HDI
Assicurazioni

Globale Scuola

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIRISCHI INFORTUNI – PERDITE PECUNIARIE – MALATTIA – RCT – TUTELA LEGALE – ASSISTENZA

Documento aggiornato a Giugno 2012

"La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.
Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza."

Eventuali variazioni delle informazioni non derivanti da innovazioni normative contenute nel "Fascicolo informativo", successive alla conclusione del contratto, potranno essere consultate sul sito internet della Società (www.hdiassicurazioni.it).

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Il contratto è concluso con HDI Assicurazioni S.p.A. (di seguito Società), Società con unico azionista, capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" appartenente al Gruppo Talanx. Sede Legale e Direzione Generale in Italia in Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma, - Tel. +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500 – C.F. e P. IVA 04349061004 – Sito Web: www.hdiassicurazioni.it – E-Mail: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato dell'8/6/1993, n. 19570 (G.U. 14/6/1993) ed iscritta al Registro delle Imprese di Roma al n. 7122/92, alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022, e all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

L'ammontare del patrimonio netto (così come risultante a seguito dell'approvazione del bilancio 2011) è di € 139,44 milioni, di cui per capitale sociale € 96 milioni interamente versato e per riserve patrimoniali € 43,44 milioni.
L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni al 31 dicembre 2011 è pari a 109,2% (l'indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto può essere stipulato solo senza tacito rinnovo.

Avvertenza
La garanzia cessa a tutti gli effetti alla scadenza pattuita senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, del Codice Civile.
Si rinvia all'Art. 1.6 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

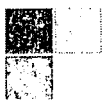
3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le indicazioni riportate sulla presente Nota Informativa si riferiscono a tutte le garanzie offerte dal contratto. Le coperture specifiche operanti e le relative somme assicurate debbono essere individuate nella polizza sottoscritta dal Contraente e dalla Società.

Garanzie Infortuni

Il contratto prevede, in caso di infortunio occorso all'assicurato, le seguenti coperture assicurative:

per tutti gli assicurati:
- corresponsione di un capitale in caso di morte;
- corresponsione di un capitale in caso di invalidità permanente; il capitale sarà commisurato alla percentuale di invalidità accertata;



- rimborso delle spese mediche sostenute, quali ad esempio quelle per il trasporto all'istituto di cura, le rette di degenza, gli onorari medici, la sala operatoria, i materiali di intervento, ecc.;

limitatamente agli alunni assicurati:
- corresponsione di una indennità giornaliera sostitutiva delle spese per ricovero; l'indennità sarà corrisposta:
  - integralmente, per un periodo massimo di 360 giorni, in caso di ricovero;
  - al 50%, per un periodo massimo di 200 giorni, in caso di Day hospital;
- corresponsione di una indennità giornaliera in caso di gessatura; l'indennità sarà corrisposta integralmente, per un periodo massimo di 30 giorni, purché in tale periodo l'assicurato risulti essere stato presente a scuola;
- corresponsione di una indennità forfetaria in caso di infezione da HIV, clinicamente accertabile, in caso di contagio accidentale a seguito di infortunio.

Si rinvia rispettivamente agli Artt. 2.8, 2.9, 2.11, 2.12, 2.13 e 2.14 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

Garanzie Perdite pecuniarie

Il contratto prevede, in caso di infortunio occorso all'assicurato, le seguenti coperture assicurative:

limitatamente agli alunni assicurati:
- rimborso delle spese relative al costo del taxi sostenute da un genitore per raggiungere l'Assicurato infortunato nel luogo di pronto soccorso;
- rimborso delle spese di trasporto relative al percorso casa-scuola e viceversa, in caso di gessatura;
- rimborso delle spese di acquisto del vestiario danneggiato;
- rimborso delle spese di acquisto di lenti e montature, apparecchi ortodontici e protesi acustiche in sostituzione di quelli risultati danneggiati a seguito di infortunio;
- rimborso delle spese di riparazione di carrozzelle o tutori che risultassero danneggiati a seguito di infortunio;
- rimborso delle spese di riparazione o acquisto di strumenti musicali previsti da regolari corsi scolastici, che risultassero danneggiati a seguito di infortunio;
- indennità forfetaria in caso di perdita dell'anno scolastico, limitatamente al primo anno scolastico perso;
- rimborso delle spese per lezioni private di recupero;
- rimborso delle spese di rientro al domicilio a seguito di interruzione di un viaggio o di una visita di istruzione;
- rimborso delle spese per il trasferimento della salma fino al luogo delle esequie e delle relative spese funerarie.

Si rinvia all'Art. 3.2 delle Norme che regolano l'assicurazione Perdite pecuniarie per gli aspetti di dettaglio.

Garanzia Invalidità permanente da malattia

Limitatamente agli alunni assicurati, il contratto prevede la corresponsione di un capitale in caso di invalidità permanente derivante da malattia manifestatasi dopo il novantesimo giorno successivo alla data di decorrenza dell'assicurazione per ciascuno di loro, ma non oltre un anno dalla cessazione del contratto, sempre che, in quest'ultimo caso, le malattie siano insorte durante il periodo di validità della polizza stessa. Il capitale sarà commisurato alla percentuale di invalidità accertata.
Si rinvia all'Art. 4.2 delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità permanente da malattia per gli aspetti di dettaglio.

Garanzia Responsabilità Civile Terzi

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) dei danni involontariamente cagionati a terzi, per:
- morte e lesioni personali;
- distruzione e deterioramento di cose ed animali;

in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione al rischio descritto in polizza per fatto del personale scolastico e degli alunni.
Si rinvia all'Art. 5.2 delle Norme che regolano l'assicurazione Responsabilità civile per gli aspetti di dettaglio.

Garanzie Complementari e aggiuntive

Il contratto prevede alcune Garanzie Complementari, che integrano le norme di carattere generale per quanto attiene la specifica attività assicurata.
Si rinvia agli Artt. 5.3, 5.4, 5.5 e 5.6 delle Norme che regolano l'assicurazione Responsabilità civile per gli aspetti di dettaglio.

Garanzia Tutela Legale

Il contratto assicura la tutela legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale di cui all'Art. 6.1 delle Norme che regolano l'assicurazione Tutela legale.
Riportiamo sinteticamente le coperture assicurative offerte dal contratto, che valgono con le limitazioni, le esclusioni, nell'ambito dell'estensione territoriale e per i soggetti specificati nelle Condizioni di polizza:
- difesa penale per delitti colposi/contravvenzioni;
- richiesta di risarcimento danni a persone e/o cose subiti per fatti illeciti di terzi;
- condizione aggiuntiva D.Lgs.81/2008 e D.Lgs.106/2009 "Tutela della Salute e della Sicurezza nei luoghi di lavoro" e successive modifiche ed integrazioni.

L'indicazione delle garanzie sopra riportate si riferisce a tutte le coperture assicurative offerte dal contratto.

Garanzie Complementari e aggiuntive

Si rinvia agli Artt. 6.1, 6.9 e 6.11 per gli aspetti di dettaglio.

Garanzia Assistenza

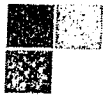
Il contratto prevede, in caso di infortunio o malattia improvvisa occorsi all'assicurato, le seguenti prestazioni di Assistenza:
- consulenza medica telefonica a scuola o in viaggio;
- rientro sanitario in viaggio;
- rientro anticipato in viaggio.

Si rinvia all'Art. 7.1 delle Norme che regolano l'assicurazione di Assistenza per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza (valida per tutte le garanzie)
Riduzione o mancato pagamento dell'indennizzo
Il mancato rispetto dei termini di avviso di sinistro alla Società può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. Si rinvia all'Art. 1.5 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza Infortuni e Malattia
Limitazioni, esclusioni, riduzione o mancato pagamento dell'indennizzo
La polizza prevede specifiche esclusioni e limitazioni.
Si rinvia agli Artt. 2.4 e 2.6 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, e all'Art. 4.3 delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità permanente da malattia, per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza Infortuni e Malattia
Franchigie, scoperti, sottolimiti di somme assicurate, limiti di durata o territoriali
Il contratto può prevedere franchigie, scoperti, sottolimiti di somme assicurate, limiti di durata o territoriali operanti sempre o in determinate situazioni. Si rinvia agli Artt. 2.5, 2.6, 2.7, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13 e 2.19 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, e all'Art. 4.6 delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità permanente da malattia per gli aspetti di dettaglio.
A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riportano di seguito alcune fattispecie.



Esempi Infortuni

Garanzia Invalidità permanente

Capitale assicurato:	€ 100.000,00	
Criteri di indennizzabilità:	0,1% della somma assicurata (con il massimo di € 200,00) per ciascun punto percentuale di invalidità fino al 5% di invalidità accertata 1% della somma assicurata (con il massimo di € 2.000,00) per ciascun punto percentuale di invalidità da oltre il 5% fino al 50% di invalidità accertata Intera somma assicurata in caso di invalidità permanente accertata superiore al 50%	
Percentuale di invalidità residuata:	15%	
Liquidazione dell'indennizzo:	5 x € 100,00 =	€ 500,00
	10 x € 1.000,00 =	€ 10.000,00
	Totale indennizzo	€ 10.500,00

Capitale assicurato:	€ 250.000,00	
Criteri di indennizzabilità:	0,1% della somma assicurata (con il massimo di € 200,00) per ciascun punto percentuale di invalidità fino al 5% di invalidità accertata 1% della somma assicurata (con il massimo di € 2.000,00) per ciascun punto percentuale di invalidità da oltre il 5% fino al 50% di invalidità accertata Intera somma assicurata in caso di invalidità permanente accertata superiore al 50%	
Percentuale di invalidità residuata:	30%	
Liquidazione dell'indennizzo:	5 x € 200,00 =	€ 1.000,00
	25 x € 2.000,00 =	€ 50.000,00
	Totale indennizzo	€ 51.000,00

Garanzia Rimborso spese mediche

Massimale assicurato:	€ 10.000,00
Limite per cure odontoiatriche e odontotecniche per protesi dentarie:	€ 3.000,00
Sottolimite per dente:	€ 600,00
Spese sostenute per una protesi dentaria:	€ 800,00
Totale rimborso:	€ 600,00

Garanzia Indennità giornaliera sostitutiva delle spese per ricovero

Somma assicurata:	€ 50,00 per ciascun giorno di ricovero per il quale non sia richiesto il rimborso di alcuna spesa (eccetto eventuali ticket)
Durata del ricovero:	40 giorni, di cui 20 a totale carico del SSN e 20 per i quali è stato richiesto il rimborso delle spese
Liquidazione dell'indennità:	gg. 40-20 = gg. 20 x € 50,00 = € 1.000,00

