

Pluriass Scuola

UnipolSai

ASSICURAZIONI

Compagnia n.1 per le coperture assicurative Enti Pubblici

Contratto di assicurazioni

- Infortuni**
- Responsabilità Civile Terzi**
- Assistenza**

a. s. 2015 - 2016

Il presente fascicolo informativo contiene:

Nota informativa, Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa

Nota informativa

• A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

• B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni
4. Periodi di carenza contrattuali
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze dei rischi

Questionario Sanitario

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione
7. Premi
8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate
9. Diritto di recesso
10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto
11. Legislazione applicabile
12. Regime fiscale

• C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo
14. Reclami
15. Mediazione per la conciliazione delle controversie
16. Arbitrato irrituale

• Glossario

Condizioni di Assicurazione

- Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni / R.C.T. / Assistenza
- Condizioni Particolari
- Condizioni Speciali
- Norme per la liquidazione dei sinistri
- Norme che regolano l'Assicurazione in generale
- Norme di legge richiamate in polizza

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione "Infortuni Rischi Speciali" (Regolamento Ivass n. 35 del 26 maggio 2010)

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- la presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;

- il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza. Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono stampate su fondo colorato, in questo modo evidenziate e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link:

http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.

b) Sede Legale: Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (Italia).

c) Recapito telefonico: 051.5077111, telefax: 051.375349, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica: infodanni@unipolsai.it.

d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. del 8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa in base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2013, il patrimonio netto dell'Impresa è

pari ad € 5.076.312.130,36, con capitale sociale pari ad € 1.977.533.765,65 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.765.037.497,82. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 1,52.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si rinvia all'articolo 1.10 "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione" delle "Norme che regolano il contratto in generale.

3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Condizioni di Assicurazione e differenziate in base alle scelte effettuate dal Contraente, sono le seguenti:

a) INFORTUNI: la Società indennizza gli infortuni che provochino la morte dell'Assicurato, una invalidità permanente, e/o una delle altre conseguenze previste dalle Condizioni Speciali Scuole.

b) MALATTIA: la Società indennizza le malattie, manifestatesi successivamente alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, come descritto dalle Condizioni Speciali Scuole.

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli delle sezioni "Norme che regolano il contratto in generale", "Norme che regolano le singole Sezioni – Sezione Infortuni e Sezione Malattia" e "Condizioni Particolari". Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza e relativi allegati, che integrano e/o derogano al contratto.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con massimali/somme assicurate per il dettaglio dei quali si rinvia agli articoli delle sezioni "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri", "Norme che regolano le singole Sezioni – sezione Infortuni e Sezione Malattia" e "Condizioni Particolari". Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza e relativi allegati, che integrano e/o derogano al contratto.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di massimali / somme assicurate mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento su indennizzo per Invalidità Permanente:

> esempio:

somma assicurata Euro . 200.000,00

Nessuna franchigia

Invalidità permanente accertata: 25%

Indennizzo da liquidare:

dal 1° al 3° = 3 x € 400,00 = Euro 1.200,00

dal 4° al 10° = 7 x € 800,00 = Euro 5.600,00

dall'11° al 25° = 15 x € 1.500,00 = Euro 22.500,00

totale Euro 29.300,00

Altro esempio:

Invalidità permanente accertata: 50%

Indennizzo da liquidare: 50% = 100% = Euro 200.000,00

Meccanismo di funzionamento per indennizzo sull'indennità giornaliera da ricovero o day hospital:

> 1° esempio:

due notti di ricovero in assenza di indennizzi superiori a Euro 500,00 =

n. 2 x € 100,00 = totale Euro 200,00

> 2° esempio:

un giorno di day hospital con € 1.200,00 di spese mediche: risarcimento:

Euro 1.200,00 spese

Euro 50,00 day hospital

totale Euro 1.250,00

Meccanismo di funzionamento per indennizzo su garanzia Rimborso Spese Mediche:

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche:

Euro 100.000,00

esempio garanzia spese odontoiatriche

> esempio:

spese fatturate Euro 500,00

spese preventivate per terapia protesica da effettuarsi alla maggiore età : Euro 1.500,00

totale risarcimento: Euro 2.000,00

4. Periodi di carenza contrattuale ANNULLATO

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario Sanitario

Avvertenza: le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'articolo 5.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Norme che regolano il contratto in generale per gli aspetti di dettaglio.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che diminuiscono o aggravano il rischio e delle variazioni nella professione.

Si rinvia agli articoli 1.5 "Aggravamento del rischio" e 1.6 "Diminuzione del rischio" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale".

Di seguito si illustrano in forma esemplificativa alcune ipotesi di circostanze rilevanti che determinano la modifica del rischio.

1° esempio (Aggravamento del rischio)

Al momento della stipula del contratto il Contraente dichiara che gli Assicurati svolgono l'attività professionale di "Addetto al call-center" (riconducibile alla "Prima Classe" di rischio) di una ditta di trasporti. Successivamente, nel corso del contratto, ad alcuni degli Assicurati viene richiesto di svolgere anche la mansione di "Addetti alla guida di autocarri senza carico e scarico della merce" (riconducibile alla "Seconda Classe" di rischio) presso la stessa ditta. Se il Contraente non comunica alla Società questa modifica del rischio, in caso di sinistro che colpisca uno degli Assicurati che ha cambiato la propria occupazione professionale, la Società ridurrà l'indennizzo in proporzione al maggiore premio che avrebbe avuto diritto di esigere se avesse conosciuto tale circostanza.

2° esempio (Diminuzione del rischio)

Al momento della stipula del contratto il Contraente dichiara che gli Assicurati svolgono l'attività professionale di "Autotrasportatori con carico e scarico" (riconducibile alla "Terza Classe" di rischio). Successivamente, nel corso del contratto, uno degli Assicurati decide di interrompere la propria attività e di andare in pensione ("Pensionato" riconducibile alla "Prima Classe" di rischio). In questo caso la Società procederà, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione da parte del Contraente, ad una riduzione del premio in proporzione all'avvenuta diminuzione del rischio.

7. Premi

Vedi Condizioni Speciali Scuole articoli 10 e 11.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il relativo premio, non sono soggetti ad adeguamento automatico.

9. Diritto di recesso

Non è previsto il recesso per sinistro da parte della Società.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto assicurativo si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952, comma 2, del Codice Civile).

11. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) Infortuni: 2,50%;
- b) Malattia: 2,50%;
- c) Infortuni con estensione alla Responsabilità Civile del Contraente: 4,38% (se richiamata ed operante in polizza la clausola 14" - Assicurazione per l'infortunio del quale sia civilmente responsabile il Contraente - delle "Condizioni Particolari" a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza:

• Coperture Infortuni

Ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro è il giorno dell'infortunio. Per quanto concerne le modalità della denuncia si rimanda alle Condizioni Speciali Scuole art. 9.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. Reclami e Assistenza Clienti - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 02 51815353 - Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all'IVASS,

Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sui siti internet della Società www.unipolsai.com - www.unipolsai.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, controversie tra un contraente consumatore di uno Stato membro e un'impresa con sede legale in un altro Stato membro, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo: - all'IVASS, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;

- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), richiedendo l'attivazione della procedura FINNET, rete di cooperazione fra organismi nazionali.

Nel caso in cui il Cliente e la Società concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'IVASS si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

GLOSSARIO

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

Aeromobili: si intendono sia quelli ad ala fissa (monomotori e plurimotori), sia ad ala rotante (monomotori e plurimotori), alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili.

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

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione.

Atto di terrorismo: azione intenzionalmente posta in essere o anche solo minacciata da una o più persone espressione di gruppi organizzati, al fine di intimidire, condizionare o destabilizzare uno Stato, la popolazione o una parte di essa.

Beneficiario: soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

Classe di rischio: insieme delle attività che, ai fini dell'assicurazione dei rischi professionali, presentano lo stesso grado di pericolosità del rischio.

Contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

Convalescenza: il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compreso da un infortunio a termini di polizza.

Corpi speciali: intendendosi per tali i Corpi Militari e/o delle Forze dell'Ordine che tra le loro mansioni prevedono una o più delle seguenti attività:

Paracadutismo -Attività subacquee in genere- Scalata di rocce o di ghiacciai-Pilota o membro dell'equipaggio di aeromobili-Speleologia

Day Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico o riabilitativo che non richiedono in epoca antecedente alla stipula del contratto.

Difetto fisico/malformazione: alterazione - imperfezione/manca di un organo o di un apparato congenito ovvero verificatosi nel corso dello sviluppo fisiologico che sia noto o evidente o diagnosticato in epoca antecedente alla stipula del contratto.

Documentazione sanitaria: gli originali della cartella clinica e/o di tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e dalla documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Ebbrezza alcolica: la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolico superiore a 0,8 grammi/litro.

Fascicolo Informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy.

Franchigia: la parte del danno che è esclusa dall'indennizzo, espressa in percentuali di invalidità permanente o in giorni per le indennità e le inabilità temporanee o in importo per il rimborso spese.

Gare di regolarità pura: manifestazioni, comportanti l'uso di veicoli o di natanti a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica) costituisce il fattore determinante per la classifica.

Immobilizzazione: stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a svolgere le proprie occupazioni a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di cura o da personale medico. Rimangono pertanto esclusi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati. Sono inoltre compresi anche i mezzi di contenzione amovibili - sempreché rigidi, esterni e comunque immobilizzanti - purché prescritti:

- in assenza di Ricovero o di Day hospital, da un Pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero;

- in caso di Ricovero o di Day hospital, nel corso della degenza dai sanitari dell'Istituto di cura oppure, alla dimissione, da un medico specialista ortopedico.

Inabilità temporanea: perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato ad attendere all'attività dichiarata in polizza.

Indennizzo: somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente, una inabilità temporanea e/o una delle altre prestazioni garantite dalla polizza.

Intervento chirurgico: atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente o fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo.

Invalidità permanente: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Invalidità permanente specifica: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato all'esercizio della propria professione dichiarata in polizza.

Istituto di cura: gli ospedali, le cliniche, le case di cura e gli istituti universitari, pubblici o privati regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Per essere considerati tali, gli Istituti di cura devono inoltre essere permanentemente sotto la direzione ed il controllo di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere la loro attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di una documentazione clinica completa comprensiva della scheda di Dimissione Ospedaliera. Agli effetti contrattuali, non sono considerati Istituti di Cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche e di medicina non convenzionale; gli ospedali, le cliniche e le case di cura per convalescenza o per lunga degenza; le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.

• **IVASS:** Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni private e di interesse collettivo.

Lavoro aereo e attività pericolose di volo: intendendosi per tali le attività comunque svolte per: voli di ambulanza con ala fissa - addestramento - passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree, cinefotogrammatiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione, collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - soccorso e salvataggio anche con utilizzo del verricello - eliambulanza - gare acrobatiche - tentativi di primato - trasporto cose al gancio baricentrico - posa materiali - Off-shore - supporto pesca - appontaggio navi - spegnimento incendi.

Lavoro manuale: personale e diretta partecipazione dell'Assicurato alla materiale esecuzione di lavori.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione: deviazione del normale assetto morfologico dell'organismo o (parti) di suoi organi con origine o predisposizione prenatale. Ha origine genetica oppure ambientale come anomalia dello sviluppo embrionale.

Periodo di assicurazione - Annualità assicurativa:

- in caso di polizza di durata inferiore a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della polizza stessa;

- in caso di polizza di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.

Polizza: documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo.

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

Questionario sanitario: il documento che raccoglie le dichiarazioni dell'Assicurato sul suo stato di salute.

Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà, prima di stipulare la polizza. Il questionario sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni, in esso rilasciate, che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.

Retribuzione: tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione e ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

Sci alpinismo: la pratica dello sci con ascensioni ed escursioni in montagna - senza l'utilizzo degli impianti di risalita - caratterizzate da notevole dislivello e discese fuori pista distanti dalle piste battute, escluso quanto previsto dall'attività di sci estremo.

Sci alpino: la pratica dello sci anche con discese fuoripista purché effettuate nelle zone immediatamente adiacenti alle piste battute servite da impianti di risalita.

Sci estremo: la discesa con sci, comunque effettuata, su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.

Scoperto: percentuale applicabile all'ammontare dell'indennizzo che per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Sforzo: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, messi in atto dall'Assicurato - anche volontariamente - che esorbitano per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro

Sinistro: verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Snowboard: attività sportiva che prevede la discesa di una pista innevata su una tavola che viene direzionata piegando le ginocchia e spostando il peso; anche se praticata fuori pista purché effettuata nelle zone immediatamente adiacenti alle piste battute servite da impianti di risalita.

La pratica dello snowboard di divide in:

- Disciplina Hard, intendendosi per tale la discesa effettuata in campo libero, nonché lo slalom praticato nelle varie forme.

- Discipline soft, intendendo per tali:

- Half Pipe: gli atleti si misurano con un "canalone" artificiale eseguendo vari tipi di figure ruotando sia sull'asse verticale che su quello orizzontale.
- Snowboardcross: gli atleti scendono in gruppo su un percorso comune contraddistinto da ostacoli quali salti, gobbe, cunette, curve paraboliche e in alcuni casi da oggetti come piscine.

- Freeriding estremo: gli atleti scendono da pendii con inclinazioni superiori a 55 gradi.

Società: l'Impresa Assicuratrice, UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.A.

Sport ad alto rischio: intendendosi per tali quelli di seguito indicati: alpinismo con scalate di rocce e di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, pugilato, lotta e arti marziali che prevedano combattimenti con contatto fisico, football americano, freediving, discesa di rapide, rafting, sollevamento pesi, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, scialpinismo, sci estremo, discipline soft di snowboard, bob, bob-sleigh (guidosliitta), skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, bungee jumping (salto con l'elastico), kite-surf.

Sport aerei: intendendosi per tali quelli effettuati anche in qualità di pilota con:

- Aeromobili di peso non superiore MTOM (Kg) 2700 sia con ala fissa, sia con ala rotante;

- Alianti, moto aliante, aerostati e dirigibili; - Apparecchi per il volo ULM (ultra leggeri);

- Apparecchi e / o attrezzi per il volo da Diporto Sportivo o Volo Libero (quali a titolo esemplificativo e non limitativo deltaplani, paramotori e parapendii). E' inoltre considerato sport aereo la pratica del paracadutismo.

Sport agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI la cui pratica preveda allenamenti o prove finalizzate alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o manifestazioni sportive, purchè non rientranti nell'ambito di sport professionistici. In tale classificazione di attività sportiva, l'eventuale presenza di remunerazione - in premio o

UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa Ed. 07/2012

UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.A.

