluso né eccettuato, salvo quanto disposto all'Art.2.4 'Esclusioni' che segue, relativamente alle seguenti somme assicurate:

•	MORTE	€ 300.000,00
•	INVALIDITA PERMANENTE	€ 400.000,00
•	RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 10.000,00
•	DIARIA RICOVERO OSPEDALIERO	€ 100,00

ART. 2.2 - EQUIPARAZIONE AD INFORTUNIO

Sono, inoltre, equiparati a infortunio:

- l'annegamento e l'asfissia per involontaria aspirazione di gas e vapori;
- gli avvelenamenti provocati da ingestione, contatto o assorbimento di sostanze tossiche o patogene;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali e a punture d'insetti (esclusa la malaria);
- le ustioni provocate da animali o da vegetali il genere (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni garantiti a termini di polizza;
- l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, colpi di sole e calore;
- le ernie traumatiche, le lesioni (fatta eccezione per gli infarti) causate da sforzo muscolare;
- gli effetti della, temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche da scariche elettriche e/o l'improvviso contatto con corrosivi;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio.

ART. 2.3 - ESTENSIONE GARANZIA

Si intendono assicurati gli infortuni derivanti all'Assicurato a causa o in occasione di:

- uso e guida di locomozioni in genere esclusa la guida di aeromobili e di elicotteri;
- aggressione, violenze, tumulti popolari, atti vandalici o terroristici quando anche abbiano movente politico, a condizione che l'Assicurato non ne sia promotore o partecipante attivo;
- partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- stato di malore o incoscienza, (o subiti in stato di malore o incoscienza);
- colpa anche grave dei Contraente, Assicurato, e dei Beneficiari;
- stato di guerra, dichiarata o non che sorprenda l'Assicurato mentre si trovi all'Estero in un Paese che, fino al momento del suo ingresso, risultava essere in pace. Tale estensione di garanzia è operante per una durata massima di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, allusioni frane, vaianghe e slavine;
- partecipazione in qualità di passeggero a viaggi su aeromobili o elicotteri in servizio pubblico di linea regolare o a voli chartered e straordinari effettuati sempre come passeggero su aeromobili esercitati da Società di traffico aereo regolarmente abilitate; la garanzia è operante quand'anche si verificassero eventi delittuosi, comunque motivati, quali ad esempio attentati, atti di pirateria, di sabotaggio e dirottamenti;

In quest'ultima evenienza la garanzia si intende operante anche per il rimpatrio o il trasferimento dal luogo ove l'Assicurato fosse stato dirottato alla destinazione originariamente indicata sul biglietto.

ART. 2.4 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- guida ed uso di aeromobili, ferma restando la garanzia del passeggero inclusa nel precedente paragrafo;
- proprie azioni dolose;
- trasmutazione dei nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche.

ART. 2.5 - DETERMINAZIONE DEL DANNO - CRITERI DI INDENNIZZO

La presente assicurazione prevede l'indennizzo dei seguenti casi:

a) MORTE

Quando l'infortunio provochi la morte dell'Assicurato, verrà liquidato ai beneficiari (che salvo contraria indicazione, si intendono gli eredi legittimi) l'intero capitale garantito per tale evenienza. Qualora a seguito di evento contemplato nel presente contratto, il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato e si presuma che sia avvenuto un decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale predisposto per il caso di morte. La liquidazione potrà avvenire solo dopo che siano trascorsi sei mesi dall'istanza per la dichiarazione di morte presunta, a termini degli artt. 60 e 62 del C.C. Si conviene che, qualora successivamente al pagamento della indennità per morte presunta, l'Assicurato risultasse in vita, la Società avrà diritto alla restituzione dell'indennizzo erogato. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'indennizzo dell'invalidità permanente eventualmente patita, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione che, al più, decorreranno da quel momento.

b) INVALIDITÀ PERMANENTE

Quando l'invalidità sia totale o di grado superiore al 50% (vedasi capoverso successivo) verrà liquidato l'intero massimale previsto per tale caso.

Nell'eventualità in cui l'invalidità permanente sia parziale, la sua dimensione percentuale verrà stabilita mediante accertamenti sanitari e facendo riferimento alla tab. 1 all. al DPR n.1124/65 (*tabella INAIL*) ed ai criteri previsti dall'art.78 del suddetto decreto, con rinuncia da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio relativo alle categorie assicurate B.1, C.1 e D.1 mentre per le categorie assicurate comprese nella categoria A.1, verrà applicata una franchigia relativa del **3%**, che si annullerà al raggiungimento di Invalidità Permanente accertata pari al 15%.