Garanzia Indennità giornaliera per gessatura

Somma assicurata:	€ 25,00 per ciascun giorno di presenza a scuola portando la gessatura, esclusi quelli di applicazione e rimozione, per massimo 30 giorni per evento
Durata della gessatura:	40 giorni, di cui 15 assente da scuola e 25 presente
Liquidazione dell'indennità:	gg. 40 - 15 = 25 x € 25,00 = € 625,00

Esempio Perdite pecuniarie

Garanzia Perdita anno scolastico

Somma forfetaria assicurata:	€ 500,00
Periodo di accadimento dell'infortunio ai fini del diritto all'indennizzo:	ultimi 3 mesi dell'anno scolastico
Data di accadimento:	gennaio = nessun indennizzo maggio = € 500,00

Esempio Invalidità permanente da malattia

Capitale assicurato:	€ 100.000,00
Criteri di indennizzabilità:	nessun indennizzo per invalidità accertata fino al 25% indennizzo pari al 15% della somma assicurata in caso di invalidità permanente accertata da oltre il 25% e fino al 34% indennizzo pari al 30% della somma assicurata in caso di invalidità permanente accertata dal 35% e fino al 44% indennizzo pari al 45% della somma assicurata in caso di invalidità permanente accertata dal 45% e fino al 54% indennizzo pari al 60% della somma assicurata in caso di invalidità permanente accertata dal 55% e fino al 64% indennizzo pari all'80% della somma assicurata in caso di invalidità permanente accertata dal 65% e fino al 74% indennizzo pari al 100% della somma assicurata in caso di invalidità permanente accertata superiore al 74%
Percentuale di invalidità residuata:	50%
Liquidazione dell'indennizzo:	€ 45.000,00

Avvertenza Responsabilità Civile
Clausole di esclusione e limitazione della garanzia assicurativa.
Le coperture assicurative sono prestate fino alla concorrenza dei massimali indicati in polizza o di quelli inferiori previsti nelle singole garanzie e non prevedono franchigie e/o scoperti.
La copertura assicurativa prevede alcune clausole di esclusione o limitazione della garanzia. L'assicuratore può, in questi casi, rifiutare o ridurre la prestazione come, ad esempio, quando il danneggiato è il coniuge, i genitori e i figli dell'assicurato nonché un parente od affine con lui convivente. In tali casi i danneggiati non possono essere considerati terzi.
Si rinvia agli Artt. 5.7, 5.8, 5.9 e 5.14 per gli aspetti di dettaglio.
A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riportano di seguito alcune fattispecie.

Esempio Responsabilità Civile Terzi

Durante una gita scolastica al di fuori del territorio italiano si verifica un sinistro indennizzabile ai sensi di polizza per il quale l'Assicurato viene ritenuto responsabile.
I danni a terzi vengono quantificati in misura pari a € 1.650.000,00.
L'importo indennizzabile per danni al di fuori del territorio italiano ammonta a € 1.550.000,00.
Il danno rimborsabile ammonta a € 1.550.000,00 rimanendo a carico dell'Assicurato l'importo di € 100.000,00.
Si rinvia all'Art. 5.14 per gli aspetti del dettaglio.

Avvertenza Tutela Legale
Le coperture specifiche operanti debbono essere individuate nella polizza sottoscritta dal Contraente nell'ambito del prodotto acquistato.
Il contratto può prevedere delle limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative ovvero condizioni di sospensione delle garanzie che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.
Si rinvia agli Artt. 6.2, 6.3 comma 2 e 6.10 per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza Tutela Legale
Le suddette coperture sono prestate fino alla concorrenza del massimale e secondo le modalità presenti all'interno delle singole garanzie delle Norme che regolano l'assicurazione Tutela legale.
Si rinvia al frontespizio di polizza e agli Artt. 6.1, 6.3 e 6.11 per gli aspetti di dettaglio.

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riportano di seguito alcune fattispecie.

Esempio Tutela Legale

Meccanismo di funzionamento del massimale

Massimale indicato sul frontespizio di polizza per tutte le prestazioni garantite (per sinistro e senza limite annuo):	€ 10.000,00
Spese legali sostenute:	€ 8.000,00
Spese peritali sostenute:	€ 4.000,00
Totale oneri sostenuti:	€ 12.000,00
Importo rimborsabile:	€ 10.000,00

Meccanismo di funzionamento dell'importo determinato per le controversie relative a contestazioni di inosservanza di quanto disposto dal D.Lgs. 81/2008 e D.Lgs. 106/2009, previsto dall'Art. 6.11 delle Norme che regolano l'assicurazione Tutela legale (Condizione complementare - D.Lgs. 81/2008 e D.Lgs. 106/2009 "Tutela della Salute e della Sicurezza nei luoghi di lavoro" e successive modifiche ed integrazioni).

Importo determinato in misura non inferiore a:	€ 250,00
Impugnazione di un provvedimento amministrativo il cui valore sia di:	€ 200,00
La garanzia in questo caso non opera in quanto l'importo determinato è uguale a:	€ 250,00

Avvertenza Assistenza
Limitazioni, esclusioni, riduzione o mancata erogazione delle prestazioni
La polizza prevede specifiche esclusioni e limitazioni.
Si rinvia agli Artt. 7.1 (paragrafi 2 e 3) e 7.2 delle Norme che regolano l'assicurazione Assistenza per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza Assistenza
Limiti territoriali
Il contratto può prevedere limiti territoriali operanti sempre o in determinate situazioni. Si rinvia agli Artt. 7.1 (paragrafo 2) e 7.2 (paragrafo 2, ultimo comma) per gli aspetti di dettaglio.

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riportano di seguito alcune fattispecie.

Esempio Assistenza

Garanzia Rientro sanitario

Evento per cui si chiede la prestazione:	rientro sanitario di assicurato la cui malattia improvvisa non può essere curata sul luogo di accadimento, come da certificazione medica.
Erogazione della prestazione:	predisposizione del mezzo di trasporto idoneo al viaggio di ritorno

Evento per cui si chiede la prestazione:	rientro sanitario a mezzo aereo sanitario di assicurato la cui malattia improvvisa non può essere curata sul luogo di accadimento (situato al di fuori dell'Europa e del Bacino del Mediterraneo), come da certificazione medica.
Erogazione della prestazione:	predisposizione del mezzo di trasporto idoneo al viaggio di ritorno, ***ma non a mezzo di aereo sanitario in quanto sinistro accaduto fuori dall'Europa e dal Bacino del Mediterraneo.***

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Avvertenze
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze del contraente e/o dell'assicurato su circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, si può incorrere nella perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ovvero nella cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si rinvia all'Art. 1.1 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza Tutela Legale
Il contratto non contiene cause di nullità.
Resta salvo quanto previsto dal Codice Civile all'Art. 1895 in tema di nullità del rischio.

5. Aggravamento o diminuzione del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società o al proprio Intermediario di ogni aggravamento o diminuzione del rischio ai sensi degli artt. 1898 e 1897 del Codice Civile. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.
Di seguito si illustra in forma esemplificativa un'ipotesi di circostanza rilevante che determina l'aggravamento del rischio.

Esempio
Al momento della sottoscrizione del contratto il contraente dichiara che gli alunni iscritti all'Istituto ed il personale ATA assicurati sono 150. Successivamente, in vigenza di contratto, a seguito dell'aggregazione con altro istituto, gli alunni iscritti ed il personale ATA risultano essere 300. La mancata comunicazione di questo aggravamento di rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi delle disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.

6. Premio
Il premio deve essere pagato all'atto della stipula della polizza.
La Società o gli intermediari possono ricevere dal contraente, a titolo di pagamento del premio:
a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
b) ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati alla precedente lettera a).

È ammesso il pagamento in denaro contante nei limiti consentiti dalle norme vigenti.
Non è possibile frazionare il pagamento del premio.

7. Rivalse

Avvertenza Responsabilità Civile
L'assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere all'assicuratore la gestione delle vertenze, e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda.
La Società ha diritto di rivalersi sull'assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tale obbligo.
Si rinvia all'Art. 5.11 delle Norme che regolano l'assicurazione Responsabilità Civile per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza Tutela Legale
Il contratto non prevede azioni di rivalsa nei confronti del contraente ma unicamente azioni di recupero degli importi pagati a titolo di garanzia nei soli confronti dei soggetti terzi, ove soccombenti nell'azione giudiziale o comunque tenuti al pagamento, e sino a concorrenza di quanto erogato.
Si rinvia all'Art. 6.7 delle Norme che regolano l'Assicurazione Tutela legale per gli aspetti di dettaglio.

8. Diritto di Recesso

Il recesso può avvenire bilateralmente a seguito di sinistro ai sensi dell'Art. 1.8 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.
Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione.
Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.
Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da malattia, non è prevista la facoltà di recesso da parte della Società.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.
L'eventuale pagamento dei premi venuti a scadenza dopo il sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia delle Parti a valersi della facoltà di recesso.

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

10. Legge applicabile al contratto
Il contratto è assoggettato alla legge italiana. Ai sensi dell'art. 180 del Decreto Legislativo n. 209/2005, le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

11. Regime fiscale
Ai premi Infortuni e Malattia si applica l'aliquota di imposta del 2,5%. Ai premi Perdite pecuniarie e Tutela legale si applica l'aliquota di imposta del 21,25%. Ai premi RCT si applica l'aliquota di imposta del 22,25%. Ai premi Assistenza si applica l'aliquota di imposta del 10,00%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza
Il momento di insorgenza del sinistro è individuato nel momento in cui:
- *in caso di garanzia Infortuni o Perdite pecuniarie, l'assicurato subisce un infortunio;*
- *in caso di garanzia Indennità giornaliera per ricovero o Rimborso spese mediche, l'assicurato è ricoverato nell'istituto di cura;*
- *in caso di garanzia Invalidità permanente da malattia, si manifesta la malattia ovvero nel momento in cui la stessa è stata diagnosticata;*
- *in caso di garanzia Responsabilità Civile, il terzo effettua la richiesta di risarcimento danno purché il fatto sia accaduto durante il periodo di validità dell'assicurazione;*
- *in caso di garanzia Tutela Legale gli eventi sono disciplinati dagli Artt. 6.3 e 6.4 delle Norme che regolano l'assicurazione Tutela legale.*

La denuncia del sinistro deve essere effettuata per iscritto entro il termine, migliorativo rispetto a quanto disposto dall'art. 1913 del Codice Civile, di 15 giorni da quando il contraente o l'assicurato ne hanno avuto conoscenza. L'assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società di effettuare indagini e accertamenti, ivi comprese visite mediche da parte di fiduciari, senza spese a carico dell'assicurato o dei beneficiari stessi.
La denuncia di sinistro deve essere effettuata alla Società con le seguenti modalità:

A mezzo fax al numero verde:	800.60.61.61
A mezzo posta indirizzata a:	HDI Assicurazioni S.p.A. – Area Sinistri Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma
A mezzo posta elettronica, solo per i titolari di posta elettronica certificata (PEC) a:	sinistri@pec.hdia.it
Rivolgendosi alla propria Agenzia	
Per informazioni sui sinistri rivolgersi al numero:	800.23.31.20 oppure alla propria Agenzia

In caso di garanzia Rimborso spese mediche, l'indennizzo viene effettuato a cura ultimata. In caso di garanzia Indennità giornaliera sostitutiva delle spese per ricovero, l'indennizzo viene effettuato a degenza ospedaliera ultimata. In caso di garanzia Indennità giornaliera per gessatura, l'indennizzo viene effettuato ad avvenuta rimozione del gesso. In caso di sieropositività HIV a seguito di contagio accidentale, l'indennizzo viene effettuato al completamento di tutta la procedura prevista dall'Art. 2.14 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni. In caso di garanzia Invalidità permanente da malattia, la percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia.