L'Amministratore Delegato

(Carlo Cimbrì)

in denaro - è ammessa purchè non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e/o continuativa e comunque da considerarsi del tutto marginale ad altra fonte di reddito principale e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente a titolo di "una tantum" e/o rimborso delle spese sostenute.

Sport del tempo libero: intendendosi per tali quelli aventi finalità prettamente ricreative anche se effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI. L'infortunio sarà considerato come avvenuto nell'ambito della pratica di sport del tempo libero qualora si sia verificato durante gli allenamenti o prove non specificatamente finalizzati alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico.

Sport motonautici: intendendosi per tali quelli praticati con moto d'acqua, idromoto, motoscafi o barche da motore conformi alle regole stabilite dalla UIM (Unione Internazionale Motonautica) o dall'autorità nazionale; escluse comunque le gare di Off-shore.

Sport motoristici: intendendosi per tali quelli praticati con autoveicoli o motoveicoli su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare e/o allenamenti con l'utilizzo dei predetti veicoli. Sono escluse le gare di Sprint Grasstrack nonché quelle effettuate con monoposto, prototipi, dragster e Stock-car.

Sport professionistici: intendendosi per tali quelli svoltisi in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisca fonte di reddito e nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI.

Terremoto: movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene. Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro".

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. 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 alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il Contraente/Assicurato è esonerato dalla denuncia dei sinistri precedenti.

Art. 1.2 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per scritto.

Art.1.3 Decorrenza della garanzia a pagamento del premio: abrogato. Vedi Cond. Spec. Scuole art. 11.

Art. 1.4 Frazionamento del premio: annullato.

Art. 1.5 Aggravamento del rischio (valido per garanzie infortuni)

Il Contraente o l'assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio. La Società può non accettare il rischio aggravato: in tal caso la stessa ne dà comunicazione al Contraente e si riserva la facoltà di recedere dal contratto dal giorno in cui ha avuto conoscenza dell'aggravamento.

In ogni caso gli aggravamenti di rischio non noti alla Società possono comportare perdita totale o parziale del diritto al l'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 1.6 Diminuzione del rischio (valido per garanzie infortuni):

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio, o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.7 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o altro mezzo certo.

Art. 1.8 Recesso in caso di sinistro

Testo sostituito da: la Società rinuncia al diritto di recesso in caso di Sinistro.

Art. 1.9 Altre assicurazioni:

Il Contraente, o l'Assicurato, non ha l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omessa comunicazione di cui sopra, solo se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'indennizzo.

In ogni caso la Società può, tuttavia, recedere dal contratto entro sessanta giorni dalla denuncia con preavviso di giorni trenta.

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o

la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio nei casi di:

- polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;

- garanzie Infortuni/Malattie provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

In caso di sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

Art. 1.10 Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione: testo sostituito
Il presente contratto ha durata non superiore a tre anni e cessa senza tacito rinnovo alla scadenza.

Le Parti hanno facoltà di rescindere il contratto poliennale ad ogni scadenza annuale previa disdetta almeno trenta giorni prima.

Art. 1.11 Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione: annullato

Art. 1.12 Variazione nelle persone assicurate: annullato.

Art. 1.13 Pattuizione della non rinnovabilità della polizza: annullato. Sostituito da Condizioni Speciali Scuole.

Art. 1.14 Oneri Fiscali

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

Art. 1.15 Assicurazioni obbligatorie

La presente assicurazione non è sostitutiva di eventuali assicurazioni obbligatorie per legge ma opera in aggiunta ad esse.

Art. 1.16 Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi delle disposizioni dell'Art. 1891 del Codice Civile

Art. 1.17 Responsabilità del Contraente: annullato.

Art. 1.18 Validità territoriale:

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 1.19 Foro competente:

per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 1.20 Prova

E' a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il diritto a termini di polizza.

Art. 1.21 Rinvio alle norme di Legge:

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

italiana.

2. NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Sostituite o modificate secondo quanto previsto dalle Condizioni Speciali Scuole.

Norme comuni a tutte le Sezioni

Art. 2.1 Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro trenta giorni dall'evento.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

Il Contraente trasmette la documentazione concernente il sinistro.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.

Per quanto altro vedi le Condizioni Speciali Scuole, art. 9.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Norme relative alla Sezioni Infortuni

Art.2.2 Condizioni patologiche preesistenti – criteri di indennizzabilità

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da minorazioni e da condizioni patologiche preesistenti. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali accertate, saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 2.3 Determinazione dell'indennizzo per il rischio professionale: annullato.

Art. 2.4 Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (garanzie prestate) – lettera A), la Società corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente ed in conseguenza dell'infortunio subito l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza e, in applicazione degli Artt. 60 comma 3) e 62 del Codice Civile o dell'Art. 211 del Codice della Navigazione, l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponderà ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Art. 2.5 Determinazione della Invalidità Permanente: testo abrogato. Vedi Condizioni Speciali Scuole.

Art. 2.6 Liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente

L'invalidità permanente accertata, sarà liquidata come stabilito all'art. 3/b delle Condizioni Speciali per le Scuole.

Qualora per lo stesso infortunio, sia presente indennizzo INAIL, tutte le somme previste all'art. 3b) -condizioni speciali- saranno erogate al 50%.

Art. 2.7 Liquidazioni delle ernie traumatiche e da sforzo

Per le ernie determinate da sforzo si conviene quanto segue:

- Qualora l'ernia non risulti – secondo parere medico – operabile, la Società corrisponderà un indennizzo per invalidità permanente in base al grado eventualmente residuo, valutabile - in ogni caso – in misura non superiore al 10% della totale;
- Qualora l'ernia risulti – secondo giudizio medico – operabile e la stessa non abbia residuo una Invalidità Permanente, la Società corrisponderà una indennità giornaliera pari ad 1/1000 della somma assicurata per Invalidità Permanente, con un massimo di Euro 100,00 giornaliero, per una durata pari al periodo di ricovero necessario al relativo intervento chirurgico. Tale Indennità è cumulabile con l'Indennità di solo ricovero e/o convalescenza – purché prevista in polizza.

Restano comunque fermi i criteri di liquidazione di cui all'Art. 2.6

Art. 2.8 Anticipo dell'indennizzo testo abrogato. Vedi Condizioni Speciali Scuole

Art. 2.9 Liquidazione dell'Invalidità temporanea e relative franchigie: annullato

Art. 2.10 Liquidazione del rimborso spese mediche da Infortunio e relative

franchigie: testo sostituito da Condizioni Speciali Scuole art. 3.C

Art. 2.11 Liquidazione della indennità per ricovero a seguito di Infortunio: annullato

Art. 2.12 Rinuncia al diritto di surrogazione:

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all' Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio, fatto salvo per gli infortuni avvenuti in ambito di R.C. Auto

Art. 2.13 Arbitrato irrituale: abrogato.

Art. 2.14 Limite di indennizzo per sinistro collettivo

Sostituito da art. 6 Condizioni Speciali Scuole.

Art. 2.15.Limitazione indennizzo infortuni: nel caso in cui per lo stesso sinistro indennizzabile a termini di polizza infortuni venga richiesto indennizzo anche in ambito di polizza R.C.T. abbinata codice 21087, l'intero importo liquidabile a definizione del sinistro infortuni sarà erogato al 50%.

3. INFORTUNI

Art. 3.1 Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle somme convenute nel contratto nonché alle condizioni che seguono, ed in relazione alle prestazioni di cui all'Art. 3.9 (garanzie prestate) ad alle Condizioni Speciali e Particolari, ad indennizzare i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni inerenti agli eventi garantiti.

Art. 3.2 Eventi garantiti: Infortuni da attività professionale: vedi Condizioni Speciali Scuole.

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi nell'esecuzione di attività come all'art. 2 Condizioni Speciali Scuole.

Art. 3.3, 3.4, 3.5: annullati

Art. 3.6 Parificazione ad infortunio

Sono considerati infortuni:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione involontaria da assorbimento di sostanze;
- c) l' annegamento;
- d) l' assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) la folgorazione;
- g) le affezioni ed avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti con esclusione della malaria e malattie tropicali;
- h) le lesioni muscolari determinate da sforzo, con esclusione dell'infarto;
- i) le ernie traumatiche o da sforzo, con le limitazioni di cui all'Art. 2.7 delle Norme per la liquidazione dei sinistri Infortuni;
- j) la rottura sottocutanea dei tendini, con l'esclusione di quella riguardante la cuffia dei rotatori;
- k) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Art. 3.7 Estensioni

Sono altresì indennizzabili:

- a) gli infortuni cagionati con colpa grave dell'Assicurato, imperizia e negligenza, nonché quelli cagionati da tumulti popolari, sommosse, atti terroristici e violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente;
- b) gli infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, a parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile. Resta convenuto che la presente estensione è operante per i casi di morte e invalidità permanente e che la Società corrisponderà un importo massimo pari al 50% dell'indennizzo dovuto a termini di polizza nei limiti fissati all'art. 6 Condizioni Speciali Scuole;
- c) Servizio militare di leva: abrogato.
- d) gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su aeromobili da chiunque eserciti, esclusi:

- il lavoro aereo e attività pericolose del volo
- i viaggi aerei su aeromobili eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei comunque effettuati, con alianti, motoalianti, aerostati, dirigibili.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne è disceso.

e) gli infortuni derivanti da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare che l'Assicurato subisca fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un massimo di quattordici giorni dall'insorgere di tali eventi, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello Stato estero;

f) danno estetico -vedi Cond. Spec. Scuole, art. 3/f -

g) gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva, comprese le relative prove ed allenamenti, degli sports autorizzati nei piani programmati scolastici nonché quelli avvenuti nei conviti al di fuori delle attività scolastiche, ma a quesiti ultimi si attribuiscono le prestazioni previste per gli stages, come indicato nelle Condizioni Speciali Scuole articolo 4.

Art. 3.8 Rischi esclusi dall'assicurazione

Salvo quanto ammesso dalle Condizioni Speciali Scuole.

L'assicurazione non è operante per:

- a. gli infortuni causati da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, dalla sua partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti violenti in genere;
- b. gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se lo stesso è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c. gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di aeromobili, nonché quelli occorsi in qualità di membro dell'equipaggio;
- d. le conseguenze di interventi chirurgici, di accertamenti e di cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile;
- e. gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare, salvo quanto stabilito all'Art. 3.7 lett.e);
- f. attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- g. le conseguenze derivanti dalla pratica dell'attività sportiva, fatto salvo quanto previsto dalle Condizioni Speciali Scuole art: 2/6.

Ed inoltre l'assicurazione non è operante per i casi:

- j. relativi a conseguenze dirette di malattie, difetto fisico, malformazione, stati patologici insorti, diagnosticati o curati o che hanno causato sintomi anteriormente alla stipulazione del contratto;
- k. infarti
- l. necessari alla correzione o all'eliminazione di difetti fisici congeniti;
- m. riguardanti terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza, nonché l'aborto non terapeutico e le sue eventuali conseguenze;
- n. riguardanti malattie croniche in istituti sanitari di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.) ancorché qualificate come Istituti di cura;
- o. necessari alle cure odontoiatriche e delle paradontopatie, salvo quanto previsto nelle Cond. Speciali Scuole;
- p. riguardanti gli stati patologici correlati all'infezione H.I.V., salvo quanto stabilito dalle Condizioni Speciali Scuole, art. 3/b-2;
- q. riguardanti le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- r. riguardanti le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M dell'8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapie e le cure dimagranti in genere.

Art. 3.9 Garanzie prestate: vedi Condizioni Speciali Scuole

Art. 3.10 Infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive (comprese le relative prove ed allenamenti) Annullato. Vedi Condizioni Speciali Scuole Art. 2/b

4. SEZIONE MALATTIA: abrogato.

5. CONDIZIONI PARTICOLARI

Clausola Buona Fede: l'omissione da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza aggravante il rischio o le inesatte dichiarazioni, purché in buona fede,

non pregiudicano il risarcimento del danno.

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE AL CASO MORTE: raddoppio dell'indennità assicurata in caso di morte da circolazione stradale (cod. 47).

La Società, nel limite di esborso massimo complessivo di Euro 400.000,00 per ogni infortunato, corrisponderà il doppio dell'indennità prevista per il caso di morte per infortuni causati dalla circolazione stradale e subiti dagli Assicurati nella loro qualità di:

- Conducenti, abilitati a norma delle disposizioni in vigore, di qualsiasi mezzo pubblico o privato;
- Trasportati, su mezzi di locomozione pubblici o privati, a condizione che tali mezzi siano abilitati al trasporto di persone;
- Pedoni, limitatamente agli infortuni subiti per effetto della circolazione di veicoli.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse, gare, allenamenti e prove.

Qualora il doppio dell'indennità, comprensivo del capitale base e del raddoppio, superi Euro 400.000,00, la Società non potrà corrispondere in ogni caso, per ogni infortunato, somme superiori a detta cifra.

Resta fermo in ogni caso il limite previsto all'art. 2.14 (limite di indennizzo per sinistro collettivo). La clausola cod. 47 (raddoppio dell'indennità assicurata in caso di morte da circolazione stradale), non è applicabile a quanto già regolato da Condizioni Speciali Scuola, art. 4/a.

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE ALLA INVALIDITA' PERMANENTE

- **TABELLA INAIL:** garanzia facoltativa, operante solo se indicato il cod. 3 nella "Parte B" del contratto. La tabella Ania per la determinazione dell'invalidità permanente si intende sostituita dalla tabella di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.
- **INDENNIZZO INFORTUNI E INDENNIZZO POLIZZA CODICE 21087:** nel caso in cui per lo stesso sinistro indennizzabile a termini di polizza infortuni venga richiesto indennizzo anche in ambito di polizza R.C.T. abbinata codice 21087 l'intero importo liquidabile a definizione del sinistro infortuni sarà erogato al 50%.

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE ALLA INVALIDITA' TEMPORANEA: non previsto

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE AL RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO: sostituito da Condizioni Speciali Scuole.

- **Indennità per immobilizzazione a seguito di infortunio:** Vedi Condizioni Speciali Scuole.
- **Indennità aggiuntiva per grandi ricoveri conseguenti ad infortunio:** Vedi Condizioni Speciali Scuole.

CONDIZIONI SPECIALI

A.1) **Assicurazioni di gruppo:** se il contratto è stipulato per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dallo art. 1891 Codice Civile.