Gli Assicuratori corrispondono l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si verificherebbero in ogni caso 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 miriorati, le percentuali di cui al presente articolo sono diminuite tenendo conto delle situazioni patologiche preesistenti.

Per quanto non espressamente dichiarato nel presente capo si fa riferimento all'art.79 DPR 1124/65.

L'indennizzo liquidabile in caso di invalidità permanente parziale e di grado inferiore al 50% sarà una somma pari alla percentuale di invalidità accertata moltiplicata per il massimale riferito alla categoria della persona assicurata, al netto delle eventuali franchigie.

c) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO (valido esclusivamente per gli Assicurati della categoria A e B)

La Società risponde nei confronti degli Assicurati, delle seguenti spese mediche sostenute a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza:

- durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato;
- per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- per visite mediche specialistiche;
- per acquisto medicinali;
- per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione;
- per analisi ed accertamenti diagnostici, strumentali e di laboratorio compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa;
- per terapie fisiche e riabilitative;
- protesi oculari, esclusi occhiali;
- per cure odontoiatriche e per protesi dentarie a seguito di sinistro indennizzabile a termine di polizza, e rese necessarie non oltre un anno dalla data di accadimento. Tale garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 1.500,00;
- per l'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, reso necessario da un danno oculare che sia conseguenza diretta di infortunio indennizzabile a termini di polizza e rese necessarie non oltre un anno dalla data di accadimento. Tale garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 500,00;
- sostenute dall'Assicurato per il trasporto dal luogo dell'infortunio a un istituto di cura con qualsiasi mezzo. Tale garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 300,00.

d) DIARIA DA RICOVERO (valido esclusivamente per gli Assicurati della categoria A e B)

La Società corrisponde la diaria giornaliera prevista dal contratto, quando sia necessario il ricovero in istituto di cura a totale carico del S.S.N. a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza e fino ad un massimo di 360 giorni.

e) DIARIA DAY HOSPITAL (valido esclusivamente per gli Assicurati della categoria A)

Qualora il ricovero in istituto di cura pubblico venga effettuato in regime di degenza diurna "Day Hospital", l'indennità giornaliera di cui al precedente punto d), verrà corrisposta in ragione del 50% con il massimo di 200 giorni.

f) DANNO ESTETICO (valido esclusivamente per gli Assicurati della categoria A.1)

Se in seguito ad un infortunio compreso a termini di polizza gli Assicurati subiscono deturpazioni di carattere estetico al viso, che non diano luogo a postumi di invalidità, la Società rimborserà le spese sostenute per cure

ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico, nonché per eventuali interventi di chirurgia plastica ed estetica. Tali spese saranno rimborsate semprechè sostenute entro due anni dall'infortunio.

g) PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO (valido esclusivamente per gli Assicurati della categoria A)

In caso di infortunio, compreso a termini di polizza, che comporti l'impossibilità per l'assicurato a frequentare lezioni, per un periodo continuativo non inferiore a tre mesi, la Società riconosce la somma prevista dalla polizza. Tale garanzia è limitata esclusivamente al primo anno scolastico perso.

ART. 2.6 - LIMITE DI ETÀ

Le garanzie di cui al presente contratto non sono estensibili ad assicurati di età superiore a 75 (settantacinque) anni.

ART. 2.7 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, concordato l'indennizzo e ricevuta la necessaria documentazione, gli Assicuratori devono provvedere al pagamento dell'indennizzo. Questi ultimi verranno liquidati in Italia, in Euro.

ART. 2.8 - MANCINISMO

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra.

ART. 2.9 - CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, gli Assicuratori corrispondono ai Beneficiari designati o, in difetto agli eredi dell'Assicurato, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, gli Assicuratori pagheranno agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

ART. 3.0 - ANTICIPO INDENNIZZO

Per invalidità permanente di grado superiore al 10% l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo d'indennizzo.

Tale richiesta deve essere presentata almeno 30 giorni dopo l'inoltro della denuncia di sinistro.

La Società, entro 30 giorni successivi, provvederà all'erogazione di un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari, risulterà al momento indennizzabile.

Non si darà luogo ad erogazione di anticipi quando sussistano giustificati dubbi sull'indennizzabilità del danno.

La presente polizza è stata emessa in 3 esemplari ad un solo effetto il a
Formano parte integrante della polizza n fogli da, lioscritti.

LA COMPAGNIA

IL CONTRAENTE

Il pagamento dell'importo, dovuto alla firma della presente polizza di Euro, è stato effettuato a mani del sottoscritto oggi alle ore in

IL BROKER / ESATTORE