Avvertenza Tutela Legale

La gestione dei sinistri Tutela Legale è stata affidata dalla Società a:
ARAG Assicurazioni S.p.A. con sede in: Viale delle Nazioni n. 9, Verona - CAP 37135 Tel. 045 – 82.90.411, Fax. 045 - 82.90.449 E-mail: arag@arag.it
L'assicurato deve dare avviso all'assicuratore in caso di sinistro nei termini e modalità previsti ai seguenti articoli delle Norme che regolano l'assicurazione Tutela legale: Art. 6.4 - Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del Legale; Art. 6.5 - Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa.
La denuncia di sinistro deve essere effettuata all'Ufficio di Rappresentanza o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Direzione della Società o direttamente ad ARAG con le seguenti modalità:
- *per i sinistri denunciati ad HDI Assicurazioni S.p.A agli indirizzi nella tabella sopra esposta;*
- *per i sinistri denunciati ad ARAG Assicurazioni Spa:*

a mezzo **fax** al numero:	045 82 90 557
Per l'invio di successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro a mezzo fax:	045 82 90 449
a mezzo **posta indirizzata** a:	ARAG Assicurazioni S.p.A. Viale delle Nazioni, 9 37135 Verona (VR)

Avvertenza Assistenza

La gestione dei sinistri Assistenza è stata affidata dalla Società a: Europ Assistance Italia S.p.A.
La denuncia di sinistro e la richiesta di prestazioni di Assistenza, devono essere effettuate con le seguenti modalità:
- *per telefono al numero verde:* *800 542002*
- *per telefono al numero:* *+39 02 58286671*
- *a mezzo telegramma indirizzato a:* *Europ Assistance Italia S.p.A. Piazza Trento, 8 – 20135 Milano*

Si rinvia all'Art. 1.5 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, agli Artt. 2.14 e 2.15 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, all'Art. 4.4 delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità permanente da malattia, all'Art. 5.10 delle Norme che regolano l'assicurazione Responsabilità Civile e all'Art. 6.4 delle Norme che regolano l'assicurazione Tutela legale per gli aspetti di dettaglio.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a HDI Assicurazioni S.p.A. – Reclami – Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma, telefax 06 4210 3583, e-mail reclami@pec.hdia.it.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla compagnia.
In relazione alle controversie inerenti alla quantificazione dei danni e all'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Contraente.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente[1] chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
Resta sempre salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

14. Controversie – Arbitrato (Infortuni, Invalidità permanente da malattia e Tutela legale)

Il contratto prevede, per le garanzie Infortuni e Invalidità permanente da malattia, la facoltà delle parti di ricorrere all'arbitrato di un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio dei medici.
Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'assicurato.

[1] Il sistema competente è individuabile accedendo al sito *internet*: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm

Si rinvia all'Art. 2.17 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e all'Art. 4.7 delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità permanente da malattia per gli aspetti di dettaglio.

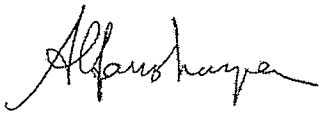
Il contratto prevede, per la garanzia Tutela legale, in caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e la Società o ARAG, la facoltà delle parti di demandare la decisione ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.
Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è nella città più vicina all'assicurato.

Avvertenza
Il ricorso all'arbitrato è facoltativo, in quanto è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

* * *

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

HDI Assicurazioni S.p.A.
Il Legale Rappresentante
Alfonso Scarpa



GLOSSARIO

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

Alunni
Coloro che sono iscritti alla scuola.

Assicurato
Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione ed a cui spettano i diritti da essa derivanti.

Assicurazione
Il contratto di assicurazione e il suo contenuto.

Attività scolastiche
Le attività svolte nell'ambito dell'Istituto Scolastico e da questi organizzate e gestite.

Autorità scolastiche
L'istituto scolastico ed i relativi dirigenti e insegnanti.

Beneficiario
Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, a cui la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.

Contraente
L'Amministrazione scolastica che stipula l'assicurazione e che si assume gli obblighi da essa derivanti.

Cose
Gli oggetti materiali e animali.

Day Hospital
La degenza diurna, anche non continuativa, con assegnazione di posto letto senza pernottamento, in istituto di cura regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, documentata da cartella clinica, da cui risultino i giorni di effettiva degenza, e finalizzata all'erogazione di cure mediche e di trattamenti terapeutici, riabilitativi o chirurgici che per la loro natura e complessità necessitano di continua assistenza medica o infermieristica.

Franchigia
La misura, espressa in percentuale, di invalidità permanente non indennizzabile.

Indennizzo, indennità o rimborso
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio
Il trauma prodotto all'organismo da causa esterna, violenta ed improvvisa o dalle altre cause espressamente previste all'Art. 2.3 – Estensioni di copertura, che provochi all'Assicurato lesioni obiettivamente constatabili.

Invalidità permanente
La perdita totale o parziale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

Istituto di cura
La struttura sanitaria pubblica o la casa di cura privata regolarmente autorizzata all'erogazione di prestazioni sanitarie e al ricovero dei malati ai sensi delle leggi e/o altre norme emanate dallo Stato in cui ha sede la struttura stessa.
Non si considerano "istituti di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, le case di riposo e le case di cura aventi finalità estetiche, di benessere o dietologiche, nonché le residenze sanitarie assistenziali.

Liquidazione del danno, dell'indennizzo, dell'indennità
Conclusione delle operazioni di stima e conteggio della somma dovuta a titolo di indennizzo o risarcimento, che diviene in tal modo esigibile dall'avente diritto.

Parti
Il Contraente e/o l'Assicurato e la Società.

Personale docente
Insegnanti in servizio presso l'Istituto Scolastico.

Personale non docente – A.T.A.
Personale di mensa, personale ausiliario ed altro personale con incarichi diversi dall'insegnamento in servizio presso l'Istituto Scolastico.

Piano dell'Offerta Formativa (P.O.F.)
La carta d'identità della scuola, in cui vengono illustrate le linee distintive dell'Istituto, l'ispirazione culturale-pedagogica che lo muove, la progettazione curricolare, extracurricolare, didattica e organizzativa delle sue attività.

Polizza
Il documento che prova l'assicurazione.

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

Prestazioni
Nell'ambito della garanzia Assistenza, le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

Recesso
Lo scioglimento del vincolo contrattuale.

Ricovero
La degenza comportante pernottamento in istituto di cura.

Rischio
La possibilità del verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione

Scuola
Le sedi scolastiche (comprese le sedi distaccate, succursali, aggregate, plessi, ecc.) che dipendano dalla sede amministrativa o didattica contraente, oppure le strutture esterne, purché le attività che vi si svolgono rientrino nel Piano dell'Offerta Formativa (P.O.F.) e siano state regolarmente deliberate e messe in atto dagli organismi scolastici competenti.

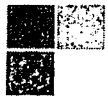
Sinistro
Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società
HDI Assicurazioni S.p.A.

Struttura Organizzativa
È la struttura di Europ Assistance Service (Italia) S.p.A., Piazza Trento 8, 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per conto di quest'ultima, al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione e all'erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della Società stessa.

Territorio italiano
Il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Terrorismo
Qualunque atto, incluso ma non limitato all'uso della forza o della violenza e/o minaccia, perpetrato da parte di qualsiasi persona o gruppo di persone, sia che essi agiscano per sé o per conto altrui, o in riferimento o collegamento a qualsiasi organizzazione o governo, commesso a fini politici, religiosi, ideologici o similari, inclusa l'intenzione di influenzare o rovesciare qualsivoglia governo e/o incutere o provocare uno stato di terrore o paura nella popolazione o parte di essa.



Glossario Tutela Legale

Aggravamento del rischio
Modifica peggiorativa delle condizioni iniziali del rischio con aumento delle probabilità di danno su cui si basa il calcolo del premio.

Ammenda
Pena pecuniaria stabilita per le contravvenzioni, in contrapposizione alla **multa**, pena pecuniaria prevista per i delitti.

Anno
Periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di anno bisestile.

Arbitrato
Istituto con il quale le parti, di comune accordo, rinunciano ad adire l'Autorità giudiziaria ordinaria per la risoluzione di controversie concernenti l'interpretazione o l'esecuzione del contratto.

Caso assicurativo
Sinistro, ovvero il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia - per il quale è prevista l'assicurazione.

Contributo Unificato
Imposta di bollo sugli Atti giudiziari - contributo unificato istituito dall'articolo 9 legge 23 dicembre 1999, n. 488, modificato dal decreto legge 11 marzo 2002, n. 28, convertito dalla legge 10 maggio 2002, n. 91, confluito nel Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di giustizia, approvato con D.P.R. del 30 maggio 2002 n. 115.

Controparte
La parte avversaria in una controversia.

Consulente tecnico d'ufficio (C.T.U.)
Svolge la funzione di Ausiliario del Giudice lavorando per lo stesso in un rapporto strettamente fiduciario. Scopo del Consulente è quello di rispondere in maniera puntuale e precisa ai quesiti che il Giudice formula nell'udienza di conferimento dell'incarico e di relazionarne i risultati nell'elaborato peritale che prende il nome di Consulenza Tecnica d'Ufficio.

Consulente tecnico di parte (C.T.P.)
Libero professionista, al quale una parte in causa conferisce un incarico peritale in quanto ritiene l'incaricato esperto in uno specifico settore. Se un soggetto è coinvolto in una causa pendente o intende intraprenderne una (il caso dell'accertamento tecnico preventivo) incarica una persona di propria fiducia (il consulente di parte appunto) affinché questa affianchi il consulente tecnico nominato dal giudice. Il giudice, infatti, con l'ordinanza di nomina del CTU, assegna alle parti un termine entro il quale possono nominare un loro consulente tecnico.

D.P.R.
Il decreto del Presidente della Repubblica.

Esecuzione forzata
È l'attuazione in via coatta del diritto del creditore. Si distingue in:

- **Espropriazione forzata**, attinente alle obbligazioni pecuniarie e consistente nel pignoramento dei beni del debitore con conseguente loro liquidazione;
- **Esecuzione forzata in forma specifica**, attinente alle obbligazioni di consegnare, di fare e di non fare e consistente nel conseguimento coatto di quanto dedotto in prestazione.