A.2) **Commorienza di coniugi – somma assicurata a favore dei figli minorenni orfani:** vedi Condizioni Speciali Scuole art. 3/b3.

A.3) **Rischio "in itinere":** la garanzia assicurativa, anche se il contratto è stato stipulato esclusivamente per gli infortuni derivanti da attività professionale, vale durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa percorrendo il tratto più breve anche con gli ordinari mezzi di locomozione.

CONDIZIONI SPECIALI SCUOLE

INFORTUNI

Art. n. 1 cond. Spec. Scuole

Oggetto dell'assicurazione

La presente assicurazione Infortuni è prestata a favore degli alunni e/o del Personale in servizio e di ogni Operatore autorizzato dall'Istituzione Scolastica, dei Genitori in quanto membri degli Organi Collegiali o presenti nell'edificio scolastico quali soggetti incaricati dell'espletamento di attività proprie della scuola.

Art. n. 2 cond. Spec. Scuole

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti:

durante le attività esplicitamente programmate, deliberate autorizzate e organizzate dall'Istituzione Scolastica.

A titolo esemplificativo e non esaustivo:

- a. durante le ore di lezione, di ricreazione, di mensa, di recupero, di attività tecnico - scientifica, compresi i laboratori di informatica, fisica, chimica e altri;
- b. durante le lezioni di Educazione Fisica e avviamento alla pratica sportiva, gli allenamenti, le gare dei Giochi della Gioventù, dei Campionati Studenteschi e di ogni attività sportiva deliberata dagli Organi Collegiali, sempre che tali attività siano svolte con la sorveglianza del Personale Scolastico o degli Istruttori propri della disciplina;
- c. durante l'espletamento di tutte le attività ricreative, ginnico-sportive, quelle complementari aventi carattere integrativo e extra curriculare nonché quelle di pre-scuola o dopo-scuola approvate dagli Organi Collegiali e svolte con personale idoneo, anche non scolastico;
- d. durante l'effettuazione delle attività proprie dei Conservatori di musica, delle Accademie d'arte, di danza, di arte drammatica;
- e. in occasione di uscite didattiche, viaggi e visite d'istruzione, anche presso musei, scavi, cantieri, aziende e laboratori, con l'esclusione di esperimenti o prove pratiche dirette non esplicitamente programmati e autorizzati; nonché dei viaggi d'istruzione anche in ambito di interscambi culturali, dei corsi di aggiornamento sia in Italia che all'estero, anche per via aerea o marittima con mezzi in servizio regolare di linea. Tali attività devono sempre prevedere l'autorizzazione dell'Organo Collegiale o del Capo D'Istituto. Gli elenchi dei partecipanti, conservati dalla Scuola, saranno esibiti su richiesta della Compagnia Assicuratrice.
La partecipazione ad attività sportive nei viaggi di istruzione, in particolare gli sports della neve (settimane bianche, etc.), da inquadarsi quale avviamento alla pratica sportiva, deve essere prevista in una programmazione dettagliata, al di fuori della quale – qualora cioè le attività sportive non siano ascrivibili ad attività scolastiche - vi è decadenza della garanzia assicurativa e conseguente perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
L'assicurazione è valida anche in occasione di assemblee studentesche che si svolgono in locali esterni alla scuola, purché si sia ottemperato alle disposizioni di Legge.
Si intendono inefficaci le garanzie assicurative in tutti i casi di occupazione non autorizzata degli edifici pubblici e loro pertinenze. In quest'ultimo caso restano operanti le coperture per il Personale e gli Alunni della Scuola in attività stabilite con approvazione del Capo d'Istituto.
- f. in occasione dei trasferimenti esterni ed interni connessi con lo svolgimento di tutte le suddette attività effettuati con mezzi pubblici o privati, previa autorizzazione dell'Organo Collegiale o del Capo d'Istituto.

Art. n. 3 cond. Spec. Scuole

MASSIMALI GARANTITI

- | | |
|--|--|
| a) Caso Morte | € 260.000,00
Il massimale sarà liquidato per intero in ambito delle attività scolastiche assicurate, ma ridotto del 50% qualora l'evento si verifichi durante gite/viaggi d'istruzione in presenza di responsabilità di terzi. |
| a.1) Spese trasporto e onoranze funebri | € 10.000,00 |
| b) Invalidità Permanente
Compreso I.P. Maggiorata (b-1) | € 350.000,00 |

L'indennizzo per Invalidità Permanente sarà corrisposto in base alla seguente scaletta percentuale, sommando gli importi di ogni singolo punto e scaglione: per ogni punto, dal 1° al 3°: € 400,00; dal 4° al 10°: € 800,00; dal 11° al 30°: € 1.500,00; dal 31° al 49°: € 1.800,00; dal 50° in poi: € 2.500,00.

L'invalidità permanente accertata pari o superiore al 50%, sarà considerata totale (100%), corrispondendo, pertanto, l'intero massimale di **€ 250.000,00**.

b-1) Invalidità Permanente maggiorata:

€ 100.000,00

Qualora un infortunio indennizzabile ai sensi di polizza determini alla persona assicurata, una invalidità permanente di grado non inferiore al 30%, l'Impresa in aggiunta all'indennità liquidabile a termini di polizza per l'invalidità permanente, mette a disposizione dell'Assicurato una ulteriore indennità, pari a un terzo dell'indennizzo per invalidità permanente fino a un massimo di **Euro 50.000,00**. Nel caso si accerti un'invalidità permanente superiore al 75%, il capitale aggiuntivo sarà di **Euro 100.000,00**. Tale somma sarà impiegata per l'accensione di una polizza vita con la Società Assicuratrice con riscatto del capitale da parte del beneficiario al compimento della maggiore età, ma non prima che siano trascorsi tre anni dall'erogazione dell'indennizzo. La presente garanzia è esclusivamente a favore degli alunni.

b-2) Indennità Alunno orfano

L'indennizzo spettante a figli minori orfani di entrambi i genitori verrà calcolato nel caso di invalidità accertata di grado pari o superiore al 30%, al doppio delle somme indicate nel precedente comma b) fino ad un massimo di: **€ 500.000,00**

b-3) Contagio HIV da Infortunio:

€ 250.000,00

La copertura è valida anche nell'eventualità di contagio H.I.V. (sieropositività accertata successivamente al 90° giorno dall'inizio della frequenza scolastica), conseguente a fatto accidentale (infortunio) verificatosi durante le attività scolastiche, che determini postumi invalidanti da accertarsi entro due anni dall'evento.

L'indennizzo correlato alla presente copertura sarà calcolato come da tabella descritta al punto precedente b) e verrà corrisposto solo in caso di esclusione di indennizzo in ambito di polizza R.C.T. abbinata, cod. 21087.

c) Spese mediche da Infortunio

c-1) Limite di indennizzo per le spese mediche documentate (cliniche, chirurgiche, oculistiche, odontoiatriche, farmaceutiche, etc., ticket compresi): € 100.000,00

Cure fisioterapiche nel limite del massimale se prestate durante un ricovero, col limite di Euro 2.000,00 se prestate ambulatorialmente da personale abilitato. Acquisto, noleggio, riparazione di tutori, carrozzelle ortopediche o di altri presidi sanitari, compreso apparecchi e protesi acustiche, odontoiatriche, apparecchi ortodontici con il limite di **Euro 2.000,00** per sinistro, quando trattasi di strumenti già in uso all'infortunato.

Trasporti con ambulanza o altro mezzo sanitariamente attrezzato con il limite di Euro 3.000,00.

Rette di degenza e spese mediche a seguito di intervento chirurgico: qualora l'infortunato non si avvalga o si avvalga parzialmente del S.S.N., le spese sostenute a carico dello stesso, saranno rimborsate al 60% con il massimo di Euro 10.000,00 salvo che non si dimostri l'impossibilità dell'intervento da parte del S.S.N.

Il rimborso spese viene effettuato a cura ultimata, dopo la presentazione delle relative note, distinte e ricevute di pagamento in originale, debitamente quietanzate; è sempre necessaria prescrizione medica.

Sono ammesse a risarcimento le spese sostenute, documentate, non oltre due anni dalla data dell'infortunio.

Gli originali delle ricevute presentati dall'Assicurato, a sua richiesta, vengono restituiti, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo rimborsato.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Altre assicurazioni per spese mediche: nel caso in cui gli Assicurati fruiscano di copertura assicurativa privata per il rimborso delle spese mediche, la garanzia di cui alla presente polizza vale per le spese non rimborsabili dalla predetta Società Assicuratrice.

Estensione:

entro il massimale di c-1) per spese di primo intervento medico a seguito di patologia non infortunistica improvvisa e imprevedibile che necessiti di soccorso immediato; sono rimborsabili le spese sostenute per gli interventi nelle prime 24 ore dalla manifestazione patologica (salvo quanto previsto all'art. 12 a) e c).

c-2) Euro 300,00 per sinistro nel limite di spese mediche per danni a occhiali o lenti portati in base a prescrizione sanitaria e danneggiati a seguito d'infortunio durante le attività scolastiche, con il massimo dell'80% del valore se acquistati oltre sei mesi prima, col massimo del 60% se oltre dodici mesi.

In assenza di attestazione del valore di occhiali o lenti danneggiati, sarà indennizzato al 50% del valore di quelli nuovi, ma con il limite di Euro 200,00.

c-3) rimborso per spese odontoiatriche, senza sottolimiti per dente, su presentazione di documentazione di spesa, oppure, purché dalla certificazione medica si evinca che la cura deve essere procrastinata oltre un anno dall'infortunio a causa dell'età dell'Assicurato, anche su base di preventivo di spesa dell'odontoiatra dell'Assicurato secondo gli attuali prezzi di mercato, limitatamente all'applicazione

di una sola protesi o terapia odontoiatrica.

c-4) Euro 300,00 per danni conseguenti ad infortunio a indumenti durante l'attività scolastica.

c-5) Euro 300,00 per danni conseguenti ad infortunio a biciclette e strumenti musicali durante l'attività scolastica.

c-6) trasporto casa-scuola: fino ad Euro **1.000,00**, con il massimo di Euro 30,00 al giorno, effettuato con qualsiasi mezzo, anche privato, se l'Assicurato è portatore di gesso o apparecchio immobilizzante fisso agli arti inferiori con prognosi di almeno 30 giorni, a seguito di lesione fratturativa.

c-7) trasporto casa – luogo di cura: effettuato dai genitori o, comunque, privatamente: è previsto un rimborso forfettario fino a Euro **500,00**, purché documentato il percorso, calcolando per le autovetture Euro 0,20/km.

c-8) Indennità da assenza per Infortunio

Nel caso in cui l'Alunno assicurato, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, sia rimasto assente dalle lezioni per più di 20 giorni scolastici consecutivi e non abbia presentato alcuna spesa, viene riconosciuta una liquidazione forfettaria di Euro **200,00**, in assenza di altri indennizzi.

c-9) Anticipo rimborso spese

In deroga di quanto previsto al punto c1) dell'art. 3 si stabilisce che: accertato ai sensi di polizza il diritto all'indennizzabilità del sinistro, l'Assicurato può richiedere un acconto per le spese sostenute e documentate, anche prima della definizione del sinistro stesso, purché la somma richiesta in anticipo non sia inferiore a Euro 300,00 e fino ad un massimo di Euro **1.000,00** per ogni evento.

Alla chiusura del sinistro, in base ai massimali previsti, si procederà quindi a liquidare ad integrazione, l'eventuale rimanenza di spese indennizzabili.

c-10) Borsa di studio per commorienza genitori

A seguito di infortunio determinato dal medesimo evento, che abbia causato la morte di entrambi i genitori dell'allievo assicurato, la Società corrisponderà all'Assicurato la somma di Euro **30.000,00**, una tantum, quale borsa di studio per il completamento del regolare corso di studi fino al diploma di scuola media superiore. In caso di pluralità di figli assicurati, la somma verrà ripartita in parti uguali.

La borsa di studio ripartita negli anni di studio, verrà sospesa nel caso di sospensione degli studi.

c-11) Recovery hope (recupero sperato – coma continuato)

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'allievo assicurato entrasse in stato di coma (con l'esclusione di coma farmacologico) e lo stato di coma perdurasse per almeno 100 giorni, la Società pagherà agli aventi diritto, un indennizzo alternativo e sostitutivo di quanto previsto in polizza, pari al massimale e le modalità previste per il caso morte.

La Società riconoscerà a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del beneficiario, il pagamento dell'indennizzo che sarà unico alternativo e sostitutivo di ogni altro indennizzo previsto dalla presente polizza.

d) Indennità giornaliera da ricovero o day hospital a seguito di Infortunio:

1. Euro 100,00 se gli indennizzi per altre garanzie infortuni non superano Euro 500,00;

2. Euro 50,00 se gli indennizzi per altre garanzie infortuni superano Euro 500,00.

Massimo risarcimento: senza limiti, nei termini legali di prescrizione.

e) Diaria da immobilizzazione:

Qualora l'infortunio renda necessaria una terapia mediante gessatura o apparecchiatura immobilizzante fissa, con l'esclusione di bendaggi elastici o semirigidi, l'Assicurato avrà diritto a percepire una diaria nelle seguenti modalità:

a) Euro **30,00** per fratture arti inferiori con il limite massimo di Euro 600,00

b) Euro **16,00** per fratture arti superiori con il limite massimo di Euro 400,00

c) Euro **8,00** per ogni contusione e distorsione nonché per fratture a dita di mani e piedi con il limite massimo di Euro 200,00

Le somme indicate ai punti a) e b) si intendono ridotte del 50% se l'indennizzo di altre garanzie infortuni supera Euro 500,00. La diaria di immobilizzazione non è cumulabile con quella di ricovero.

f) Danno estetico:

fino a Euro **20.000,00** per sinistro

Nel caso l'infortunato abbia avuto come conseguenza dell'infortunio un danno estetico al viso, la Società rimborserà fino al massimale convenuto le spese mediche, con esclusione di quelle odontoiatriche, sostenute entro due anni dall'evento, per eliminare o limitare il danno stesso, secondo modalità indicate da art. 3 lett.c.1). In caso di impossibilità di intervenire entro il suddetto periodo, la Società riconoscerà a titolo forfettario la somma di Euro 500,00 una volta avuto riscontro medico del danno estetico.

g) Indennità per assistenza alunno infortunato

fino a Euro **1.000,00**

Qualora si renda necessaria l'assistenza all'Alunno infortunato che sia stato ricoverato per almeno un giorno e il Genitore o il tutore legale si assenti dal lavoro, come da certificazione del datore di lavoro, si garantisce un indennizzo per un massimo di giorni 20 con il limite giornaliero di Euro 40,00.

h) Rimborso lezioni private e annullamento corsi:

Nel caso di assenza per infortunio per oltre 25 giorni, saranno rimborsate le spese documentate per lezioni private di recupero entro il limite di Euro **1.000,00**.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato fosse impossibilitato a frequentare corsi e/o attività sportive a carattere privato, producendo fatture quietanzate che ne attestino il diritto, sarà rimborsata la quota di costo relativa al periodo di fruizione, nel limite di Euro 200,00 per persona e di Euro **1.000,00** per anno.

i) Perdita anno scolastico per Infortunio

Qualora, a seguito di infortunio verificatosi nell'ultimo quadrimestre o trimestre scolastico, l'Alunno assicurato fosse impossibilitato a concludere l'anno scolastico, come certificato da visita Medico - Legale e, di conseguenza, si trovasse nella condizione di perdere l'anno, su specifica delibera dell'Organo Collegiale, la Società riconoscerà a titolo forfettario la somma di Euro **6.000,00**. Ai fini della riscossione di tale somma, l'Assicurato esibirà una scheda di valutazione scolastica, dove non dovranno comparire più di quattro discipline insufficienti nel precedente trimestre o quadrimestre, pena la decadenza del diritto all'indennità.

