



LOTTO 4

COMUNE DI ORTONA

POLIZZA INFORTUNI ALUNNI

La presente polizza è stipulata tra

COMUNE DI ORTONA
VIA CAVOUR N°24
66026 ORTONA (CH)
C.F. 00149620692

e

Società assicuratrice

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	30.09.2015
Alle ore 24.00 del :	31.12.2017

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

alle ore 24.00 di ogni	31.12
-------------------------------	--------------

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

- Art.1 Definizioni
- Art.2 Identificazione degli Assicurati

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
- Art.3 Durata del contratto
- Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art.5 Regolazione del premio
- Art.6 Recesso a seguito di sinistro
- Art.7 Modifiche dell'assicurazione
- Art.8 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art.9 Oneri fiscali
- Art.10 Foro competente
- Art.11 Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
- Art.12 Coassicurazione e delega
- Art.13 Clausola Broker
- Art.14 Rinvio alle norme di legge
- Art.15 Tracciabilità dei flussi finanziari

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

- Art.1 Esclusioni
- Art.2 Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

SEZIONE 5 GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

- Art.1 Denuncia del sinistro e relativi obblighi
- Art.2 Criteri di indennizzabilità
- Art.3 Controversie
- Art.4 Liquidazione dell'indennità
- Art.5 Rinuncia all'azione di surroga

SEZIONE 6 PERSONE E SOMME ASSICURATE, GARANZIE PRESTATE E CALCOLO DEL PREMIO

- Art.1 Persone assicurate
- Art.2 Garanzie prestate
- Art.3 Massimo indennizzo per sinistro cumulativo
- Art.4 Calcolo del premio

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE ASSICURATI

Art.1 - Definizioni

Assicurazione :	Il contratto di assicurazione
Polizza :	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente :	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato :	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario :	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società :	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker :	La AON S.p.A. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio :	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio :	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro :	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo :	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia :	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto :	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo :	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio :	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Invalidità permanente :	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea :	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Istituto di cura:	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento

Art.2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per le categorie riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa.

Il Contraente è esonerato dalla denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Il Contraente resta esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o che dovessero in seguito sopravvenire.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente 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 art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C..

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio con effetto immediato rispetto alla comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'art. 1897 C.C.. La Società corrisponderà, al netto dell'imposta, la quota di premio pagata e non consumata, a scelta del Contraente, immediatamente oppure in occasione della scadenza dell'annualità di premio.

La mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio così pure le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione dell'assicurazione o durante il corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto di indennizzo, né riduzione dello stesso sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute senza dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui le circostanze si sono verificate.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

Art.3 - Durata del contratto

Il presente contratto ha effetto dalle ore 24.00 del 30.09.2015 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2017 e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno tre mesi prima della suddetta scadenza.

Fatta eccezione per il rateo relativo al periodo 30.09.2015 – 31.12.2015, il premio verrà corrisposto in rate annuali con scadenza al 31/12 di ogni anno.

Art.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza. Vengono concessi al Contraente **30 giorni di mora** per il pagamento delle rate di premio compresa la prima rata coincidente con la decorrenza dell'assicurazione.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Art.5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art.6 - Recesso a seguito di sinistro

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

In caso di recesso da parte della Società questa rimborserà al Contraente il rateo di premio pagato e non goduto, escluse le imposte.

Art.7 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art.8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte per iscritto, con lettera raccomandata od altro mezzo (telefax o simili), e indirizzate alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art.10 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art.11 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art.12 - Coassicurazione e delega (opzionale)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla AON S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla AON S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

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

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui documenti di assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Art.13 - Clausola Broker

L'Amministrazione Comunale di Silvi dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società AON S.p.A., Via Andrea Ponti n. 8/10, 20143 Milano per il tramite dell'ufficio di Pescara, Via Alessandro Volta, 5 – 65129 Pescara.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente polizza saranno svolti per conto del Contraente dalla società AON S.p.A..

Il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali interruzioni e/o variazioni che potessero intervenire nel rapporto con il Broker incaricato.

Agli effetti dei termini fissati dalle Condizioni di Assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto dell'Assicurato, alla Compagnia, si intenderà come fatta dall'Assicurato. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia.

Art.14 - Rinvio alle norme di legge

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

Art.15 – Tracciabilità dei flussi finanziari

La compagnia assicurativa ed il Broker assumono gli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui alla Legge n 136/2010 con le conseguenze ivi previste.

SEZIONE 3 - RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che possano subire gli Assicurati indicati alla Sezione 6 della presente polizza.

L'assicurazione è operante per infortuni occorsi nei paesi dell'Europa.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, veicoli a motore e natanti, a condizione che il conducente sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni causati da forze della natura, compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- le ernie traumatiche.

Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per i rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Il cumulo delle somme assicurate, con la presente polizza e con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi :

per persona

- € 1.000.000,00= per il caso di morte
- € 1.000.000,00= per il caso di invalidità permanente totale

e complessivamente per aeromobile

- € 5.000.000,00= per il caso di morte
- € 5.000.000,00= per il caso di invalidità permanente totale.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

SEZIONE 4 - ESCLUSIONI

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
3. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni;
4. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
5. in occasione della partecipazione a gare e relative prove che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti;
6. durante la pratica di paracadutismo e sports aerei in genere, pugilato, alpinismo, equitazione, rugby.