Presupposto processuale dell'esecuzione forzata è il titolo esecutivo, che formalmente legittima il creditore all'esperimento di azione esecutiva. Sono titoli esecutivi le sentenze, le scritture private autenticate (p.e.: cambiali), gli atti ricevuti da notaio o altro pubblico ufficiale.

Extragiudiziale
Nel linguaggio forense, estraneo al giudizio, che avviene fuori del giudizio e non fa parte degli atti giudiziari (accordi raggiunti fuori del tribunale).

Fatto illecito
Inosservanza di una norma di legge posta a tutela della collettività o comportamento che violi un diritto assoluto del singolo. Determina responsabilità ed obbligo al risarcimento. Non è inadempimento, ossia violazione di norme contrattuali.

Genitori
Il padre e la madre e comunque coloro che hanno la patria potestà.

Incidente
Sinistro dovuto a caso fortuito, imperizia, negligenza, inosservanza di norme o regolamenti, connesso con la circolazione stradale.

ISVAP
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo.

Massimale
Somma massima liquidabile dalla Società per ogni caso assicurativo denunciato, limitatamente agli oneri indicati nell'Art. 6.1 – Oggetto dell'Assicurazione.

Mediazione obbligatoria D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010
La mediazione, rispetto ad alcune materie, si pone come condizione di procedibilità per l'avvio del processo. Si tratta dei casi in cui il rapporto tra le parti è destinato, per le più diverse ragioni, a prolungarsi nel tempo, anche oltre la definizione della singola controversia. Ovvero dei casi di rapporti particolarmente conflittuali, rispetto ai quali, anche per la natura della lite, è quindi particolarmente più fertile il terreno della composizione stragiudiziale. La mediazione diviene condizione di procedibilità per le seguenti materie:
- condominio;
- diritti reali;
- divisione;
- successioni ereditarie;
- patti di famiglia;
- locazione;
- comodato;
- affitto di azienda;
- risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti;
- risarcimento del danno derivante da responsabilità medica;
- risarcimento del danno derivante da diffamazione con il mezzo della stampa o altro mezzo di pubblicità;
- contratti assicurativi, bancari e finanziari.

Multa
Vedi: Ammenda.

Notifica
Attraverso la notifica si porta a conoscenza di un soggetto un determinato documento o atto processuale.

Organismo di mediazione
Le procedure di mediazione possono essere gestite solo dagli organismi pubblici e privati iscritti a un apposito Registro presso il Ministero della giustizia. I requisiti e le modalità di iscrizione sono disciplinati in uno specifico decreto ministeriale.

Polizza
Il documento contrattuale che disciplina i rapporti tra Società, Contraente ed Assicurato composto dalle Condizioni di Assicurazione.

Procedimento penale
Inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata alla persona usualmente mediante informazione di garanzia. Questa contiene l'indicazione della norma violata ed il titolo (colposo – doloso - preterintenzionale) del reato ascritto.

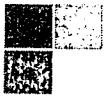
Sanzioni amministrative
La sanzione amministrativa è prevista per la violazione di disposizioni di natura non penale. Da non confondere con le contravvenzioni, che sono reati e quindi violazioni di norme penali.

Spese di giustizia
Spese del processo che in un procedimento penale il condannato deve pagare allo Stato. Nel giudizio civile, invece, le spese della procedura vengono pagate dalle Parti contemporaneamente allo svolgimento degli atti processuali e che a conclusione del giudizio il soccombente può essere condannato a rifondere.

Spese di soccombenza
Spese liquidate dal giudice nel dispositivo della sentenza. Soccombente è la parte le cui pretese giuridiche non sono state riconosciute fondate dal giudice.

Spese legali
Onorari e diritti del patrocinatore ai sensi del tariffario forense.

Spese liquidate
Dal giudice.



Spese peritali
Somme spettanti ai periti nominati dal Giudice (C.T.U. Consulenti Tecnici d'Ufficio) o dalla parte (Consulenti Tecnici di Parte).

Tariffario Forense
Regolamento recante determinazione degli onorari, dei diritti e delle indennità spettanti agli avvocati per le prestazioni giudiziali, in materia civile, amministrativa, tributaria penale e stragiudiziale.

Transazione
Accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono.

Tutela legale
L'assicurazione Tutela legale ai sensi del D.Lgs. 07/09/2005 n. 209 - Artt. 163/4 e 173/4 e correlati.

Unico caso assicurativo
Fatto dannoso e/o controversia che coinvolge più assicurati.

GLOBALE SCUOLA
Condizioni di Assicurazione

Documento aggiornato a Giugno 2012

INDICE

Parte Prima
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE ____ pag. 3

Parte Seconda
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI ____ pag. 4

Parte Terza
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE PERDITE PECUNIARIE ____ pag. 10

Parte Quarta
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA ____ pag. 11

Parte Quinta
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' CIVILE ____ pag. 13

Parte Sesta
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE ____ pag. 16

Parte Settima
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA ____ pag. 20

Parte Ottava
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE ____ pag. 22

PARTE PRIMA
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative 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.

Art. 1.2 – Altre assicurazioni
Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.
Il Contraente è tuttavia esonerato dall'obbligo di denunciare l'eventuale esistenza di altri contratti stipulati in proprio dagli Assicurati.

Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione
I premi devono essere pagati all'Ufficio di Rappresentanza o all'Agenzia a cui è assegnata la polizza oppure alla Società. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Art. 1.4 – Modifiche dell'assicurazione
Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.5 – Obblighi in caso di sinistro (vedere anche Artt. 2.15 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi, 5.10 – Denuncia dei sinistri, 6.4 – Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale)
In caso di sinistro il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto devono darne avviso scritto all'Ufficio di Rappresentanza o all'Agenzia a cui è assegnata la polizza, oppure alla Società, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. Il termine di tre giorni a partire da quello in cui il sinistro si è verificato o il Contraente o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza, previsto dal suddetto art. 1913 del Codice Civile, è elevato a quindici.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 1.6 – Non tacita proroga dell'assicurazione
La presente polizza non verrà tacitamente prorogata alla sua naturale scadenza.

Art. 1.7 – Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.8 – Recesso in caso di sinistro
Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata.
Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.
Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da malattia, non è prevista la facoltà di recesso da parte della Società.
La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.
L'eventuale pagamento dei premi venuti a scadenza dopo il sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia delle Parti a valersi della facoltà di recesso.

Art. 1.9 – Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge. La presente assicurazione è regolata dalla legge italiana.

PARTE SECONDA
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 2.1 – Persone assicurate
La garanzia è prestata per:
- tutti gli alunni iscritti alla Scuola;
- il Capo d'Istituto;
- tutti gli operatori della Scuola (insegnanti con incarico a tempo indeterminato e non, supplenti annuali e temporanei, personale A.T.A. con incarico a tempo indeterminato e non, siano essi dipendenti dello Stato o di Enti Locali);
- gli alunni di altre scuole, anche estere, che siano temporaneamente ospiti dell'Istituto per la realizzazione di progetti locali, nazionali o internazionali di scambi culturali, per la realizzazione di progetti di accoglienza o di orientamento scolastico e/o professionale;
- gli ex alunni che frequentano tirocini formativi e di orientamento;
- gli assistenti, esperti e consulenti non facenti parte dell'organico d'Istituto che, previsti dal Piano dell'Offerta Formativa (P.O.F.) ed autorizzati dal Consiglio d'Istituto, svolgano attività di collaborazione all'interno dell'Istituto;
- i genitori degli alunni (solo quando si trovano all'interno della Scuola);
- i genitori degli alunni quando sono nella veste di accompagnatori durante viaggi di istruzione, visite ed uscite didattiche in genere, comprese quelle finalizzate alle attività sportive di cui al successivo Art. 2.2.

Relativamente al Capo d'Istituto, agli operatori scolastici ed ai genitori degli alunni, sono operanti esclusivamente le garanzie Morte, Invalidità permanente e Rimborso spese mediche di cui agli Artt. 2.8, 2.9 e 2.11.

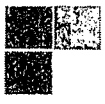
Tutti gli Assicurati sono garantiti indipendentemente dal loro stato psichico, fisico e sensoriale.

Art. 2.2 – Oggetto dell'assicurazione
L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di tutte le attività scolastiche, parascolastiche, extra scolastiche e interscolastiche, purché tali attività rientrino nel Piano dell'Offerta Formativa (P.O.F.) e siano state regolarmente deliberate e messe in atto dagli organismi scolastici competenti o organi autorizzati dagli stessi.
Le garanzie sono estese alle attività di prescuola e doposcuola anche nei casi in cui la vigilanza sia prestata da personale fornito in supporto dagli Enti Locali.
L'assicurazione è pertanto prestata per le seguenti attività, anche qualora le stesse siano svolte al di fuori delle sedi scolastiche:
- frequenza durante tutte le ore di lezione, comprese quelle di educazione fisica (definita "motoria" per le scuole Materne ed Elementari);
- refezione e ricreazione;
- attività ginnico-sportive anche extra programma;
- lezioni pratiche di topografia con uso di strumenti;
- uscite finalizzate all'educazione ambientale, viaggi di integrazione culturale e di preparazione di indirizzo;
- visite guidate, visite a musei ed uscite finalizzate ad attività culturali in genere;
- visite a cantieri, aziende e laboratori, comprensive di esperimenti e prove pratiche dirette;
- tutte le attività ricreative di carattere ginnico-sportivo, che si svolgessero anche in assenza di personale scolastico, purché tali attività risultino da apposita delibera scolastica, anche in occasione di prescuola, doposcuola e interscuola, compresi i Giochi della Gioventù e i Giochi Studenteschi e i relativi allenamenti anche in strutture esterne alla scuola;
- tutte le attività ginnico-sportive anche agonistiche, organizzate nell'ambito del mondo scolastico e deliberate dal Consiglio di Istituto o di Circolo ***con esplicita esclusione di tutte le competizioni organizzate da Federazioni Sportive.***

In caso di infortunio verificatosi durante lo svolgimento di una delle attività all'esterno delle sedi scolastiche, l'assicurazione è operante a condizione che dette attività siano svolte sotto il controllo di personale autorizzato dalle competenti Autorità scolastiche.

L'assicurazione è operante anche in caso di stage e di attività in alternanza scuola/lavoro anche in assenza di personale scolastico.
L'assicurazione è operante anche per gli infortuni conseguenti a scoppio di ordigni esplosivi, abbandonati e rintracciati dagli studenti, verificatisi durante l'espletamento delle attività garantite.