L'erogazione della somma avverrà entro il primo trimestre o quadrimestre dell'anno di recupero, a seguito di attestazione di frequenza regolare, da parte dell'Istituto Scolastico.

l) Invalidità permanente da malattia - caso poliomielite – meningite: Massimale: € 250.000,00

La garanzia è prestata per il caso in cui la patologia si manifesti dopo il 90° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione e comunque di comprovata insorgenza scolastica e non oltre la cessazione del presente contratto, e determini una invalidità permanente di grado superiore al 25%.

Sarà corrisposta indennità per le conseguenze dirette ed esclusive della patologia denunciata, obiettivamente constatabile e che sia indipendente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti. Il grado di invalidità permanente viene determinato quando per effetto della remissione della malattia le menomazioni risultino: stabili, quantificabili e a esito non infausto a giudizio medico.

La liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata, sempre che sia stato accertato un grado superiore al 25% con le seguenti modalità:

A	L	A	L	A	L	A	L	A	L
26	2	35	20	44	38	53	59	63	86
27	4	36	22	45	40	54	62	63	89
28	6	37	24	46	42	55	65	64	92
29	8	38	26	47	44	56	68	65	95
30	10	39	28	48	46	57	71	66	100
31	12	40	30	49	48	58	74		e oltre
32	14	41	32	50	50	69	77		
33	16	42	34	51	53	60	80		
34	18	43	36	52	53	61	83		

A = Accertata; L = Liquidata

Art. n. 4 Cond. Spec. Scuole – Stages e alternanza scuola – lavoro – corsi – altre attività.

Le garanzie prestate con la presente polizza comprendono le attività svolte durante gli stages, anche di alternanza scuola-lavoro, approvati dagli Organi Collegiali in Italia e all'Estero, nonché dei corsi surrogatori, dei corsi serali (CTP EDA) e dei corsi che rientrino nei P.O.F. o P.O.N. o siano comunque approvati dall'Istituzione Scolastica e i cui partecipanti abbiano registrato il proprio nominativo sugli appositi registri conservati presso l'Istituto Scolastico. Nell'ambito di attività che rientrano nei progetti approvati, comprese le attività occasionali autorizzate, per i Corsisti – discenti, docenti e operatori – che non rientrino nel novero di alunni e personale paganti la polizza Pluriass Scuola, la quota individuale prevista è al 50% della quota stabilita per gli alunni delle lezioni curriculari.

La copertura comprende il tragitto fra abitazione e sede o fra sedi delle attività autorizzate.

La copertura può essere estesa alle attività degli stages post-diploma e dei "centri o campi estivi" progettati ed approvati dall'Istituto Scolastico. Per quest'ultima garanzia, l'Istituto Scolastico fornirà elenchi nominativi dei partecipanti non a registro, che verseranno la stessa quota degli alunni frequentanti l'anno scolastico in corso.

I massimali garantiti per le coperture descritte nel presente articolo, si riferiscono ai casi di Morte, Invalidità Permanente e Indennità da Ricovero ridotti del 50% nelle somme di cui al precedente art. 3 comma a), b) e d) mentre il limite di rimborso per spese mediche conseguenti ad infortunio è fissato in Euro 2.000,00.

Art. n. 4a) Cond. Spec. Scuole

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dagli Assicurati durante il tragitto tra casa e scuola o la sede delle attività parascolastiche, compreso il luogo di raduno per i viaggi d'istruzione, di cui al comma «E» - Art. 2-, con l'esclusione degli infortuni indennizzabili anche parzialmente da Assicurazione obbligatoria della R.C. Auto

(come disciplinato dal D.L. 209 del 7 settembre 2005, Codice delle Assicurazioni Private), quando il veicolo è identificato, effettuato con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico o privato, nei limiti di tempo di un'ora prima dell'inizio ed un'ora dopo la fine delle lezioni o delle attività sopra indicate o, se attestato dall'Istituto Scolastico, nel tempo necessario alla percorrenza del tragitto tra casa e scuola. Per l'operatività della garanzia deve essere prodotta certificazione medica o valida testimonianza indicante il momento dell'infortunio. In mancanza potrà non essere ritenuta sufficiente la semplice dichiarazione da parte dell'Assicurato o di chi ne ha la tutela.

Le garanzie prestate e i massimali sono:

caso morte, Euro 80.000,00; invalidità permanente: Euro 130.000,00 con l'applicazione dei seguenti scaglioni: dal 1° punto al 3°: Euro 300,00 – dal 4° punto al 10°: Euro 600,00 - dall'11° punto al 50°: Euro 1.200,00 - dal 51° punto in poi: Euro 1.300,00; spese mediche, cliniche ed ambulatoriali: Euro 10.000,00 con il limite di Euro 2.000,00 per spese farmaceutiche, fisioterapiche (purché conformi alla diagnosi di uscita dall'Ente Ospedaliero o dell'ambulatorio medico di primo soccorso); spese di trasporto in ambulanza: Euro 1.000,00; le rette di degenza e gli onorari per intervento chirurgico con il limite del 50%, se non ci si avvale del SSN nemmeno parzialmente. Le cure odontoiatriche sino alla concorrenza di € 800,00 per ciascun dente, purché permanente, con un massimo complessivo di Euro 6.000,00 sempre che le cure vengano prestate entro 24 mesi dalla data dell'infortunio; indennità giornaliera da ricovero e day hospital (massimo 365 gg.): Euro 30,00; diaria da ingessatura: Euro 10,00 con il massimo di Euro 300,00.

Art. n. 4b) Cond. Spec. Scuole – Revisori dei Conti

Sono operative le condizioni infortuni e rischio in itinere anche in ambito di R.C. Auto con i seguenti massimali:

-Morte	€ 100.000,00
-Invalidità permanente	€ 130.000,00
(Il capitale si intende ridotto del 50% per le invalidità accertate da 1 a 5 punti percentuali compresi)	
-Diaria da ricovero	
-Spese Mediche	€ 50,00 max 360 gg. € 5.000,00

Art. n. 5 Cond. Spec. Scuole

Tutti gli **accompagnatori** a uscite didattiche, a viaggi e visite d'istruzione effettuate in Italia o all'estero, purché autorizzati dall'Organo Collegiale competente o dal Capo di Istituto, **sono automaticamente assicurati** per gli infortuni. La garanzia ha inizio dal luogo di raduno e nell'ora stabilita per la partenza e cessa al rientro con lo scioglimento della comitiva. La presente garanzia si estende anche ai progetti "pedibus" e "bicibus" autorizzati.

Art. n. 6 Cond. Spec. Scuole

In caso di infortunio plurimo e cioè di un evento che colpisca contemporaneamente più Assicurati, il massimo esborso della Società Assicuratrice non potrà superare la somma complessiva di Euro **20.000.000,00** (venti milioni) in occasione di viaggi e visite di istruzione e a seguito di atti terroristici; limite di Euro 5.000.000,00 (cinque milioni) per tutti gli altri casi, fatto salvo quanto disposto dall'art.3.7b, (Infortuni determinati da calamità naturali) delle C.G.A.. Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel complesso gli importi suddetti, le singole indennità verranno proporzionalmente ridotte.

Art. n. 7 Cond. Spec. Scuole

Per le generalità degli Alunni ai fini della validità della garanzia assicurativa faranno testo i registri ufficiali di iscrizione degli Alunni stessi. Per il Personale in servizio e ogni Operatore autorizzato dall'Istituto Scolastico, la copertura si intende nominativa. Qualora non pagante risultasse un numero di alunni-assicurati superiore al **10%** del totale dichiarato all'atto della stipulazione del contratto l'Istituto dovrà darne immediata comunicazione alla Società Assicuratrice, che provvederà con appendice alla regolazione del premio.

Art. n. 8 Cond. Spec. Scuole

L'Istituto Scolastico assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni, i difetti fisici e gli handicap di cui gli Assicurati fossero

affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. L'indennizzo e la liquidazione di eventuali infortuni saranno valutati tenendo conto del grado di invalidità preesistente come regolato nelle C.G.A..

Art. n. 9 Cond. Spec. Scuole

La denuncia di sinistro deve essere inoltrata non oltre dieci giorni dalla data di avvenimento al Capo d'Istituto. Successivamente ed entro 30 giorni dall'evento, tale denuncia unitamente alla documentazione medica e non, dovrà essere trasmessa con appositi moduli, anche in via telematica, a Pluriass Scuola che nei limiti delle autonomie concordate è autorizzata all'assistenza, gestione e liquidazione dei sinistri per conto di UNIPOL Assicurazioni S.p.A.

L'infortunio scolastico o in itinere deve essere attestato da certificato del Pronto Soccorso o dal medico curante non oltre tre giorni dall'evento, pena la decadenza del diritto all'indennizzo. Tutte le documentazioni di spesa devono essere prodotte in originale e sono restituibili su richiesta.

Art. n. 10 Cond. Spec. Scuole

Premio annuo per ogni Assicurato: come da patto speciale. Qualora l'Istituto non avesse aderito all'assicurazione per gli Alunni, il Personale in servizio potrà assicurarsi per i propri infortuni, versando un premio come da patto speciale, non inferiore a Euro 200,00 complessivi.

Art. n. 11 Cond. Spec. Scuole

Pagamento del premio. La polizza viene emessa con un premio minimo fisso di Euro 1,00 al fine di favorire la riscossione delle singole quote da parte dell'Istituto Scolastico Assicurato.

Il conguaglio o, nel caso di rinnovo per durate poliennali, la regolazione del premio dovrà essere versata entro 90 gg. dalla data di decorrenza delle garanzie.

Art. n. 12 Cond. Spec. Scuole – Viaggi e visite d'istruzione in Italia ed all'estero – scambi culturali

a) Viaggi e visite d'istruzione: rimborso di spese documentate per trasporto (con qualsiasi mezzo pubblico o privato) al domicilio dell'Assicurato o presso Ente Sanitario, reso necessario a seguito di infortunio o di patologia improvvisa e imprevedibile: massimo risarcimento: Euro **20.000,00**. In caso di trasporto con autovettura propria, si rimborserà il costo di un biglietto ferroviario di 1° classe per il percorso equivalente: massimo risarcimento: Euro **500,00**.

In caso di spese mediche da infortunio per Grandi Interventi chirurgici sostenute durante viaggi e visite d'istruzione il limite d'indennizzo è fissato in Euro **100.000,00** per sinistro. In caso di spese mediche per patologia acuta sostenute durante viaggi e visite d'istruzione il limite d'indennizzo è fissato in Euro 15.000,00 per sinistro con il limite di Euro **50.000,00**.

Nel caso di annullamento del viaggio a causa di infortunio o di malattia imprevedibile si rimborserà la somma trattenuta dall'Operatore Turistico o dall'organizzatore fino ad un massimo di Euro 100,00 per i viaggi in Italia e fino a: Euro 250,00 per i viaggi all'estero.

La presente garanzia è valida per gli Alunni con il limite di Euro **1.000,00** per anno scolastico ed è operante solo su presentazione di certificazione del Pronto Soccorso o di altra documentazione medica con patologia esposta.

b) Rimborso per biglietto aereo di A/R (classe turistica), o treno, per un familiare che assista l'Assicurato, pernottamento e vitto in albergo. Per l'uso di autovettura si corrisponderà il costo di un biglietto ferroviario di 1° classe per il percorso equivalente.

Massimo risarcimento complessivo:

Euro **1.000,00**.

Art. n. 13 Cond. Spec. Scuole

In deroga a quanto previsto dalle C.G.A. e "Norme", si conviene che il foro competente è quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione "Assistenza" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010).

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- la presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;

- il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono stampate su fondo colorato, in questo modo evidenziate e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni sull'Impresa di Assicurazione contenute nella presente Nota informativa si rinvia al link: http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.

b) Sede Legale in via Stalingrado n. 45 – 40128 Bologna (Italia).

c) Recapito telefonico 051-5077111 Telefax 051-375349, siti internet:

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica info-danni@unipolsai.it.

d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G. U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2012, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 1.627.332.680,00, con capitale sociale pari ad € 1.194.572.974,00 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 432.759.706,00.

L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto fra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 133,3%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si rinvia all'Art. 1.10 – "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione" delle "Norme che regolano il contratto in generale".

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura assicura, le persone fisiche, residenti e domiciliate in Italia.

Si rinvia per gli aspetti di dettaglio all'Art. 3.1 – Persone assicurate delle Norme che regolano la Sezione Assistenza.

Prestazioni e Garanzie fornite:

GARANZIA "ASSISTENZA" - Rischi assicurati

La Società si obbliga a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, nei limiti delle singole prestazioni, nonché alle condizioni che seguono, un aiuto nel caso in cui venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nelle condizioni di assicurazione. Si rinvia agli Artt. 3.3 – Operatività della garanzia e 3.5 - Prestazioni delle Norme che regolano la Sezione Assistenza per gli aspetti di dettaglio. Non sono presenti franchigie di alcun tipo ed i massimali – ove presenti – sono espressi all'interno di ogni garanzia prestata all'Art. 3.5 - Prestazioni delle Norme che regolano la Sezione Assistenza.