Art.2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

SEZIONE 5 - GESTIONE DEI SINISTRI

Art.1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro dieci giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art.2 – Criteri di indennizzabilità

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

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

a) MORTE

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

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

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il

pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

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 corrisponderà agli aventi diritto la somma assicurata non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Qualora dopo il pagamento dell'indennizzo l'Assicurato risulti in vita, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata e relative spese. A restituzione avvenuta l'Assicurato stesso potrà fare valere i propri diritti, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

b) INVALIDITA' PERMANENTE

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

- **la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni, con rinuncia alle franchigie relative stabilite;**
- **qualora l'Invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 10% della totale, verrà liquidato un indennizzo calcolato sul 50% della somma assicurata alla Sezione 6 della presente polizza;**
- **qualora l'Invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 10% della totale, verrà liquidato un indennizzo calcolato sulla somma assicurata alla Sezione 6 della presente polizza;**
- **in caso di Invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 60% della totale, verrà liquidato un indennizzo pari al 100% della somma assicurata alla Sezione 6 della presente polizza.**

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

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

c) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida integralmente l'indennità giornaliera, se prevista.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso di indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

d) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio indennizzabile, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto, le spese sostenute.

Le spese verranno liquidate su presentazione di fatture, notule, ricevute, ecc..

La liquidazione sarà effettuata alla guarigione clinica dell'Assicurato.

Art.3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art.4 – Liquidazione dell'indennità

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

Art.5 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE 6 - PERSONE E SOMME ASSICURATE, GARANZIE PRESTATE, CALCOLO DEL PREMIO

Art.1 – Persone assicurate

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per le garanzie e massimali indicati.

1.1 Bimbi nidi d'Infanzia, alunni scuole materne e/o d'infanzia e alunni scuole primarie

L'assicurazione vale per ogni infortunio che possa occorrere ai bimbi frequentanti i nidi d'infanzia, agli alunni delle scuole d'infanzia e primarie nello svolgimento di tutte le attività scolastiche, comprese le attività del doposcuola e le refezioni, in qualunque orario ed in qualunque giorno, sia nelle sedi scolastiche che al di fuori di esse (ivi comprese gite, settimane bianche, colonie e relativi corsi di balneazione estivi), nonché per il proseguimento di attività negli stessi ambienti scolastici durante il periodo estivo, quali a titolo esemplificativo e non limitativo "campus estivi". Sono inoltre espressamente incluse le visite guidate, le attività fisico-motorie e ginnico-sportive, i trasferimenti, ecc., a condizione che le attività esterne siano svolte con l'accompagnamento ed il controllo di personale autorizzato.

L'Assicurazione è prestata altresì per gli infortuni occorsi ai sopracitati assicurati durante il tragitto casa-scuola e viceversa, sia che avvenga a piedi o con qualunque altro mezzo di locomozione, durante il tempo necessario a compiere tale percorso, prima dell'inizio delle predette attività e dopo la conclusione delle stesse.

Numero preventivato di assicurati	2.038
--	--------------

Art.2 – Garanzie prestate

Garanzie	Somme assicurate
Caso Morte	€ 75.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 150.000,00=
Diaria per ricovero (max 180 gg per sinistro)	€ 60,00= al giorno
Rimborso spese mediche da infortunio	€ 5.500,00=
Lenti e occhiali	€ 300,00=
Spese di trasporto sanitario	€ 1.000,00=
Spese funerarie	€ 1.000,00=

Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera sopraindicata fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

In caso di ricovero in Day Hospital l'importo della diaria assicurata è corrisposto al 50%.

Rimborso spese mediche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile a termini della presente polizza e fino alla concorrenza dell'importo sopraindicato, il rimborso delle seguenti spese:

- assistenza medica ed infermieristica, onorari dell'equipe che effettua l'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (comprese le endoprotesi), rette di degenza;
- accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi;
- spese farmaceutiche;
- cure odontoiatriche e protesi dentarie, con il limite di Euro 500,00= per dente e fino ad un importo complessivo di Euro 1.500,00= per Assicurato.

Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 2.600,00= per evento.

Lenti e occhiali

La Società rimborsa fino a concorrenza dell'importo garantito, le spese sostenute per l'acquisto di lenti o occhiali, compresa la montatura, la cui rottura sia stata determinata da infortunio che abbia provocato lesioni obiettivamente constatabili.

Spese di trasporto sanitario

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di cura e dall'Istituto di cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo di autoambulanza.

Il rimborso avverrà nei limiti del massimale sopraindicato.

Spese funerarie

In caso di decesso dell'assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, la Società rimborsa le spese funerarie sostenute e documentate fino alla concorrenza del massimale contrattualmente stabilito.

Art.3 – Massimo indennizzo per sinistro cumulativo

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati con la presente polizza, l'esborso a carico della Società non potrà superare complessivamente Euro 5.000.000,00 (cinquemilioni).

Qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano detto importo, l'indennizzo per ciascun Assicurato verrà proporzionalmente ridotto.

Art.4 – Calcolo del premio e modalità di regolazione

Il Contraente versa, a titolo di premio minimo anticipato, l'importo derivante dal prodotto del **numero di assicurati** sopraindicato, **pari a n. 2038 unità**, per il **premio lordo pro capite** offerto, pari a €

_____/_____
Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni intervenute nel periodo assicurativo e comunicate dalla Contraente; il pagamento del premio di congruaglio verrà effettuato ai sensi dell'art.5 Sezione 2 della presente polizza.

Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni del numero di assicurati.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