Art. 2.3 – Estensioni di copertura
Sono compresi in garanzia anche:
a) l'asfissia non di origine morbosa;
b) le intossicazioni da cibo avariato somministrato durante la refezione scolastica;
c) l'annegamento;
d) l'assideramento o il congelamento;



e) le lesioni causate da contatto con sostanze corrosive;
f) i colpi di sole o di calore e le folgorazioni;
g) le lesioni determinate da sforzi, *con esclusione degli infarti, delle ernie addominali non traumatiche e delle rotture sottocutanee dei tendini*;
h) le ernie addominali traumatiche, anche bilaterali, che non risultino operabili secondo parere medico, nel qual caso *verrà corrisposta una indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente totale;*
i) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
j) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
k) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, *a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva o volontaria*;
l) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti e di vegetali, *escluse la malaria e le malattie tropicali.*

Art. 2.4 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

1) da abuso di alcolici e psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
2) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
3) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
4) da guerra, alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche (salvo quanto disposto dall'Art. 2.7 – Rischio di guerra all'estero - Eventi naturali catastrofali), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
5) 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.);
6) dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici.

Art. 2.5 – Rischio in itinere

La garanzia è altresì prestata, *limitatamente agli alunni e al personale scolastico*, durante i trasferimenti interni ed esterni connessi allo svolgimento delle attività di cui all'Art. 2.2 – Oggetto dell'assicurazione, nonché durante il tragitto da casa a scuola e viceversa, compresi gli eventuali rientri pomeridiani, con qualsiasi mezzo di locomozione, nonché durante l'espletamento delle attività di servizio, per il tempo necessario a compiere il percorso prima e dopo l'orario di inizio e termine di tutte le attività.
In caso di infortunio occorso all'Assicurato a causa dell'inosservanza delle norme previste dal Codice della Strada per la guida di autoveicoli, motocicli, ciclomotori, quadricicli a motore e biciclette, le somme assicurate si intendono ridotte nella misura del 50%.

Art. 2.6 – Rischio volo

Ferme le Norme che regolano l'assicurazione in generale, l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento o di trasporto pubblico di passeggeri effettuati su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, *esclusi quelli effettuati:*

- *su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;*
- *su aeromobili di aeroclub;*
- *su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo: deltaplani, ultraleggeri, parapendio).*

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.
In caso di incidente aereo che colpisca più Assicurati, la somma dei capitali garantiti, sia con questa polizza sia con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente con la Società, non potrà superare, per tutti gli indennizzi, l'importo di € 5.000.000,00.
Qualora i capitali complessivamente garantiti eccedano l'importo sopra indicato, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 2.7 – Rischio di guerra all'estero - Eventi naturali catastrofali

L'assicurazione, a parziale deroga dell'Art. 2.4 – Esclusioni, punto 4), vale inoltre per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), o da insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero *(esclusi lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino)* in un paese sino ad allora in pace, *con esclusione, comunque, di ogni partecipazione attiva a tali eventi.*

L'assicurazione, a parziale deroga dell'Art. 2.4 – Esclusioni, punto 4), vale inoltre per gli infortuni subiti a seguito di alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche. ***L'indennizzo sarà comunque limitato all'importo complessivo di € 1.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone assicurate infortunate.***

Art. 2.8 – Morte e morte presunta

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, e la stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – ***entro due anni dal giorno dell'infortunio***, la Società corrisponde la somma assicurata 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. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ***ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo***, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.
Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza della dichiarazione di morte presunta (artt. 60, comma 3, e 62 del Codice Civile). In caso di affondamento o naufragio o di caduta di aeromobile, la liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dal sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente autorità la presenza a bordo dell'Assicurato, e quest'ultimo sia stato dato per disperso a seguito del sinistro stesso (artt. 211 e 838 del Codice della Navigazione).
Resta inteso che, se dopo il pagamento dell'indennizzo risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.
A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 2.9 – Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – ***entro due anni dal giorno dell'infortunio.***
Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata.
Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, la Società corrisponde l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento alla tabella delle percentuali di invalidità permanente di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa.
In caso di accertato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. In caso di perdita totale, anatomica o funzionale, di un arto superiore la percentuale di invalidità permanente da liquidare sarà sempre calcolata come se l'arto fosse destro.
Per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.
Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
Il diritto all'indennizzo 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'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 2.10 – Criteri di indennizzabilità della invalidità permanente

A parziale deroga dell'Art. 2.9 – Invalidità permanente, l'indennizzo definitivo sarà liquidato sulla base dei seguenti criteri:

- ***in caso di invalidità permanente accertata pari o inferiore al 5% della totale, l'indennizzo sarà liquidato nella misura dello 0,1% della somma assicurata (con il massimo di € 200,00) per ciascun punto percentuale di invalidità;***

- *in caso di invalidità permanente accertata superiore al 5% e pari o inferiore al 50% della totale, l'indennizzo sarà liquidato nella misura dello 0,1% della somma assicurata (con il massimo di € 200,00) per ciascuno dei primi 5 punti percentuali di invalidità e nella misura dell'1% della somma assicurata (con il massimo di € 2.000,00) per ciascun punto percentuale di invalidità eccedente il 5% e fino al 50%;*
- in caso di invalidità permanente accertata superiore al 50% della totale, l'indennizzo sarà liquidato nella misura del 100%.

Art. 2.11 – Rimborso Spese Mediche da Infortunio

La Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma indicata in polizza (ed entro gli eventuali limiti e sottolimiti previsti per le specifiche garanzie) per ogni sinistro e per anno assicurativo, le spese sostenute dall'Assicurato e rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per:

a) il trasporto dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, al posto di Pronto Soccorso o all'ambulatorio con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo;
b) le rette di degenza;
c) gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
d) i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi;
e) il materiale di cura e i medicinali prescritti dai sanitari;
f) gli accertamenti radiografici e radioscopici (compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa), gli esami e le analisi in genere e i relativi ticket;
g) le notule per cure mediche in genere e per visite specialistiche;
h) i presidi ortopedici, limitatamente alla prima applicazione di: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione degli arti superiori, inferiori e del tronco;
i) gli apparecchi gessati, i bendaggi o le docce di immobilizzazione;
l) le terapie fisiche e le cure termali prescritte dai sanitari *(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)*;
m) l'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, *con esclusione del tipo "usa e getta", solo se reso necessario da danno oculare che sia conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio*;
n) cure odontoiatriche e odontotecniche per protesi dentarie, *limitatamente alla prima protesi*;
o) l'acquisto di apparecchi acustici, *solo se reso necessario da danno all'udito che sia conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio*;
p) l'acquisto o il noleggio di carrozzelle o tutori;
q) 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, in caso di deturpazioni o sfregi di carattere estetico al viso (escluso l'apparato dentario) che non diano luogo a postumi di invalidità.

Il rimborso è effettuato a cura ultimata all'Assicurato, o ai suoi beneficiari in caso di morte, *previa presentazione delle ricevute originali di quanto pagato per i titoli suindicati.*
Sono rimborsabili le spese sostenute entro un anno dalla data dell'infortunio. Con riferimento alle prestazioni di cui alla precedente lettera n), limitatamente agli alunni delle scuole materne ed elementari, e alle prestazioni di cui alla precedente lettera q), il limite suddetto viene elevato a due anni.
Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

Art. 2.12 – Indennità giornaliera sostitutiva delle spese per ricovero

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, ricorra all'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente o Fondo, e non sostenga alcuna spesa (ad eccezione degli eventuali ticket), la Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza:

- in caso di ricovero in istituto di cura, per ogni giorno di ricovero e *per la durata massima di 360 giorni per evento. Il giorno di dimissione non è indennizzabile*;
- in caso di degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno (Day Hospital), per ogni giorno di degenza, *nella misura del 50% e per la durata massima di 200 giorni per evento*;

Qualora l'Assicurato si avvalga solo parzialmente del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente o Fondo, l'indennità di cui ai precedenti alinea sarà corrisposta solo per il periodo in cui egli non ha sostenuto alcuna spesa.

Art. 2.13 – Indennità giornaliera per gessatura

In caso di gessatura (o immobilizzazione con tutori applicabili e rimovibili solo da parte di personale medico o paramedico specializzato), applicata in istituto di cura o ambulatorio, a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza per ogni giorno di gessatura (o immobilizzazione) in cui l'alunno, pur con l'immobilizzazione suddetta, è risultato presente a scuola, e *per la*

durata massima di 30 giorni per evento.
Il giorno di applicazione e quello di rimozione della gessatura o del tutore non sono indennizzabili.

Art. 2.14 – Sieropositività HIV a seguito di contagio accidentale

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato, ***purché non già sieropositivo né affetto da emofilia o tossicodipendenza al momento del sinistro***, a seguito di contagio accidentale avvenuto durante lo svolgimento di tutte le attività previste all'Art. 2.2 – Oggetto dell'assicurazione, contragga un'infezione da HIV clinicamente accertabile, la Società corrisponderà la somma forfetaria indicata in polizza.
A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2.15 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi, l'Assicurato che ritenga di essere stato contagiato accidentalmente deve, ***a pena di decadenza del diritto all'indennizzo:***

- entro 3 giorni da quando si è verificato l'evento, darne avviso alla Società a mezzo telegramma o telefax;
- ***entro 6 giorni da quando si è verificato l'evento denunciato, sottoporsi ad accertamenti clinici presso un Centro specializzato per l'individuazione della presenza del virus HIV;***
- entro i successivi 5 giorni, inviare alla Società, a mezzo lettera raccomandata, una relazione dettagliata dell'evento corredata dalla certificazione inerente ai risultati dei predetti accertamenti.

Nel caso in cui l'Assicurato risulti sieropositivo, la Società non corrisponderà alcun indennizzo. Nel caso in cui l'Assicurato non risulti sieropositivo, egli dovrà sottoporsi, entro i successivi 180 giorni, ad ulteriori accertamenti presso il medesimo Centro specializzato, e inviare alla Società, a mezzo lettera raccomandata, la certificazione inerente ai risultati dei predetti accertamenti.
Non saranno ammesse certificazioni prive delle generalità complete dell'Assicurato.
La Società, ricevuta la documentazione completa inerente al sinistro e verificato il rispetto degli obblighi sopraelencati, nel caso in cui l'Assicurato sia risultato sieropositivo, in occasione della seconda effettuazione degli accertamenti, corrisponderà l'indennizzo dovuto.

Art. 2.15 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi

Fermo quanto previsto dall'Art. 1.5 – Obblighi in caso di sinistro, la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.
L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 2.16 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde 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 sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.
In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 2.9 – Invalidità permanente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 2.17 – Controversie

In caso di:

1. divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei Criteri di indennizzabilità previsti dal precedente Art. 2.16;
2. controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro;
3. disaccordo sulla operabilità di un'ernia addominale traumatica;

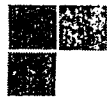
le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le condizioni di polizza ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.
Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente a epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 2.18 – Patologia occulta
Limitatamente agli infortuni verificatisi durante le ore di educazione fisica (definita "motoria" per le scuole Materne ed Elementari), l'assicurazione è operante anche quando la causa determinante sia ascrivibile a stati patologici occulti.