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio, si rinvia agli Artt. 3.4 – Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni e 3.6 - Validità territoriale delle Condizioni di assicurazione.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze di rischio

Avvertenza: Le eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulle prestazioni. Si rinvia all'Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che diminuiscono o aggravano il rischio.

Si rinvia per gli aspetti di dettaglio agli Artt. 1.5 – Aggravamento del rischio e 1.6 – Diminuzione del rischio delle Norme che regolano il contratto in generale per gli aspetti di dettaglio.

6 Premio

Il premio deve essere pagato per intero ed in via anticipata per l'intera annualità assicurativa all'Agenzia/Intermediario assicurativo al quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale che non comporterà oneri aggiuntivi.

Si rinvia per gli aspetti di dettaglio ai seguenti Artt. delle Condizioni generali di assicurazione: Art. 1.3 - Pagamento del premio e proroga dell'assicurazione e Art. 1.4 - Frazionamento del premio.

7. Diritto di recesso

Avvertenza: dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta al Contraente. Si rinvia all'Art. 1.10 - Recesso in caso di sinistro delle Condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Nel caso in cui la polizza abbia durata poliennale, la Società e il Contraente avranno comunque facoltà di recedere senza oneri dal contratto al termine di ogni ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata, spedita almeno trenta giorni prima della scadenza (Art. 1.10 delle Condizioni generali di assicurazione).

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto assicurativo si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952, comma 2, del Codice civile).

Decadenza:

Per tutte le Garanzie: In caso di sinistro l'assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa, salvo il caso di oggettiva e comprovata impossibilità.

L'eventuale inadempimento comporta l'applicazione di quanto disposto all'art.1915 del Codice Civile.

9 Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

10. Regime fiscale

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

Il contratto prevede una garanzia, per la quale il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 10,00%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

10. Sinistri – Gestione del sinistro

Avvertenza: la gestione dei sinistri relativi alla Sezione Assistenza è affidata a **IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A.** Numero Verde **800 – 810820** o al numero urbano tel. **02-24128.285** Piazza Indro Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni.

L'Assicurato deve contattare immediatamente la Struttura Organizzativa di IMA ITALIA ASSISTANCE SPA.

Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio delle procedure di accertamento e liquidazione del danno, agli Artt. 2.1 – Istruzioni per la richiesta di assistenza e 2.2 – Gestione dei sinistri ed erogazione delle prestazioni delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

11. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. Reclami e Assistenza Clienti - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 02 51815353 - Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;

d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;

e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sui siti internet della Società www.unipolsai.com - www.unipolsai.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, controversie tra un contraente consumatore di uno Stato membro e un'impresa con sede legale in un altro Stato membro, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo: - all'IVASS, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta; - direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), richiedendo l'attivazione della procedura FINNET, rete di cooperazione fra organismi nazionali. Nel caso in cui il Cliente e la Società concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'IVASS si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

ASSISTENZA

GLOSSARIO

Ai seguenti termini le parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

Abitazione: dimora dell'Assicurato ove lo stesso risiede per la maggior parte dell'anno.

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione.

Assistenza: aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro.

Contraente: l'Istituto scolastico che stipula il contratto di assicurazione.

Destinazione: la località meta del viaggio.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Istituto di cura: struttura sanitaria a gestione pubblica o a gestione privata, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità alle prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Sono esclusi: stabilimenti termali, le case di riposo, strutture di convalescenza e di lungo degenza, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, fisioterapici, riabilitativi.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio.

Malattia improvvisa: malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di precedente morbo noto all'Assicurato.

Malattia preesistente: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazione patologiche croniche o preesistenti alla decorrenza della polizza.

Passaggeri: le eventuali persone trasportate a titolo gratuito sul veicolo.

Polizza: documento che prova l'assicurazione.

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

Prestazione: assistenza fornita in base alla garanzia a favore dell'Assicurato.

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di cura.

Scheda di polizza: documento che identifica la Società con la quale è stipulato il contratto e che ne contiene i dati più importanti formandone parte integrante.

Scuola: le sedi scolastiche e/o le strutture esterne, purché le attività che ivi si svolgono rientrino nel normale programma di studi o comunque siano state regolarmente deliberate e messe in atto dagli organismi scolastici competenti.

Sinistro: il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza da parte dell'Assicurato.

Società: UnipolSai Assicurazioni S.p.A..

Struttura organizzativa: è la struttura di Ima Italia Assistance S.p.A. - Piazza Indro Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni, costituita da: medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Compagnia stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Viaggio: In caso di viaggio in aereo, treno, pullman o nave, s'intende il tragitto dalla stazione di partenza (aeroporto, porto o stazione autoferrotranviaria) del viaggio a quella di arrivo in Italia. In caso di viaggio in auto o altro mezzo diverso dalla nave, dall'aereo o dal pullman, s'intende qualsiasi località ad oltre 50 km dall'Istituto scolastico frequentato dall'Assicurato.

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Quando non risultino espressamente derogate, valgono le seguenti condizioni di polizza:

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative alle 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 - 1894 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.3 - Pagamento del premio e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sulla scheda di polizza, se il premio o la rata del premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Art. 1.4 - Frazionamento del premio

Il premio è annuo.

Art. 1.5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di 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 del Codice Civile.

Art. 1.6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.7 - Notizie da fornire alla Società

Per l'identificazione degli assicurati si farà riferimento alle risultanze degli elenchi e/o dei supporti meccanografici che il Contraente si impegna a mettere a disposizione della Società in qualsiasi momento.

E' previsto un conteggio alla fine di ogni anno assicurativo per determinare l'eventuale superamento dei numeri minimi garantiti di assicurati entrati in copertura.

Se lo riterrà necessario, la Società potrà contattare il Contraente per l'espletamento di accertamenti sulla regolarità della posizione degli assicurati, qualora sorgesse il dubbio che questi richiedano un servizio senza averne titolo.

Art. 1.8 - Determinazione e regolazione del premio ANNULLATO

Art. 1.9 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o telefax.

Art. 1.10 - Recesso in caso di sinistro

La Società rinuncia ad esercitare il diritto di recesso per sinistro

Art. 1.11 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dal comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per la garanzia Assistenza e la garanzia Furto.

Art. 1.12 - Esonero comunicazione altre assicurazioni

A parziale deroga di quanto stabilito dall'Art.1.11 resta inteso e convenuto di comune accordo tra le Parti che il Contraente resta esonerato dall'obbligo di denunciare l'esistenza di altri contratti stipulati in proprio dagli Assicurati.

Art. 1.13 - Assicurazione per conto altrui

L'assicurazione è stipulata per conto altrui - art. 1891 Codice Civile - Gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, titolare esclusivo dell'interesse garantito, per cui egli solo - o i suoi eredi - è legittimato a farli valere presso la Società.

Art. 1.14 - Oneri fiscali

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

Art. 1.15 - Foro Competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o di domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 1.16 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, si applicano le vigenti disposizioni di Legge Italiana.

Art. 1.17 - Eccedenze di massimali

Tutte le eccedenze di massimale dovranno essere regolate direttamente dall'Assicurato.

Art.1.18 Proroga del contratto e periodo di Assicurazione

La presente polizza non si rinnova tacitamente ma cessa alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta delle parti.

Art.1.19 Pattuizione della non rinnovabilità della polizza

Quando è pattuita la non rinnovabilità della polizza, questa cesserà automaticamente alla scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta.

2. NORME SPECIFICHE DEL CONTRATTO

Art. 2.1 Notizie da fornire alla Società

Per l'identificazione degli alunni assicurati si farà riferimento alle risultanze dei libri e

dei supporti meccanografici che l'Istituto si impegna a mettere a disposizione della Società in qualsiasi momento.

Inoltre, se lo riterrà necessario, la Società potrà contattare l'Istituto scolastico per l'espletamento di accertamenti sulla regolarità della posizione degli assicurati, qualora sorgesse il dubbio che questi richiedano un servizio senza averne titolo.

Art. 2.2 Premi

Il Contraente si impegna a corrispondere alla Società, il premio secondo pattuizione speciale.

Art. 2.3 Premio alla firma - Premio minimo garantito – Regolazioni – annullato.

Art. 2.4 Decorrenza delle coperture

Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza della polizza.

3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

Premessa

La Società presta le garanzie di cui alla Sezione Assistenza in collaborazione con l'impresa IMA Italia Assistance S.p.A e con la sua Centrale Operativa. La Società medesima alla scadenza di ogni annualità assicurativa ha la facoltà di risolvere il rapporto con la stessa e di avvalersi di altra impresa e di una diversa Centrale Operativa, dandone anticipatamente avviso al Contraente e garantendo le medesime prestazioni previste dal presente contratto.

Art. 3.1 Rischio assicurato

La Società si obbliga a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, nei limiti delle singole prestazioni, nonché alle condizioni che seguono, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle prestazioni di seguito descritte.

Art. 3.2 Persone assicurate

Con la presente polizza si intendono assicurati gli alunni ed il personale degli Istituti scolastici assicurati e che effettueranno attività turistica all'estero nel corso dell'anno scolastico.

Art. 3.3 Garanzie prestate

(Ad integrazione di Condizioni Speciali, Art. 12 - viaggi e visite d'istruzione in Italia e all'estero)

1. Consulenza medica

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2. Segnalazione di un centro medico specialistico

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia improvvisa e/o infortunio occorsi in viaggio, debba sottoporsi ad un accertamento diagnostico o debba essere ricoverato per un intervento, la Centrale Operativa, sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro specialistico italiano o estero più idoneo per il caso.

3. Informazioni, segnalazione ed invio di medicinali corrispondenti all'estero

Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, necessiti di specialità medicinali non reperibili in loco (ma regolarmente registrate in Italia) ed in mancanza di medicinali locali sostitutivi, potrà rivolgersi alla Centrale Operativa per richiederne l'invio.

Tale servizio sarà assoggettato alle vigenti norme Italiane e del paese in cui si trova l'Assicurato nonché alle norme che regolano il trasporto dei medicinali. Restano a carico della Società le spese inerenti l'invio dei medicinali in questione. Il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà fornire la prescrizione medica anche tramite fax.

4. Visita di un parente

La Centrale operativa provvede ad organizzare la visita dell'Assicurato da parte di un parente residente in Italia se lo stesso sia stato ricoverato in Istituto di cura all'estero per almeno dieci giorni.

La Centrale Operativa mette a disposizione del parente un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, e/o qualsiasi altro mezzo idoneo per visitare l'Assicurato.

5. Interprete all'estero

La Centrale operativa provvede a mettere a disposizione un interprete all'estero, fino a quindici ore lavorative, in caso di ricovero dell'Assicurato in un Istituto di cura, per favorire le comunicazioni tra l'Assicurato e i medici curanti.

6. Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato in viaggio debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Centrale Operativa anticiperà, per conto dell'Assicurato, il pagamento delle fatture ad esse relative fino ad un importo massimo di Euro 500,00 per sinistro. Tuttavia, se l'ammontare delle fatture supera l'importo di Euro 500,00, la prestazione verrà erogata dopo che siano state date alla Centrale Operativa garanzie di restituzione delle somme stesse. L'importo delle fatture pagate dalla Centrale Operativa non potrà mai comunque superare la somma di Euro 2.500,00.

La prestazione viene fornita a condizione che l'Assicurato sia in grado di fornire

adeguate garanzie di restituzione della somma anticipata.

La prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

L'Assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

7. Invio di un accompagnatore in sostituzione

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia improvvisa e/o infortunio occorsi in viaggio, sia costretto al rientro anticipato la Centrale Operativa mette a disposizione di un accompagnatore in sostituzione un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, e/o qualsiasi altro mezzo idoneo.

Art. 3.4 Operatività della garanzia

Le coperture assicurative di Assistenza sono operative soltanto all'estero.

Art. 3.5 Esclusioni

È premesso che:

- la Società non è tenuta a fornire prestazioni o a pagare indennizzi in alternativa a titolo di compensazione per quanto sopra previsto se l'Assicurato non ne usufruisce per sua scelta o perché non ne ha la necessità;
- la Centrale Operativa non si assume responsabilità alcuna per i danni conseguenti ad un suo mancato intervento dovuto a caso fortuito o forza maggiore;
- la Centrale Operativa non si assume responsabilità alcuna derivante dalle azioni eventualmente intraprese dall'Assicurato a seguito delle informazioni rilasciate, in quanto in nessun caso il servizio ha il carattere della consulenza. L'assicurazione non opera:
 - in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa;
 - per le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; in conseguenza di atti dolosi dell'Assicurato; per le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, nonché per le conseguenze determinate dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - in conseguenza di eruzioni vulcaniche o movimenti tellurici; per gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad uso di psicofarmaci, per influenza di sostanze stupefacenti o allucinogeni nonché per malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
 - per il ricovero avente ad oggetto accertamenti diagnostici non resi necessari da infortunio;
 - per la ricerca o il soccorso in mare, in montagna o nei deserti.

4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 4.1 - Istruzioni per la richiesta di assistenza

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura organizzativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

800.810.820 oppure per chiamate dall'estero e dall'Italia al numero: +39

02.24.128.285. In caso di difficoltà al contatto telefonico è possibile inviare un

fax al numero: 02.24.128.245; od un telegramma a: IMA ITALIA Assistance S.p.A.

– Piazza Indro Montanelli, 20 – 20099 Sesto San Giovanni.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. **Istituto Contraente e numero di polizza: Liceo Classico Statale "Arnaldo" Brescia – N° Polizza 119/124511889**
2. **Nome e Cognome Infortunato;**
3. **Il tipo di assistenza di cui necessita;**
4. **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.

Il diritto ad ottenere assistenza decade qualora l'Assicurato non prenda contatto con la Struttura organizzativa nel momento in cui si verifica il sinistro.

Art. 4.2 - Gestione dei sinistri ed erogazione delle prestazioni

La Società, per la gestione e liquidazione dei sinistri relativi alla presente Sezione nonché per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza, si avvale della società Ima Italia Assistance S.p.A. – Piazza Indro Montanelli, 20 – 20099 Sesto San Giovanni e della sua Struttura organizzativa.

La Società, alla scadenza di ogni annualità, ha la facoltà di cambiare società di

Assistenza e/o la Struttura organizzativa, dandone tempestivo avviso al Contraente.