Art. 2.19 – Massimale catastrofale
Nel caso di sinistro che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di € 3.000.000,00 eccezion fatta per quanto previsto nei precedenti Artt. 2.3 – Estensioni di copertura, lettera l) "alluvioni, inondazioni e terremoti", e 2.6 – Rischio volo.

Art. 2.20 – Rinuncia al diritto di surroga
Limitatamente alle garanzie Morte e morte presunta, Invalidità permanente, Indennità giornaliera sostitutiva delle spese per ricovero e Indennità giornaliera per ricovero o gessatura, di cui ai precedenti Artt. 2.8, 2.9, 2.12 e 2.13, la Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 2.21 – Validità territoriale
L'assicurazione vale per il mondo intero.



PARTE TERZA
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE PERDITE PECUNIARIE

Art. 3.1 – Persone assicurate
La garanzia è prestata per:
- tutti gli alunni iscritti alla Scuola;
- gli alunni di altre scuole, anche estere, che siano temporaneamente ospiti dell'Istituto per la realizzazione di progetti locali, nazionali o internazionali di scambi culturali, per la realizzazione di progetti di accoglienza o di orientamento scolastico e/o professionale;
- gli ex alunni che frequentano tirocini formativi e di orientamento.

Art. 3.2 – Oggetto dell'assicurazione
In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che l'alunno assicurato subisca nello svolgimento di tutte le attività previste all'Art. 2.2 – Oggetto dell'assicurazione, sono operanti le seguenti garanzie fino alla concorrenza della somma indicata in polizza, per ogni sinistro:

a) **Primo trasporto genitori**
La Società rimborsa le spese relative al costo del taxi sostenute da un genitore per raggiungere l'Assicurato infortunato nel luogo di pronto soccorso.

b) **Trasporto casa-scuola e viceversa**
La Società rimborsa le spese di trasporto relative al percorso casa-scuola e viceversa, in caso di applicazione di apparecchi gessati o protesi immobilizzanti agli arti inferiori ed al bacino, applicati e rimossi da personale medico o paramedico. ***Saranno rimborsate solo le spese sostenute nei giorni in cui, malgrado l'immobilizzazione suddetta, l'Assicurato sia risultato presente a scuola.***

c) **Danni a vestiario**
La Società rimborsa l'acquisto del vestiario danneggiato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

d) **Danni ad occhiali, protesi dentarie e/o acustiche**
La Società rimborsa le spese di acquisto sostenute per la sostituzione di lenti e montature, apparecchi ortodontici e protesi acustiche risultate danneggiate a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

e) **Danni a carrozzelle e tutori**
La Società rimborsa le spese di riparazione di carrozzelle o tutori che risultassero danneggiati a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

f) **Danni a strumenti musicali**
La Società rimborsa le spese di riparazione o acquisto di strumenti musicali previsti da regolari corsi scolastici, che risultassero danneggiati a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

g) **Perdita anno scolastico per infortunio**
Qualora a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, accaduto negli ultimi 3 mesi dell'anno scolastico, l'alunno assicurato si trovasse nell'impossibilità di concludere l'anno scolastico, e di conseguenza dovesse ripeterlo l'anno successivo, la Società riconosce la somma indicata in polizza a titolo forfetario. L'assicurazione è limitata esclusivamente al primo anno scolastico perso.

h) **Lezioni private**
Nel caso in cui l'alunno assicurato, a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, sia stato costretto a restare assente da scuola per un periodo continuativo di almeno 21 giorni (documentati da certificazione medica ad uso scolastico), e sia ricorso a lezioni private di recupero, la Società rimborsa le spese sostenute, dietro presentazione di apposita documentazione fiscalmente valida.

i) **Rientro anticipato**
Nel caso in cui l'alunno assicurato dovesse interrompere, a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, il viaggio o la visita di istruzione e dovesse rientrare con urgenza al proprio domicilio, la Società rimborsa le spese relative.

j) **Trasporto salma e funerarie**
In caso di decesso, anche all'estero, la Società rimborsa le spese per il trasferimento della salma fino al luogo delle esequie e le relative spese funerarie.

Art. 3.3 – Validità territoriale
L'assicurazione vale per il mondo intero.

PARTE QUARTA
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 4.1 – Persone assicurate
La garanzia è prestata per tutti gli alunni iscritti alla scuola.

Art. 4.2 – Oggetto dell'assicurazione
L'assicurazione vale per le invalidità permanenti conseguenti a malattie manifestatesi dopo il novantesimo giorno successivo alla data di decorrenza dell'assicurazione per ciascun assicurato ma non oltre 365 giorni dopo la sua cessazione, sempre che, in quest'ultimo caso, le malattie siano insorte durante il periodo di validità della polizza stessa.

Art. 4.3 – Esclusioni
Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti conseguenti a malattia:
- *che sia espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza dell'assicurazione;*
- *determinata da abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;*
- *causata direttamente o indirettamente da trasmutazione del nucleo dell'atomo ovvero radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- *causata da guerra o insurrezione;*
- *causata da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche.*

Art. 4.4 – Denuncia dell'invalidità e obblighi relativi
L'Assicurato deve denunciare la malattia entro tre giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata, *e comunque non oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione.*
L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la seguente documentazione, sciogliendo a tal fine qualsiasi medico dal segreto professionale:
a) certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, sul decorso e sulle conseguenze della malattia accertata e sui presidi terapeutici adottati;
b) copia della cartella clinica completa ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
c) certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica con postumi.
Trascorsi sei mesi dalla data del certificato richiamato alla precedente lettera c), deve essere presentato certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia denunciata.

Art. 4.5 – Criteri di indennizzabilità
La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.
Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti, intendendosi per tali le malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organofunzionali diversi.
Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.
Per malattie concorrenti si intendono le malattie o invalidità presenti nel soggetto che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organofunzionale.
Quindi, nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Art. 4.6 – Liquidazione dell'indennizzo
La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia, in base alle percentuali esposte nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della polizza.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella citata tabella, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento alle percentuali dei casi ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
Per gli organi o arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla tabella sopra

citata per la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi o arti.
La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%.
Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente è di grado inferiore al 26% dell'invalidità totale. Se l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 26%, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali di cui alla tabella seguente:

FASCE	Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale di indennizzo sulla somma assicurata
1	*dal 26% al 34%*	*15%*
2	*dal 35% al 44%*	*30%*
3	*dal 45% al 54%*	*45%*
4	*dal 55% al 64%*	*60%*
5	dal 65% al 74%	80%
6	oltre il 74%	100%

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

Art. 4.7 – Controversie
In caso di:

- divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei Criteri di indennizzabilità previsti dal precedente Art. 4.5;
- controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro;

le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le condizioni di polizza ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.
Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente a epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 4.8 – Rinuncia al diritto di surroga
La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'invalidità permanente da malattia.

Art. 4.9 – Validità territoriale
L'assicurazione vale per il mondo intero.

PARTE QUINTA
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
RESPONSABILITÀ CIVILE

Art. 5.1 – Persone assicurate
L'assicurazione vale per la responsabilità civile personale:
- degli alunni iscritti alla scuola;
- del Capo d'Istituto;
- di tutti gli operatori della scuola (insegnanti con incarico a tempo indeterminato e non, supplenti annuali e temporanei, personale A.T.A. con incarico a tempo indeterminato e non, siano essi dipendenti dello Stato o di Enti locali);
- degli ex alunni che frequentano tirocini formativi e di orientamento;
- assistenti, esperti e consulenti non facenti parte dell'organico d'Istituto che, previsti dal Piano dell'Offerta Formativa (P.O.F.) ed autorizzati dal Consiglio d'Istituto, svolgano attività di collaborazione all'interno dell'Istituto;
- dei genitori quando svolgono il ruolo di membri di diritto degli organi collegiali previsti dal D.P.R. n. 416 del 31 maggio 1974, e quando sono nelle vesti di accompagnatori durante viaggi di istruzione, visite ed uscite didattiche in genere;

tutti di seguito definiti Assicurati.
Tutti gli Assicurati sono garantiti indipendentemente dal loro stato psichico, fisico e sensoriale.

Art. 5.2 – Oggetto dell'assicurazione
La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, ***fino alla concorrenza dei massimali convenuti***, delle somme che l'Assicurato stesso sia tenuto a corrispondere quale civilmente responsabile, ai sensi di legge, anche per fatto di persone delle quali debba rispondere, a titolo di risarcimento di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali.
L'assicurazione vale anche per la Responsabilità Civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso delle persone delle quali debba rispondere.
L'assicurazione è prestata per danni conseguenti:
- a tutte le attività scolastiche, parascolastiche, extra scolastiche e interscolastiche, purché tali attività rientrino nel Piano dell'Offerta Formativa (P.O.F.) e siano state regolarmente deliberate e messe in atto dagli organismi scolastici competenti o da organi autorizzati dagli stessi. A titolo esemplificativo si possono indicare, oltre la normale attività di studi: le ore di educazione fisica in palestra, in piscina e su campi sportivi in genere, le attività ginnico-sportive extracurriculari anche agonistiche, i viaggi di istruzione, le uscite finalizzate all'educazione ambientale, nonché ogni permanenza fuori della scuola a scopo didattico e sportivo senza limitazione di orari e anche fuori dal territorio comunale, compresi i pernottamenti e/o soggiorni continuativi anche all'estero, le attività di ricreazione all'interno e all'esterno della scuola, le visite guidate a musei, aziende, laboratori, le attività culturali in genere;
- alle assemblee studentesche non autorizzate, ***purché si svolgano all'interno della scuola***; nonché alle assemblee che abbiano luogo in locali esterni alla scuola ***purché siano osservate le disposizioni della C.M. n. 312, XI Cap. del 27 dicembre 1979 in fatto di vigilanza;***
- al servizio esterno alla scuola svolto da non docenti, ***purché tale servizio venga svolto su preciso ordine di servizio del Capo d'Istituto e/o del Direttore amministrativo;***
- alle lezioni di educazione fisica e per l'attività sportiva in genere, compresi i Giochi della Gioventù e i Giochi Studenteschi, svolta in palestre, piscine e campi sportivi esterni alla scuola ***purché, sia in itinere che sul posto, sia prevista una adeguata sorveglianza;***
- all'uso eventuale di un'aula magna o di un cinema/teatro annesso alla scuola, ***purché non aperto al pubblico a pagamento;***
- al tragitto casa-scuola e viceversa per il tempo necessario a compiere il percorso prima e dopo l'orario delle attività scolastiche, sempre che sia configurabile una responsabilità civile a carico del Contraente;
- ai danni che gli alunni possono arrecare al materiale assegnato alla scuola in comodato da ditte e società diverse da Enti Pubblici;
- agli stage e alle attività di alternanza scuola/lavoro;
- alle attività di prescuola e doposcuola anche nei casi in cui la vigilanza sia prestata da personale fornito in supporto dagli Enti Pubblici o di strutture di volontariato anche non aventi qualifica di docente;
- alla attività di promozione culturale e sociale (direttiva n. 133 del 3/4/96).