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA-CODICE CIVILE

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta Oltre che nel caso indicato nell'Articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;

2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;

3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 62 - Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta. La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'Art. 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'Articolo 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospendere l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate. Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1469 Bis - Clausole vessatorie nel contratto tra professionista e consumatore Nel contratto concluso tra il consumatore e il professionista, che ha per oggetto la cessione di beni o la prestazione di servizi, si considerano vessatorie le clausole che, malgrado la buona fede, determinano a carico del consumatore un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto. In relazione al contratto di cui al primo comma, il consumatore è la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale o professionale eventualmente svolta. Il professionista è la persona fisica o giuridica, pubblica o privata, che, nel quadro della sua attività imprenditoriale o professionale, utilizza il contratto di cui al primo comma. *Omissis*...

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui [1890] o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.

All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 - Diminuzione del rischio Se il Contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due

mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del rischio Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è stata comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'Assicurato o dei dipendenti L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'Assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1914 - Obbligo di salvataggio L'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

Le spese fatte a questo scopo dall'Assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente. L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'Assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.

L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'Assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'Assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile⁽²⁾ (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge od in base alle disposizioni impartite dalle autorità di vigilanza di settore⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'avvio di avvisi e comunicazioni di servizio.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾ nonché ai connessi adempimenti normativi; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾. Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) e UnipolSai Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolsai.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili, potrà consultare il sito www.unipolsai.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati, presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito sopra indicato - e-mail: privacy@unipolassicurazioni.it.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (d.lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistiche-tarifarie.
- 5) UnipolSai Gruppo Finanziario S.p.A., cui è affidata, quale capogruppo, la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo. Per la normativa antiriciclaggio, e limitatamente alle polizze di ramo vita, i dati relativi all'avvenuta segnalazione di operazioni considerate sospette potranno essere comunicati solo ad altre società del Gruppo interessate quali intermediari finanziari (incluse le imprese assicurative operanti nei rami vita).
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; clinica convenzionata da Lei scelta; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;

società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione contro i danni "Responsabilità Civile Rischi Diversi"

(Regolamento Ivass n. 35 del 26 maggio 2010)

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- la presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;
- il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono stampate su fondo colorato, in questo modo evidenziate e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni sull'Impresa di Assicurazione contenute nella presente Nota informativa si rinvia al link:

http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.

b) Sede Legale in via Stalingrado n. 45 – 40128 Bologna (Italia).

c) Recapito telefonico 051-5077111 Telefax 051-375349, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica info-danni@unipolsai.it.

d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G. U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2012, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 1.627.332.680,00, con capitale sociale pari ad € 1.194.572.974,00 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 432.759.706,00. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto fra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 133,3%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto ha durata non superiore a tre anni e cessa senza tacito rinnovo alla scadenza.

Le Parti hanno facoltà di rescindere il contratto poliennale ad ogni scadenza annuale previa disdetta almeno trenta giorni prima.

3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Norme che regolano l'assicurazione della responsabilità civile rischi diversi:

a) **RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO 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) di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale inerente allo svolgimento dell'attività esercitata. L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso delle persone delle quali debba rispondere.

Si rinvia agli Artt. 13 e seguenti delle Norme che regolano l'assicurazione della responsabilità civile rischi di versi per gli aspetti di dettaglio.

b) **RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I DIPENDENTI:** La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile per gli infortuni (escluse le malattie professionali) sofferti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti, addetti all'attività per la quale è prestata l'assicurazione alle condizioni previste all'articolo 13 b) della Sezione Responsabilità civile verso dipendenti (R.C.O.- R.C.I.) delle Norme che regolano l'assicurazione della responsabilità civile rischi diversi.

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per le esclusioni generali si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, agli artt. 15, 22, 27, 34 "Persone non considerate terzi", agli artt. 16, 23, 28, 35 "Rischi esclusi dall'assicurazione" e art. 17 "Rischi assicurabili solo con patto speciale o condizione aggiuntiva" delle Norme che regolano l'assicurazione della responsabilità civile rischi diversi. Inoltre ciascuna garanzia è soggetta a limitazioni ed esclusioni proprie per le quali si rinvia ai singoli articoli delle Condizioni di assicurazione, alla scheda di polizza e relativi allegati per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali per il dettaglio dei quali si rinvia agli articoli delle Condizioni di assicurazione e alla scheda di polizza e relativi allegati.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento del massimale:

Massimale: Euro 5.000.000,00

Danno: Euro 5.000.000,00

Indennizzo: Euro 5.000.000,00

Meccanismo di funzionamento del massimale:

Massimale Euro 500,00 danni a cose: occhiali e lenti limite del 70% se acquistati prima del corrente anno

> 1° esempio:

Danno ad occhiali non riparabili, acquistati non oltre dodici mesi prima: Euro 350,00

Risarcimento Euro 350,00.

> 2° esempio:

Danno ad occhiali non riparabili acquistati oltre dodici mesi prima dell'evento: Euro 350,00

Risarcimento: Euro 350,00 al 70% = Euro 245,00

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

Avvertenza: le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'articolo 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che diminuiscono o aggravano il rischio. Si rinvia agli articoli 5 "Aggravamento del rischio" e 6 "Diminuzione del rischio" delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

Di seguito si illustrano in forma esemplificativa due ipotesi di circostanze rilevanti che determinano la modificazione del rischio.

1° esempio (aggravamento del rischio)

Al momento della stipulazione del contratto il Contraente ha dichiarato che l'attività svolta è "Deposito per la vendita all'ingrosso di tutti i prodotti, esclusi infiammabili, corrosivi, esplosivi e tossici", per cui la Società ha inquadrato il rischio in classe 2.13.14 e applicato il relativo tasso di premio. Successivamente l'attività svolta dal Contraente si estende "alla vendita di infiammabili", per cui il rischio dovrebbe essere inquadrato in classe 2.13.15. Se il Contraente non comunica alla Società questo aggravamento di rischio, in caso di sinistro la Società non procederà all'indennizzo parziale in quanto la copertura opera solo per l'attività descritta in polizza che esclude la vendita di infiammabili

2° esempio (diminuzione del rischio)

Al momento della stipulazione del contratto il Contraente ha dichiarato che l'attività svolta è "bar con produzione propria di pasticceria" per cui la Società ha inquadrato il rischio in classe 2.23.12 e applicato il relativo tasso di premio. Successivamente l'attività svolta dal Contraente anche se rimane la medesima, non prevede la "produzione propria di pasticceria" per cui il rischio dovrebbe essere inquadrato nella minore classe di rischio in 2.23.11. Se il Contraente comunica alla Società questa riduzione di rischio la stessa procederà, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione, ad una riduzione del premio.

6. Premio

Il premio deve essere pagato in via anticipata per l'intera annualità assicurativa all'Agenzia/Intermediario assicurativo al quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale che non comporterà oneri aggiuntivi.

Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, al seguente articolo delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale: 3 "Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie"

7. Rivalse

Il contratto assicurativo non prevede ipotesi di rivalse nei confronti degli assicurati da parte della Società.

8. Diritto di recesso

Non è previsto il recesso per sinistro da parte della Società.

In presenza di una serie di eventi dannosi riconducibili ad una stessa tipologia di causa, nel caso in cui il contratto non sussista più, la polizza sarà valida sia durante la validità della garanzia assicurativa che dopo la cessazione del contratto.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto assicurativo si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952, comma 2, del Codice civile).

Per le assicurazioni di responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il danneggiato ha richiesto il risarcimento del danno all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione (Articolo 2952, comma 3, del Cod. civile).

10. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

11. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Il premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo la seguente aliquota attualmente in vigore: 21,25% (oltre 1% quale addizionale antiracket).

12. La polizza garantisce i sinistri avvenuti durante il periodo di validità del contratto anche se la causa degli stessi è antecedente alla stipula (senza limiti di tempo) e il Contraente o l'Assicurato non erano a conoscenza della causa stessa.

13. In presenza di una serie di eventi dannosi riconducibile ad una stessa tipologia di causa (danni in serie), in caso di recesso dal contratto da parte dell'assicuratore o se il contratto non sussiste più, la polizza deve essere valida sia durante la validità della garanzia che dopo la cessazione del contratto.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato devono darne comunicazione entro tre giorni per iscritto all'Agente/Intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Società.

Agli effetti dell'assicurazione di responsabilità civile verso i prestatori di lavoro il Contraente o l'Assicurato devono denunciare soltanto i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta penale a norme della legge infortuni o per i quali il prestatore di lavoro ha presentato richiesta di risarcimento danni.

Si rinvia all'art. 7 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio delle procedure.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai**

Assicurazioni S.p.A. – Reclami Assistenza Clienti - Via della Unione Europea, 3/B – 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 02.5181.5353 - Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di **quarantacinque giorni** potrà rivolgersi all'IVASS,

Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06 421331.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sui siti internet della Società www.unipolsai.com - www.unipolsai.it.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, controversie tra un contraente consumatore di uno Stato membro e un'impresa con sede legale in un altro Stato membro, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo:

UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa. Ed. 11/2011

UNIPOLSAI Assicurazioni S.P.A.

L'Amministratore Delegato (Carlo Cimbri)

- all'IVASS, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;

- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), richiedendo l'attivazione della procedura FINNET, rete di cooperazione fra organismi nazionali. Nel caso in cui il Cliente e la Società concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'IVASS si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

GLOSSARIO

Ai seguenti termini la Società e il Contraente attribuiscono convenzionalmente questi significati:

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

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione.

Atto di terrorismo: azione intenzionalmente posta in essere o anche solo minacciata da una o più persone espressione di gruppi organizzati, al fine di intimidire, condizionare o destabilizzare uno Stato, la popolazione o una parte di essa.

Contraente: soggetto che stipula l'assicurazione.

Cose: oggetti materiali e animali.

Danni corporali: morte o lesioni personali.

Danni materiali: la distruzione o il deterioramento di cose.

Danno di natura contrattuale: inadempimento o violazione di una obbligazione assunta tramite un contratto scritto o verbale.

Danno di natura extracontrattuale: danno ingiusto conseguente a fatto illecito.

Familiari: persone risultanti dallo stato di famiglia dell'Assicurato, il suo coniuge purché non separato legalmente, nonché il convivente more uxorio sempreché identificato nel contratto.

Fascicolo Informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.

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.

Fatturato: L'importo riscontrabile sui registri delle fatture, al lordo di tutte le spese addebitate ai clienti (trasporti, imballaggi, assicurazioni e simili) e di tutte le imposte indirette (fabbricazione, consumo, ecc.) ad eccezione dell'I.V.A. fatturata ai clienti.

Franchigia: parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

Furto: sottrazione della cosa mobile altrui a chi la detiene, al fine di trarne ingiusto profitto.

Incendio: combustione con sviluppo di fiamma di beni materiali al di fuori di appropriato focolare che può autoestendersi e propagarsi.

Indennizzo/Risarcimento: somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni private e di interesse collettivo.

Limite di indennizzo: massimo importo, al lordo di eventuali franchigie/scoperti, dovuto dalla Società per un singolo sinistro o, quando precisato, a più sinistri verificatisi in un periodo di tempo.

Perdite patrimoniali: pregiudizio economico non conseguente a danni corporali o danni materiali.

Periodo assicurativo - Annualità assicurativa: in caso di polizza di durata inferiore a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della polizza stessa. In caso di polizza di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.

Polizza: documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo.

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

Recesso: scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale.

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto: percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistri in serie: più sinistri originati da uno stesso difetto, anche se manifestatosi in più prodotti e in tempi diversi

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

Società: l'Impresa assicuratrice.

Subappaltatore: la persona fisica o giuridica cui l'Assicurato ha ceduto l'esecuzione di una parte dei lavori.

RESPONSABILITA' CIVILE TERZI

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 (Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.).

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato non ha l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 C.C.).

Art. 3 - Pagamento del premio

Vedi Condizioni Speciali Scuole.

Art. 4 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di 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 (Art. 1898 C.C.).

Art. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate del premio successive alla comunicazione dell'Assicurato (Art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro **tre giorni** da quando ne ha avuto conoscenza (Art. 1913 C.C.).

Agli effetti dell'assicurazione di responsabilità civile verso i prestatori di lavoro, il Contraente o l'Assicurato deve denunciare soltanto i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta penale a norma della legge infortuni o per i quali il prestatore di lavoro ha presentato richiesta di risarcimento danni.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 C.C.).

Art. 8 - Disdetta in caso di sinistro Annullato.

Art. 9 - Proroga dell'assicurazione

Il presente contratto ha durata non superiore a tre anni e cessa senza tacito rinnovo alla scadenza.

Le parti hanno la facoltà di rescindere il contratto poliennale ad ogni scadenza annuale previa disdetta almeno trenta giorni prima.

Art. 10 - Oneri fiscali Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro competente Sostituito da Condizioni Speciali Scuole.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme delle leggi italiane.

NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE RISCHI DIVERSI

Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione

• **Assicurazione responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)** sostituito da Condizioni Speciali Scuole.

• **Assicurazione della responsabilità civile verso dipendenti soggetti all'assicurazione di legge contro gli infortuni (R.C.O.) compreso danno biologico.**

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

b.1) ai sensi degli Artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, come modificato dal D. Lgs 38 del 23/02/2000 (rivalsa I.N.A.I.L.) per gli infortuni (escluse le malattie professionali) sofferti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti, addetti all'attività per la quale è prestata l'assicurazione, compresi altresì i dirigenti e le persone in rapporto di lavoro a progetto (parasubordinati) compreso il rischio in itinere, come previsto dal Decreto Legislativo n. 38 del 23/2/2000.

La Società, quindi, si obbliga a rifondere all'Assicurato le somme richieste dall'I.N.A.I.L. a titolo di regresso.

b.2) ai sensi del codice civile (e a maggior danno) nonché del D.Lgs 81/2008 (e successive modifiche ed integrazioni)

A titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, così come modificato dal D.Lgs. 38/2000, cagionati alle persone di cui al precedente punto b.1) per morte o per lesioni personali dalle quali sia derivata una invalidità permanente (escluse le malattie professionali).

L'assicurazione R.C.O. è efficace a condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge.

b.3) Buona fede I.N.A.I.L.

L'assicurazione di responsabilità civile verso i dipendenti soggetti all'assicurazione di legge contro gli infortuni (R.C.O.) conserva la propria validità anche nel caso di mancata assicurazione di personale presso l'I.N.A.I.L., quando ciò derivi da inesatta o erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia e sempreché ciò non derivi da comportamento doloso.

a) Assicurazione della responsabilità civile verso dipendenti non soggetti all'assicurazione di legge contro gli infortuni (R.C.I.)

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) per danni corporali (morte o lesioni personali), escluse le malattie professionali, cagionati ai propri dipendenti non soggetti all'obbligo di assicurazione ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, come modificato dal D.Lgs n.038 del 23/02/2000, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in occasione di lavoro o di servizio.

b) Rivalsa I.N.P.S.

L'assicurazione R.C.T./R.C.O./R.C.I. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984, n. 222.

c) Equiparazione ai dipendenti: annullato

d) Responsabilità civile personale dei dipendenti

L'assicurazione vale per la responsabilità civile personale dei dipendenti dell'Assicurato per danni involontariamente cagionati a terzi, escluso l'Assicurato stesso, nello svolgimento delle loro mansioni contrattuali e ciò entro i massimali pattuiti per la R.C.T. Agli effetti di questa estensione di garanzia e sempreché sia operante la garanzia R.C.O./R.C.I., sono considerati terzi anche i dipendenti dell'Assicurato, limitatamente ai danni da essi subiti per morte o per lesioni personali gravi o gravissime, così come definite dall'Art. 583 c.p., e ciò entro i massimali previsti per la R.C.O.

Art. 14 - Validità territoriale

L'assicurazione R.C.T. vale per i danni che avvengono nel territorio di tutti i paesi europei. La garanzia è estesa al mondo intero in occasione di viaggi e visite d'istruzione e stages autorizzati. L'assicurazione R.C.O. vale per il mondo intero.

Art. 15 - Persone non considerate terzi:

non sono considerate terzi ai fini dell'assicurazione R.C.T.:

a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;

b) quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lett.a);

c) le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro di servizio; i subappaltatori ed i loro dipendenti nonché tutti coloro che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività di cui si riferisce l'assicurazione, salvo quanto diversamente previsto in polizza.

Art. 16 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non comprende i danni:

a) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;

b) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il 16° anno di età;

c) alle opere in costruzione ed a quelle sulle quali si eseguono i lavori;

d) alle cose trasportate su mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito delle anzidette operazioni;

e) conseguenti a inquinamento dell'aria, dell'acqua, o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

Art. 17 - Rischi assicurabili solo con patto speciale o con condizione aggiuntiva

L'assicurazione R.C.T. non comprende i danni:

a) da furto;

b) alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;

c) provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'Assicurato e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;

d) derivanti dalla proprietà di fabbricati e dei relativi impianti fissi;

e) alle cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;

f) ai mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni;

g) alle cose trovatesi nell'ambito di esecuzione dei lavori;

h) cagionati da opere o installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori, nonché i danni cagionati da prodotti e cose in genere dopo la consegna a terzi; per le opere che richiedono spostamenti successivi dei lavori e, comunque, ad esecuzione frazionata con risultati parziali distintamente individuabili, si tiene conto, anziché del compimento dell'intera opera, del compimento di ogni singola parte, ciascuna delle quali si considera compiuta dopo l'ultimazione dei lavori che la riguardano e, comunque, dopo 30 giorni da quando la stessa è stata resa accessibile all'uso ed aperta al pubblico;

i) a condutture ed impianti sotterranei in genere; a fabbricati ed a cose in genere dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazioni del terreno, da qualsiasi causa determinati;

l) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi; a meno che siano in conseguenza di morte, lesioni personali, danni a cose risarcibili a termini di polizza: in tal caso il limite è fissato per sinistro e per anno in Euro 1.000.000,00;

m) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli Artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 C.C.;

n) conseguenti a malattie già manifestatesi o che potrebbero manifestarsi in relazione alla encefalopatia spongiforme (TSE).

L'assicurazione R.C.T. / R.C.O. / R.C.I. non comprende i danni:

o) da detenzione o impiego di esplosivi;

p) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);

q) di qualunque natura, comunque occasionali, direttamente o indirettamente derivanti, seppure in parte, dall'esposizione e/o contatto con l'asbesto, l'amianto e/o qualsiasi sostanza contenente in qualunque forma o misura l'asbesto o l'amianto;

r) conseguenti o derivanti dall'emissione o generazione di onde e campi elettromagnetici;

s) derivanti da scioperi, tumulti, sommosse, atti vandalici, di terrorismo e di sabotaggio.

t) derivanti da prodotti geneticamente modificati;

u) derivanti a seguito di malattia già manifestatasi o che potrebbe manifestarsi in relazione alla encefalopatia spongiforme (TSE).

Art. 18 - Regolazione del premio Abrogato. Vedi Condizioni Speciali Scuole.

Art. 19 - Gestione delle vertenze di danno - spese di resistenza

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.

Si prende atto che la Società non può assumere la gestione delle vertenze per le quali l'Amministrazione assicurata sia obbligata ad avvalersi del patrocinio dell'avvocatura dello Stato, come previsto dalla circolare M.P.I. - Servizio Legale - n. 6519.

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 Società ed 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, salvo il caso in cui l'Amministrazione assicurata sia obbligata ad avvalersi del patrocinio dell'avvocatura dello Stato entro i limiti indicati al comma precedente; non risponde inoltre, per multe od ammende né per spese di giustizia penale.

Art. 20 - Franchigia: abrogato

Art. 21 - Massimo risarcimento

Qualora lo stesso sinistro interessi contemporaneamente la garanzia R.C.T. e/o R.C.I. e/o R.C.O., il massimo esborso della Società non potrà superare il massimale previsto in polizza per la garanzia R.C.T. e per le R.C.I./R.C.O..

CONDIZIONI SPECIALI SCUOLE

RESPONSABILITA' CIVILE TERZI

La Società si obbliga a tenere indenne l'Istituzione scolastica Contraente e la Pubblica Amministrazione di riferimento (M.I.U.R.), in ottemperanza a C.M. 2170 del 30/05/1996, per fatto determinato da colpa di Dipendente, compreso Dirigente e Direttore S.G.A., Operatori e Soggetti autorizzati, Alunni e Genitori impegnati nell'espletamento di attività proprie della Scuola, di quanto questi siano tenuti a pagare quali civilmente responsabili ai sensi di legge a titolo di risarcimento di

capitale, interessi e spese, di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale, verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'assicurazione. La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, purché in regola con gli adempimenti dell'assicurazione obbligatoria INAIL e delle altre disposizioni normative in tema di occupazione e mercato del lavoro, di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

a) ai sensi delle disposizioni di legge disciplinanti le azioni di regresso o di surrogo esperite dall'INAIL e/o dall'INPS per gli infortuni subiti dai prestatori di lavoro;

b) ai sensi del C.C., a titolo di risarcimento di danno non rientrante nei casi di cui al precedente punto a) cagionati ai prestatori di lavoro per infortuni da cui sia derivata morte o invalidità permanente.

L'assicurazione vale nelle ipotesi di colpa grave, nonché per la Responsabilità civile che possa derivare agli Assicurati per fatto doloso di persone delle quali debbano rispondere. L'assicurazione comprende anche la responsabilità personale degli Addetti e degli Operatori, nell'esercizio delle attività svolte per conto o con autorizzazione dell'Istituzione Scolastica.

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

L'assicurazione vale per tutte le attività scolastiche, parascolastiche, extra scolastiche ed inter scolastiche, di pre o post scuola, purché tali attività rientrino nel normale programma di studi o comunque siano state regolarmente deliberate e autorizzate dagli organi scolastici competenti. L'assicurazione comprende per tanto, i viaggi di istruzione, le attività di stages di alternanza scuola-lavoro e di Volontariato approvate dagli Organi Collegiali, nonché le attività dei corsi surrogatori e serali (C.T.P.) per tutta la durata (garanzia estesa 24 ore), le attività culturali in genere e gli interscambi culturali, le visite ai musei, aziende e laboratori anche se queste ultime comportino esperimenti e prove pratiche dirette ed ogni altra attività connessa e finalizzata a quella scolastica.

Per le attività organizzate direttamente dall'Istituto Scolastico all'esterno della scuola, l'assicurazione si intende valida se è stata assolta la normativa scolastica in tema di vigilanza.

L'assicurazione si intende estesa anche al servizio esterno alla scuola effettuato dal Personale e Operatori Scolastici, purché svolto su preciso mandato del Capo d'Istituto o del Direttore dei servizi di segreteria. L'assicurazione è valida anche in occasione di assemblee studentesche che si svolgono in locali esterni alla scuola, purché si sia ottemperato alle disposizioni di Legge.

Si intendono inefficaci le garanzie assicurative in tutti i casi di occupazione degli edifici pubblici e loro pertinenze.

In quest'ultimo caso restano operanti le coperture per il Personale della Scuola e gli Alunni che si trovino a espletare le attività secondo le indicazioni del Capo d'Istituto.

CLAUSOLE ESTENSIVE

a) L'assicurazione si estende alla responsabilità di tutto il personale scuola, degli studenti e dei genitori membri di diritto degli organi collegiali, operatori autorizzati con esclusione di ogni responsabilità contabile o amministrativa. Si precisa che è inclusa la responsabilità civile personale incombente ai dipendenti designati come "responsabili del servizio di protezione e prevenzione" ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legge 626/94 e successive modifiche.

b) Sono considerati terzi fra loro gli Allievi iscritti; è inoltre riconosciuta la qualifica di terzi fra loro a Personale e Operatori Scolastici, qualora risulti che dette persone siano rimaste vittime di infortunio occorso in occasione di lavoro o di servizio, sempre che la responsabilità non sia imputabile all'infortunato stesso e limitatamente alle lesioni personali.

c) Qualora gli Alunni siano minorenni, è garantita, sempre che riferita a fatti connessi con l'attività scolastica, o per il tragitto casa-scuola-sede attività nei limiti di tempo di un'ora o se attestato, nel tempo strettamente necessario alla percorrenza, con supporto di precisa documentazione medica redatta entro 48 ore dall'evento, la responsabilità dei genitori e/o tutori, per danni alla persona che i minorenni possono provocare a terzi, compresi gli allievi della scuola, il Personale in servizio, escluso quello direttamente responsabile della vigilanza, ed i genitori membri degli organi collegiali di cui sopra, con l'esclusione dei casi di R.C. derivanti dalla circolazione di autovetture. Sono inoltre compresi i danni a cose causati dagli alunni al personale, come nel caso di Docente e alunno allo stesso affidato, con i limiti di cui al successivo comma f). Sono compresi i danni a cose causati dall'uso di biciclette nel rischio in itinere, come sopra descritto. L'assicurazione comprende i fatti di tutti gli alunni, indipendentemente dal loro stato psicofisico.

d) La copertura è estesa alle attività di stages, alternanza scuola/lavoro, post - diploma, progettate e/o approvate dagli Organi Collegiali.

e) Errato trattamento dei dati personali - Violazione della Privacy. L'assicurazione comprende la R.C. derivante all'Assicurato ai sensi del D. L. n. 196 del 30/06/2003 per perdite patrimoniali cagionate a terzi in conseguenza dell'errato trattamento (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e

diffusione) dei dati personali di terzi, compresi gli alunni, purché conseguenti a fatti involontari e non derivanti da comportamento illecito continuativo.

f) Limiti di indennizzo per danni a cose: fino a Euro 500,00 per danni a occhiali e lenti da vista, indumenti ed effetti personali, con il limite del 70% se acquistati oltre un anno prima.

Fino a Euro 500,00 per Assicurato in conseguenza di furto, scippo, mancata riconsegna del bagaglio, escluso denaro e preziosi, in occasione di viaggi di istruzione e scambi culturali all'estero e fino a Euro 200,00 in Italia. Massimo risarcimento per Istituto Scolastico EURO 2.500,00.

Relativamente ai danni arrecati a cose durante le attività di Educazione Fisica, motoria, sportiva e ludica in genere, si precisa che sono risarcibili i danni ad occhiali e lenti portati in base a prescrizione sanitaria fino a un massimo di Euro 300,00 per

CONDIZIONI PARTICOLARI

art. 1 cond. Spec. Scuole

Gli Accompagnatori a uscite didattiche e visite d'istruzione in Italia o all'estero, o operatori in altre attività purché autorizzati dall'Organo Collegiale competente o dal Capo d'Istituto, sono automaticamente assicurati per la RCT, se già operante la garanzia abbinata Infortuni a favore degli Alunni.

art. 2 cond. Spec. Scuole

Per le generalità degli Alunni ai fini della validità della garanzia assicurativa faranno testo i registri ufficiali di iscrizione degli Alunni stessi. Per il Personale in servizio e ogni Operatore autorizzato dall'Istituto Scolastico, la copertura si intende automatica in caso di adesione totale degli alunni.

Per il Personale supplente l'Istituto Scolastico terrà a disposizione la documentazione ufficiale atta a identificare tale personale.

Qualora al termine dell'anno scolastico risultasse un numero di alunni – assicurati superiore al 10% del totale dichiarato all'atto della stipulazione del contratto, l'Istituto dovrà darne comunicazione alla Società assicuratrice che provvederà con appendice alla regolazione del premio.

art. 3 cond. Spec. Scuole

La denuncia di sinistro deve essere inoltrata non oltre dieci giorni dalla data di avvenimento al Capo d'Istituto. Successivamente ed entro trenta giorni dall'evento, tale denuncia unitamente alla documentazione medica e non, dovrà essere trasmessa con appositi moduli, anche in via telematica, a Pluriass Scuola che nei limiti delle autonomie concordate è autorizzata all'assistenza, gestione e liquidazione dei sinistri per conto UNIPOL Assicurazioni S.P.A. tutte le documentazioni di spesa devono essere prodotte in originale e possono essere restituite su richiesta.

art. 4 cond. Spec. Scuole

Il foro competente è quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

art. 5 cond. Spec. Scuole

Premio annuo per ogni Assicurato: come da patto speciale. La polizza viene emessa con un premio minimo fisso, al fine di favorire la riscossione delle singole quote da parte dell'Istituto Scolastico Assicurato. Il conguaglio dovrà essere versato entro 90 giorni dalla data di decorrenza delle garanzie.

MASSIMALI GARANTITI:

-massimo risarcimento illimitato quanto a numero dei sinistri per anno e per Contraente; il limite per ogni singolo sinistro è fissato in Euro 15.000.000,00 e Euro 5.000.000,00 per persona e danni a cose.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

1. Proprietà e/o conduzione di fabbricati nei quali si svolge l'attività

L'Assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'assicurato dalla sua qualità di proprietario e/o conduttore dei fabbricati nei quali si svolge l'attività descritta in polizza e agli impianti fissi destinati alla loro conduzione, compresi ascensori e montacarichi.