Relativamente alle attività esterne la garanzia è operante solo se il Contraente ha predisposto la sorveglianza prevista dalla normativa scolastica.
La garanzia si intende estesa alle attività ludico-sportive o di avviamento alla pratica di uno sport, regolarmente deliberate dagli Organi Collegiali, anche se organizzate e gestite (anche con compiti di vigilanza) da alcuni

genitori e anche in assenza di personale scolastico, in orario pomeridiano o in giornate festive, presso la struttura scolastica o presso centri sportivi esterni ad essa.

Art. 5.3 – Committenza veicoli a motore - Garanzia complementare sempre valida e operante
L'assicurazione comprende la responsabilità civile del Contraente, nella sua qualità di committente, per danni cagionati a terzi dalle persone da lui dipendenti munite di regolare patente di abilitazione, ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile, in relazione alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli e natanti a motore, ***purché tali mezzi non siano di proprietà o in usufrutto del Contraente o allo stesso intestati al P.R.A., ovvero da lui presi o dati in locazione.*** La garanzia vale anche per le lesioni corporali subite dalle persone trasportate. ***Non sono considerati terzi il conducente del veicolo e le persone che si trovino con lo stesso conducente nei rapporti di cui all'Art. 5.5 - Responsabilità fra gli Assicurati salvo in ogni caso il diritto di surrogazione della Società nei confronti dei responsabili.***

Art. 5.4 – Colpa grave e fatti dolosi - Garanzia complementare sempre valida e operante
L'assicurazione è operante anche nei casi di colpa grave di persone delle quali il Contraente debba rispondere nonché per la responsabilità civile che possa derivargli da fatto doloso degli studenti.

Art. 5.5 – Responsabilità fra gli assicurati - Garanzia complementare sempre valida ed operante
Sono compresi nel novero dei terzi gli alunni, il personale direttivo, docente e A.T.A. della scuola, nonché i genitori membri di diritto degli organi collegiali previsti dal D.P.R. n. 416 del 31 maggio 1974. Tutti considerati terzi tra loro ***purché nell'esercizio delle loro funzioni.***

Art. 5.6 – Responsabilità civile verso alunni ed operatori della scuola assicurati all'INAIL - Garanzia complementare sempre valida ed operante
L'assicurazione comprende la Responsabilità Civile derivante al Contraente per gli infortuni ***(escluse le malattie professionali)*** subiti dagli alunni e dagli operatori della scuola, obbligatoriamente assicurati all'INAIL. Pertanto la Società risponde delle somme che il Contraente sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile verso le suddette persone ai sensi del D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965 artt. 10 e 11. Agli effetti di tale garanzia, il Contraente deve denunciare soltanto i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta giudiziaria a norma della legge infortuni. ***Tale denuncia deve essere fatta entro tre giorni da quando ha ricevuto l'avviso per l'inchiesta. In caso di apertura di procedimento penale, o comunque alla ricezione di qualsiasi richiesta di risarcimento in relazione all'infortunio, il Contraente è tenuto ad informare tempestivamente la Società fornendo atti, documenti, notizie e quant'altro riguardi la vertenza e consentendo alla stessa la visione di ogni documento relativo ai fatti interessanti l'assicurazione.***
La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che il Contraente sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge.

Art. 5.7 – Delimitazione dell'assicurazione
Non si considerano terzi:
a) il coniuge, i figli, i genitori dell'Assicurato nonché, se con lui convivente, qualsiasi altro parente o affine;
b) le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con il Contraente, subiscano il danno in conseguenza delle mansioni a cui sono adibite, in quanto operante la copertura di cui all'Art. 5.6;
c) gli appaltatori e i loro dipendenti nonché tutti coloro che, indipendentemente dal loro rapporto con il Contraente, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività a cui si riferisce l'assicurazione.
Si intendono tuttavia compresi nel novero dei terzi eventuali docenti, non dipendenti del Contraente, i quali prendano parte all'attività assicurata.

Art. 5.8 – Esclusioni
L'assicurazione non copre i danni:
a) arrecati da persone non in rapporto di dipendenza con il Contraente e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;
b) da furto e quelli a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
c) derivanti dalla proprietà di fabbricati e dei relativi impianti fissi;
d) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
e) da impiego di veicoli a motore, macchinari o impianti che siano condotti o azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore o che, comunque, non abbia compiuto il sedicesimo anno di età;
f) a cose che il Contraente abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, e a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate e scaricate;
g) di cui il Contraente debba rispondere ai sensi degli Artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile;
h) a mezzi di trasporto sotto carico o scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni,

nonché alle cose sugli stessi trasportati;

i) *derivanti da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi;*
j) *di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti a inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua; alterazioni o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari e in genere di quanto nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;*
k) *derivanti da detenzione e impiego di esplosivi o di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
l) *derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici) ovvero da produzione, detenzione ed uso di sostanze radioattive;*
m) *malattia già manifestatasi o che potrebbe manifestarsi in relazione alla encefalopatia spongiforme bovina (BSE) o a nuove varianti della malattia Creutzfeldt-Jacob (VCJD) e in relazione al virus H5N1 e sue varianti causa principale della influenza aviaria;*
n) *derivanti da presenza, uso, contaminazione, estrapolazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di amianto e/o prodotti contenenti amianto e/o suoi derivati;*
o) *derivanti da campi elettromagnetici e muffe tossiche;*
p) *derivanti da tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione; atti di guerra dichiarata e non;*
q) *direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni;*
r) *causati, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo.*

Art. 5.9 – Pluralità di assicurati

Il massimale previsto per sinistro resta comunque ad ogni effetto unico, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati.

Art. 5.10 – Denuncia dei sinistri

I sinistri devono essere denunciati per iscritto all'Ufficio di Rappresentanza o all'Agenzia presso la quale è stato sottoscritto il contratto, ovvero alla Società, entro il termine di 15 giorni da quando il Contraente ne è venuto a conoscenza.

Art. 5.11 – Gestione delle vertenze di danno - Spese legali

La Società assume *fino a quando ne ha interesse* la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.
Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale le spese vengono ripartite fra la Società e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.
La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 5.12 – Rinuncia al diritto di surroga

La Società rinuncia al diritto di surroga nei confronti degli Assicurati.

Art. 5.13 – Esonero comunicazione altri contratti

Resta inteso e convenuto di comune accordo tra le parti che il Contraente resta esonerato dall'obbligo di denunciare l'eventuale esistenza di altri contratti stipulati in proprio dagli Assicurati.

Art. 5.14 – Estensione territoriale

La garanzia viene estesa al mondo intero, *con il limite di € 1.550.000,00 per danni al di fuori del territorio italiano.*

PARTE SESTA
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
TUTELA LEGALE

Premessa

La gestione dei sinistri Tutela legale è stata dalla Società affidata ad ARAG Assicurazioni S.p.A. - con sede e Direzione Generale in Viale delle Nazioni n. 9 - 37135 Verona, in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.
Principali riferimenti:

- Numero telefono: 045/8290411
- Numero fax per invio denunce di sinistro: 045/8290557
- Numero fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro: 045/8290449

Art. 6.1 – Oggetto dell'assicurazione

La Società, alle condizioni della presente polizza e ***nei limiti del massimale per sinistro indicato in polizza***, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, ***nei casi indicati in polizza***:
Tali oneri sono:

1. le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo ***nel rispetto di quanto previsto dal tariffario nazionale forense (D.M. 8 aprile 2004 e successivi aggiornamenti) anche quando la vertenza deve essere trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione***;
2. le eventuali spese del legale di controparte, ***nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata da ARAG ai sensi dell'Art. 6.6, quarto comma***;
3. le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti ***purché scelti in accordo con ARAG ai sensi dell'Art. 6.6 quinto comma***;
4. le spese processuali nel processo penale (Art. 535 Codice di Procedura Penale);
5. le spese di giustizia.
6. Il Contributo unificato (D.L. 11.03.2002 n. 28), ***se non ripetuto dalla Controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.***

È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'Art. 6.4.

Art. 6.2 – Delimitazioni dell'oggetto dell'assicurazione

L'Assicurato è tenuto a:

- *regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo;*
- *ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.*

La Società non si assume il pagamento di:

- *multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;*
- *spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali (Art. 541 del Codice di Procedura Penale);*
- *spese per controversie con la Società.*

Nell'ipotesi di unico caso assicurativo la garanzia prestata viene ripartita tra tutti i soggetti assicurati coinvolti, a prescindere dal loro numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.
Le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di due esiti negativi.
Non sono oggetto di copertura assicurativa:

- *le indennità a carico dell'Assicurato spettanti all'Organismo di mediazione costituito da un Ente di diritto pubblico oppure da un Organismo privato;*
- *i patti quota lite conclusi tra il Contraente e/o l'Assicurato e il legale che stabiliscano compensi professionali.*

Art. 6.3 – Insorgenza del caso assicurativo

1. Ai fini della presente polizza, per insorgenza del sinistro si intende:
   - per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali: *il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;*
   - per tutte le restanti ipotesi: *il momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.*

   In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del sinistro si fa riferimento alla data della prima violazione.

2. La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano insorti:
   - *durante il periodo di validità della polizza,* se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali, di procedimento penale e di ricorsi od opposizioni alle sanzioni amministrative;
   - trascorsi tre mesi dalla decorrenza della polizza, in tutte le restanti ipotesi.
3. *La garanzia si estende ai casi assicurativi che siano insorti durante il periodo di validità del contratto e che siano stati denunciati alla Società o ad ARAG, nei modi e nei termini dell'Art. 6.4, entro ventiquattro mesi dalla cessazione del contratto stesso.*
4. *Si considerano a tutti gli effetti unico caso assicurativo:*
   - *vertenze, giudiziali e non, promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande scaturenti da fatti collegati e/o tra loro connessi e/o consequenziali, ad un medesimo contesto riferito all'evento coperto in garanzia;*
   - *procedimenti penali a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.*

   In tali ipotesi, la garanzia viene prestata a favore di tutti gli assicurati coinvolti, ma *il relativo massimale resta unico* e viene ripartito tra loro, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.

Art. 6.4 – Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del Legale

L'Assicurato deve immediatamente denunciare alla Società o ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza.
In ogni caso deve fare pervenire alla Società o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro tre giorni dalla data della notifica stessa.
L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale a cui affidare la tutela dei propri interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo alla Società o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.
Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Società o ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, *nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.*
L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Società e/o ARAG.

Art. 6.5 – Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa *è tenuto a:*
- *informare immediatamente la Società o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;*
- *conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.*

Art. 6.6 – Gestione del caso assicurativo

Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.
Ove ciò non riesca, *se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo* e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini dell'Art. 6.4.
La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale *se l'impugnazione presenta possibilità di successo.*
L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG.
L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti *viene concordata con ARAG.*
La Società o ARAG non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti.
In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e la Società o ARAG, la decisione può venire demandata, con *facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.*
Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.
La Società o ARAG avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Art. 6.7 – Recupero di somme

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti e in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale d interessi.
Spettano invece ad ARAG, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

Art. 6.8 – Estensione territoriale

Nell'ipotesi di diritto al risarcimento di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi nonché di procedimento penale l'assicurazione vale per i casi assicurativi che insorgono in Europa o negli stati extraeuropei posti nel Bacino del Mare Mediterraneo sempre che il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori.

Art. 6.9 – Prestazioni garantite e soggetti assicurati

Le garanzie di cui alle seguenti lettere A e B si intendono operanti solo se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza e se risulta corrisposto il relativo premio.

A) Alunni

Le garanzie previste all'Art. 6.1 vengono prestate a tutela dei diritti degli alunni dell'Istituto Contraente e dei loro genitori, per fatti commessi e/o occorsi dagli/agli alunni durante le attività scolastiche e ricreative organizzate dalle autorità scolastiche e durante il percorso che gli alunni compiono dalla propria abitazione alla scuola e viceversa, *entro i limiti di tempo che vanno da un'ora prima dell'inizio delle lezioni ad un'ora dopo la fine delle lezioni medesime.*

Le garanzie valgono per:

- sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento di danni a persona e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi;
- sostenere la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni.

B) Docenti e non docenti

Le garanzie previste all'Art. 6.1 vengono prestate a tutela dei diritti dei docenti e del personale non docente dell'Istituto Contraente, dei genitori membri di organi collegiali e degli accompagnatori per fatti commessi nell'esercizio della professione e durante lo svolgimento degli incarichi conferiti dall'Autorità scolastica *purché attinenti alla qualifica.*

Le garanzie valgono per:

- sostenere la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni.

Art. 6.10 – Esclusioni

Le garanzie non sono valide:

a) per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione o impiego di sostanze radioattive;
b) per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
c) per controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di imbarcazioni o aeromobili;
d) per fatti dolosi delle persone assicurate;
e) per fatti non accidentali relativi a inquinamento dell'ambiente;
f) se il conducente non è abilitato alla guida del veicolo oppure se il veicolo è usato in difformità da immatricolazione, per una destinazione o un uso diversi da quelli indicati sulla carta di circolazione, o non è coperto da regolare assicurazione obbligatoria RCA, salvo che l'Assicurato, occupato alle altrui dipendenze in qualità di autista e alla guida del veicolo in tale veste, dimostri di non essere a conoscenza dell'omissione degli obblighi di cui alla legge 24.12.1969 n. 990 e successive modificazioni;
g) nei casi di violazione degli artt. n. 186 (guida sotto l'influenza dell'alcool), n. 187 (guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti) e n. 189, comma 1 (comportamento in caso d'incidente) del Nuovo Codice della Strada;
h) per fatti derivanti da partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove, salvo che si tratti di gare di pura regolarità indette dall'ACI;
i) per le vertenze fra Contraente e Assicurato/i;
j) per le controversie relative alla compravendita, permuta di immobili e alla loro costruzione ex novo; in quest'ultimo caso restano escluse le controversie relative a contratti di appalto, fornitura e posa in opera di materiali;
k) per vertenze inerenti a contratti di appalto e/o subappalto;
l) per le controversie con la Società e/o ARAG;
m) in materia fiscale e amministrativa.

Art. 6.11 – Condizione complementare sempre valida ed operante - D.Lgs. 81/2008 e D.Lgs. 106/2009 "Tutela della Salute e della Sicurezza nei luoghi di Lavoro" e successive modifiche e integrazioni

Ad integrazione dell'Art. 6.9 si conviene che le garanzie previste all'Art. 6.1 vengono prestate al Contraente in relazione al D.Lgs. 81/2008 e D.Lgs. 106/2009 e successive modifiche e integrazioni.

La presente garanzia opera in deroga all'Art. 6.10, lettera j) per operazioni di costruzione, di trasformazione, ristrutturazione immobiliare per le quali sia necessaria la concessione edilizia e lettera m) limitatamente alla materia amministrativa.

Le garanzie valgono esclusivamente nel caso in cui il Contraente, in relazione all'attività esercitata, rivesta la qualifica di Committente dei lavori ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e D.Lgs. 106/2009 e successive modifiche e integrazioni.

Le garanzie vengono prestate altresì al Contraente, in relazione al D.Lgs. 81/2008 e D.Lgs. 106/2009 e successive modifiche e integrazioni, a tutela dei diritti dei propri:

- *Legali Rappresentanti*
- *Preposti*
- *Responsabili dei Servizi di Prevenzione*
- *Lavoratori dipendenti.*

Le garanzie valgono, nei casi di contestazione d'inosservanza degli obblighi e adempimenti di cui al D.Lgs. 81/2008 e D.Lgs. 106/2009 e delle altre disposizioni normative e/o regolamentari in materia di prevenzione, sicurezza ed igiene sui luoghi di lavoro, per:

- sostenere la difesa nei procedimenti penali per delitti colposi e/o contravvenzioni;
- sostenere la difesa in procedimenti penali per omicidio colposo e/o lesioni personali colpose (artt. 589 - 590 del Codice Penale);
- proporre opposizione e/o impugnazione avverso i provvedimenti amministrativi, le sanzioni amministrative non pecuniarie e le sanzioni amministrative pecuniarie di importo determinato in misura **non inferiore a € 250,00 (duecentocinquanta).**

La Società provvederà, su richiesta dell'Assicurato, alla redazione e presentazione dell'opposizione/ impugnazione. **L'Assicurato deve far pervenire alla Società il provvedimento in originale entro 5 giorni dalla data di notifica dello stesso.**

Ad eccezione dei Legali Rappresentanti, i sopra elencati assicurati **sono garantiti se e in quanto dipendenti del Contraente.**

Ai fini delle garanzie previste dalla presente condizione aggiuntiva, per insorgenza del caso assicurativo si intende:

- **il compimento da parte della competente Autorità del primo atto di accertamento ispettivo o di indagine, amministrativo e/o penale;**
- **il momento in cui l'Assicurato abbia o avrebbe cominciato a violare le norme di legge** – nel caso di procedimento penale per omicidio colposo e/o lesioni personali colpose.

La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano insorti **durante il periodo di validità del presente contratto. La garanzia si estende ai casi assicurativi conseguenti a fatti e/o atti verificatisi durante il periodo di validità del contratto e insorti nel termine di ventiquattro mesi dalla cessazione dei soggetti garantiti dalle funzioni/qualifiche indicate nella presente appendice, o loro dimissioni dall'impresa assicurata. La garanzia opera a parziale deroga dell'Art. 6.3.**

PARTE SETTIMA
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

Art. 7.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è valida in conseguenza diretta ed esclusiva di un infortunio o di una malattia improvvisa per le seguenti prestazioni, previa attivazione della Struttura Organizzativa con le modalità previste all'Art. 7.3:

1) **Consulenza medica telefonica (a scuola e in viaggio)**
Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente, o tramite un insegnante o tramite il medico che l'ha in cura sul posto, con i medici della Struttura Organizzativa, che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2) **Rientro sanitario in viaggio**
Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, le condizioni dell'Assicurato in viaggio, accertate tramite contatti telefonici diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente, quale:
   - aereo sanitario;
   - aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
   - treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
   - autoambulanza (senza limiti di percorso).

   Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa stessa.
   La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.
   Non danno luogo alla prestazione:
   - *le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;*
   - *le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.*

   La prestazione non è altresì dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addivengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

3) **Rientro anticipato in viaggio**
Qualora l'Assicurato in viaggio debba rientrare alla sua residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, in caso di avvenuto decesso in Italia, come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, ***esclusivamente di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora,*** la Struttura Organizzativa provvede a fornire all'Assicurato un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato.
La Società terrà a proprio carico i costi dei biglietti.
La prestazione non è operante se l'Assicurato non può fornire alla Struttura Organizzativa adeguate informazioni sui sinistri che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato. Tali informazioni saranno successivamente, e a richiesta della Struttura Organizzativa, documentate.
L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

Art. 7.2 – Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni di Assistenza

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole prestazioni, valgono inoltre le seguenti condizioni:

1. *L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.*
2. *Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:*

a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
c) dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o il tentato suicidio;
d) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idroscì, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di

temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;

e) *malattie nervose e mentali; malattie già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti) ed insorte anteriormente alla stipulazione della polizza; malattie e infortuni conseguenti o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.*

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

3. *Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.*
4. *Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.*
5. *Il diritto alle assistenze fornite dalla Struttura Organizzativa decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa stessa al verificarsi del sinistro.*
6. *A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del C.C., all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra Impresa di assicurazioni, è fatto obbligo di dare comunque avviso del sinistro ad ogni altra Impresa Assicuratrice e specificatamente alla Società nel termine di tre giorni a pena di decadenza. Nel caso in cui attivasse altra Impresa, le presenti prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'Impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione.*

Art. 7.3 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi

Per usufruire delle prestazioni offerte dal Servizio Assistenza ogni Assicurato, dovunque si trovi e in qualsiasi momento, deve telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

800 54 20 02

oppure al numero di Milano:

+39 02 58 28 66 71

oppure, se non può telefonare, può inviare un telegramma a:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
Piazza Trento, 8
20135 MILANO

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. il tipo di assistenza di cui necessita;
2. nome e cognome;
3. il numero di polizza preceduto dalla sigla HDSQ;
4. l'indirizzo del luogo in cui si trova;
5. il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

PARTE OTTAVA
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Art. 8.1 – Non cumulabilità degli indennizzi
La Società si riserva il diritto di dedurre l'importo dell'indennizzo liquidato a termini della presente polizza dall'eventuale somma dovuta a titolo di risarcimento che la Società stessa debba corrispondere a termini della garanzia Responsabilità civile, a causa di accertata responsabilità civile dei soggetti che hanno determinato l'evento.

Art. 8.2 – Comunicazione generalità assicurati
Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione e per il computo del premio si farà riferimento ai registri della Scuola, registri che questa si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento necessario in suo possesso, alle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Art. 8.3 – Calcolo del premio
Il premio è convenuto in base al numero degli Assicurati dichiarati dal Contraente al momento della stipula del presente contratto, ed è anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto nell'Allegato n. 1 alla polizza.
Il Contraente si impegna a comunicare eventuali inserimenti di Assicurati successivi alla data di effetto della polizza, per le conseguenti integrazioni di premio, che saranno regolate contestualmente all'emissione della relativa appendice.