L'assicurazione comprende i rischi delle antenne radiorecipienti, gli spazi adiacenti di pertinenza del fabbricato, anche tenuti a giardino, esclusi: parchi, alberi ad alto fusto, strade private e recinzioni in muratura di altezza superiore a mt. 1,50.

10. Danni a veicoli di terzi in ambito lavori nonché a mezzi sotto carico o scarico
A deroga dell'art. 17 – punti f) – g) la garanzia comprende i danni a veicoli di terzi (compresi dipendenti e/o persone in rapporto di collaborazione coordinata e continuativa) trovantesi nell'ambito di esecuzione dei lavori nonché i danni a mezzi di trasporto sotto carico o scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni. Sono tuttavia esclusi, limitatamente ai natanti, i danni conseguenti a mancato uso.

La garanzia è prestata con una franchigia di € 100,00 per ogni mezzo danneggiato.

12. Danni causati da non dipendenti

L'assicurazione, a deroga dell'Art. 17 – punto c) comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni provocati da persone non in rapporto di dipendenza coordinata e continuativa (parasubordinati), lavoro interinale e/o subappalto con l'Assicurato, ma della cui opera l'Assicurato stesso si avvalga nell'esercizio dell'attività descritta in polizza.

sinistro, ma con il limite dell'80% per occhiali acquistati oltre sei mesi prima, col massimo del 60% se oltre dodici mesi.

In assenza di attestazione del valore di occhiali o lenti danneggiati, sarà indennizzato al 50% del valore di quelli nuovi, ma con il limite di Euro 200,00.

g) Sono compresi i danni alle cose altrui derivanti da incendio, esplosione, scoppio di cose dell'Assicurato o da lui detenute. Qualora per lo stesso rischio esista altra analoga copertura assicurativa, la garanzia di cui alla presente estensione si intenderà operante in eccedenza rispetto a quanto indennizzato dalla predetta polizza. Massimale per sinistro e per anno assicurativo Euro 5.000.000,00.

13. Danni subiti da non dipendenti

L'assicurazione a deroga della relativa esclusione delle Norme di polizza, comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni subiti:

a) dai titolari e/ dipendenti di imprese che svolgono per conto dell'Assicurato stesso lavori di pulizia, manutenzione, riparazione, montaggio, smontaggio, collaudo di tutto quanto necessario all'attività dichiarata, carico, scarico, consegna e/o prelievo di merce;

b) da progettisti e/o direttori dei lavori, consulenti, tecnici, assistenti, legali, professionisti in genere, comunque non dipendenti dell'Assicurato e non in rapporto di collaborazione coordinata e continuativa (parasubordinati) e/o lavoro interinale con lo stesso, in relazione allo svolgimento di lavori effettuati per suo conto.

14. Attività complementari

L'assicurazione comprende la responsabilità civile a carico dell'Assicurato verso terzi (compresi i dipendenti e/o il personale in rapporto di collaborazione coordinata e continuativa "parasubordinati" sempreché il danno non sia indennizzabile a norma del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124) per i danni delle sotto elencate attività se ed in quanto inerenti l'attività principale dichiarata:

a) gestione di spacci e mense aziendali, compresi i casi di avvelenamento da cibi e bevande;

b) gestione di negozi per la vendita al pubblico situati nell'ambito dell'azienda;

c) organizzazione di attività dopo-lavoristiche e ricreative, convegni, congressi, esclusa l'organizzazione di gite aziendali;

d) servizi di sorveglianza anche armata;

e) proprietà o uso di cani;

f) servizio sanitario di pronto soccorso prestato all'interno dell'azienda;

g) partecipazioni ad esposizioni, fiere, mostre e mercati, compreso il rischio derivante dall'allestimento, montaggio e smontaggio degli stands;

h) proprietà e manutenzione di tendoni, insegne, cartelli pubblicitari e striscioni, ovunque installati;

i) proprietà e manutenzione nell'ambito dell'azienda di distributori automatici di cibi e bevande, utilizzazione di distributori di proprietà di terzi, compresi i danni provocati dai cibi o dalle bevande distribuiti;

j) utilizzazione di antenne e parabole radio telericeventi, di recinzioni in genere, di cancelli, anche automatici, di porte ad apertura elettronica, di spazi esterni di pertinenza dell'azienda, compresi giardini, alberi, piante, strade private, binari di raccordo (senza attraversamento di strade), parcheggi, attrezzature sportive e per giochi;

k) svolgimento di operazioni inerenti a "sponsorizzazioni", esclusa l'eventuale organizzazione delle manifestazioni sponsorizzate;

l) lavori di pulizia ed ordinaria manutenzione dei locali occupati dall'Assicurato per l'esercizio delle attività descritte in polizza;

m) manutenzione, riparazione e pulizia di quanto necessario all'attività dichiarata, compresi macchinari, veicoli ed attrezzature;

n) utilizzazione di cabine elettriche, centrali termiche, serbatoi di carburante, nonché relativi impianti e reti di distribuzione nell'interno dell'azienda;

o) committenza dei rischi su elencati.

27. Danni da interruzione o sospensioni di attività

A deroga della relativa esclusione delle "Norme di polizza" la garanzia comprende i danni derivanti da interruzioni o sospensioni (totali o parziali), mancato o ritardato inizio di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizio, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

Indennizzo per sinistro e per anno assicurativo: Euro 1.000.000,00.

79. Committenza auto

L'assicurazione comprende la responsabilità derivante all'Assicurato a norma dell'Art. 2049 c.c. per danni cagionati a terzi dai suoi dipendenti in relazione alla guida di veicoli non di proprietà o in usufrutto all'Assicurato Contraente stesso intestati al P.R.A., ovvero a lui locati, e ciò a parziale deroga delle "Norme di polizza".

La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate sui veicoli abilitati per legge a tale trasporto.

La presente estensione è operante solo dopo esaurimento di ogni altra copertura o garanzia di cui benefici il proprietario e/o il conducente del veicolo che abbia cagionato il danno.

La garanzia è valida a condizione che, al momento del sinistro, il veicolo sia guidato da persona abilitata alla guida ai sensi di legge.

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Codice Civile e Codice Penale richiamati nel contratto

CODICE CIVILE

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospendere l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate. Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1375 - Esecuzione di buona fede Il contratto deve essere eseguito secondo buona fede.

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui [1890] o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo. All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Articoli 1892 e 1893.

Art. 1896 - Cessazione del rischio durante l'assicurazione. Il contratto si scioglie se il rischio cessa di esistere dopo la conclusione del contratto stesso, ma l'assicuratore ha diritto al pagamento dei premi finché la cessazione del rischio non gli sia comunicata o non venga altrimenti a sua conoscenza.

I premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento della comunicazione o della conoscenza sono dovuti per intero.

Qualora gli effetti dell'assicurazione debbono avere inizio in un momento posteriore alla conclusione del contratto e il rischio cessa nell'intervallo, l'assicuratore ha diritto al solo rimborso delle spese.

Art. 1897 - Diminuzione del rischio Se il Contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del rischio Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione

del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è stata comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899 - Durata dell'assicurazione. L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se supera i cinque anni, l'Assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'Assicurato o dei dipendenti L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'Assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1907 - Assicurazione parziale Se l'assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro, l'assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta, a meno che non sia diversamente convenuto.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1914 - Obbligo di salvataggio L'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

Le spese fatte a questo scopo dall'Assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, (1907), anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.

L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'Assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.

L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'Assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'Assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 1917 - Assicurazione della responsabilità civile Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto.

Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi.

L'assicuratore ha la facoltà, previa comunicazione dell'Assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'Assicurato lo richiede.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata.

Tuttavia, nel caso che si dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziarie si ripartiscono tra assicuratore e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'Assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Art. 2043 - Risarcimento per fatto illecito Qualunque fatto doloso, o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno.

Art. 2049 - Responsabilità civile dei padroni e dei committenti I padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti.

Art. 2050 - Responsabilità per l'esercizio di attività pericolose Chiunque cagiona un danno ad altri nello svolgimento di un'attività pericolosa, per sua natura o per la natura dei mezzi adoperati, è tenuto al risarcimento, se non prova di avere adottato tutte le misure idonee a evitare il danno.

Art. 2051 - Danno cagionato da cosa in custodia Ciascuno è responsabile del danno cagionato dalle cose che ha in custodia, salvo che provi il caso fortuito.

Art. 2052 - Danno cagionato da animali Il proprietario di un animale o chi se ne serve per il tempo in cui lo ha in uso, è responsabile dei danni cagionati dall'animale sia che fosse sotto la sua custodia, sia che fosse smarrito o fuggito, salvo che provi il caso fortuito.

Art. 2053 - Rovina di edificio Il proprietario di un edificio od i altra costruzione è responsabile dei danni cagionati dalla loro rovina, salvo che non provi che questa non è dovuta a difetto di manutenzione o a vizio di costruzione.

Art. 2055 - Responsabilità solidale Se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno (C.P.187). Colui che ha risarcito il danno ha regresso contro ciascuno degli altri, nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dall'entità delle conseguenze che ne sono derivate. Nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali.

Art. 2087 - Tutela delle condizioni di lavoro L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro.

CODICE PENALE

Art. 582 - Lesione personale Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da mesi tre a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre nessuna delle circostanze aggravanti previste dagli artt. 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel n.1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa.

Art. 583 - Circostanze aggravanti La lesione personale è grave e si applica la reclusione da tre a sette anni:

1. se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa ovvero una malattia o una incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un periodo superiore ai quaranta giorni.

2. Se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o un organo.

La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva:

1) Una malattia certamente o probabilmente insanabile;

2) La perdita di un senso;

3) La perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;

4) La deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso.

Art. 649 - Non punibilità e querela della persona offesa per fatti commessi a danno di congiunti.

Non è punibile chi ha commesso alcuno dei fatti previsti da questo titolo in danno:

1) Del coniuge non legalmente separato;

2) Di un ascendente o discendente o un affine in linea retta, ovvero dall'adottante o dall'adottato;

3) Di un fratello o di una sorella che con lui convivano.

I fatti previsti da questo titolo sono punibili a querela della persona offesa, se commessi a danno del coniuge legittimamente separato, ovvero dal fratello o dalla sorella che non convivono con l'autore del fatto, ovvero dallo zio o dal nipote o dell'affine in secondo grado con lui conviventi.

Le disposizioni di questo articolo non si applicano ai delitti preveduti dagli articoli 628 -629

e 630 e ad ogni altro delitto contro il patrimonio che sia commesso con violenza alle persone.

ARTICOLI DI LEGGE

Art. 10 (D.P.R. 30/06/1965 n. 1124) Esonero della responsabilità civile del datore di lavoro. L'assicurazione a norma del presente decreto esonera il datore di lavoro dalla responsabilità civile per gli infortuni sul lavoro.

Nonostante l'assicurazione predetta permane la responsabilità civile a carico di coloro che abbiano riportato condanna penale per il fatto dal quale l'infortunio è derivato.

La disposizione del comma precedente non si applica quando per la punibilità del fatto dal quale l'infortunio è derivato sia necessaria la querela della persona offesa.

Non si fa luogo a risarcimento qualora il giudice riconosca che questo non ascende a somma maggiore dell'indennità che, per effetto del presente decreto, è liquidata all'infortunato o ai suoi aventi diritto.

Qualora si faccia luogo a risarcimento, questo è dovuto solo per la parte che eccede le indennità liquidate a norma degli articoli 66 e seguenti.

Agli effetti dei precedenti commi quarto e quinto l'indennità d'infortunio è rappresentata dal valore capitale della rendita liquidata, calcolato in base alle tabelle di cui all'art. 39.

Art. 11 (D.P.R. 30/06/1965 n. 1124) Azione di regresso dell'istituto assicuratore contro le persone civilmente responsabili e contro l'infortunato.

Azione di regresso verso terzi responsabili. L'istituto assicuratore deve pagare le indennità anche nei casi previsti dal precedente articolo, salvo il diritto di regresso per le somme pagate a titolo di indennità e per le spese accessorie contro le persone civilmente responsabili.

La persona civilmente responsabile deve altresì versare all'istituto assicuratore una somma corrispondente al valore del capitale dell'ulteriore rendita dovuta, calcolato in base alle tabelle di cui all'art. 39.

La sentenza, che accerta la responsabilità civile a norma del precedente articolo, è sufficiente a costituire l'istituto assicuratore in credito verso la persona civilmente responsabile per le somme indicate nel comma precedente.

L'istituto può altresì esercitare la stessa azione di regresso contro l'infortunato quando l'infortunio sia avvenuto per dolo del medesimo accertato con sentenza penale. Quando sia pronunciata sentenza di non doversi procedere per morte dell'imputato o per amnistia il dolo deve essere accertato nelle forme stabilite dal Codice di procedura civile.

Art. 14 (legge N. 22 del 12/6/1984) Azione di rivalsa da parte dell'I.N.P.S. nei confronti dei responsabili

1) L'istituto erogatore delle prestazioni previste dalla presente legge è surrogato, fino alla concorrenza del loro ammontare, nei diritti dell'assicurato o dei suoi superstiti verso terzi responsabili e le loro compagnie di assicurazione;

2) Agli effetti del precedente comma, dovrà essere calcolato il valore del capitale della prestazione erogata, mediante i criteri e le tariffe, costruite con le stesse basi di quelle allegate al decreto ministeriale 19 febbraio 1981, in attuazione dell'art. 13 della legge 12 agosto 1962, n. 1338, che saranno determinati con decreto del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, sentito il consiglio di amministrazione dell'istituto nazionale della previdenza sociale.

INFORMATIVA PRIVACY Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D.Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti(1) ci fornisce; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile(2) (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge od in base alle disposizioni impartite dalle autorità di vigilanza di settore (3). In assenza di tali dati non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti(4) nonché ai connessi adempimenti normativi; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo(5) e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa(6).

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa(7).

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D.Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) e UnipolSai Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolsai.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili, potrà consultare il sito www.unipolsai.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati, presso UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.A., al recapito sopra indicato. E-mail: privacy@unipolassicurazioni.it.

– NOTE –

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tariffrarie.
- 5) UnipolSai Gruppo Finanziario S.p.A., cui è affidata, quale capogruppo, la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo. Per la normativa antiriciclaggio, e limitatamente alle polizze di ramo vita, i dati relativi all'avvenuta segnalazione di operazioni considerate sospette potranno essere comunicati solo ad altre società del Gruppo interessate quali intermediari finanziari (incluse le imprese assicurative operanti nei rami vita).
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; clinica convenzionata da Lei scelta; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

Informativa B UNIPOLSAI

- Ed. 11/2011