

COMUNE DI TERNI

Polizza INFORTUNI PROTEZIONE CIVILE COMUNE TERNI

CIG:

Durata: dalle ore 24,00 del _____
alle ore 24,00 del _____

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI RISERVATO AI COMPONENTI DEL GRUPPO PROTEZIONE CIVILE DEL COMUNE TERNI

DEFINIZIONI

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Polizza: documento che prova l'assicurazione.

Compagnia: la società che stipula l'assicurazione.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione ed è tenuta al pagamento del premio.

Premio: la somma dovuta dal Contraente, a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Compagnia le garanzie previste dalla Polizza.

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

Indennizzo: la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Società: vedi Compagnia.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea. **Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione; in particolare, di seguito le definizioni analitiche unitamente alla relativa **“qualifica ed occupazione professionale degli Assicurati”**.

Volontari/Addetti: la garanzia è operante per gli infortuni che dovessero subire gli assicurati durante lo svolgimento di tutte le attività organizzate, gestite e promosse dal contraente. Se presenti altre figure assicurate, limitatamente ai Volontari la garanzia vale altresì per le malattie che questi dovessero contrarre in conseguenza dell'attività svolta nell'ambito dell'Organizzazione di volontariato.

Tra le attività sono comprese, a puro titolo esemplificativo e non esaustivo:

- La partecipazione a tutti gli incontri assembleari previsti dallo statuto, a raduni, a mostre, a manifestazioni aventi carattere promozionale, ricreativo e formativo, connesse ai fini istituzionali della stessa Organizzazione di Volontariato;
- La partecipazione degli assicurati alle operazioni di raccolta carta, stracci ed altri oggetti, anche con uso di autofurgoni, svolte su incarico e a beneficio di parrocchie e altre realtà di volontariato;
- La partecipazione ad attività caritative, assistenziali e formative;
- L'attività di raccolta e stoccaggio di beni alimentari, nonché la relativa consegna degli stessi ai centri di smistamento e/o ai soggetti beneficiari;
- Il servizio di accompagnamento degli assistiti nelle sedi e per i motivi ritenuti più opportuni dall'Associazione, con eventuale estensione del proprio servizio anche all'assistenza domiciliare;
- Riunioni e manifestazioni in genere anche a carattere ricreativo e/o sportivo;
- Pellegrinaggi, viaggi, soggiorni in genere, gite anche sciistiche;
- Passeggiate ed escursioni anche in montagna;
- Sono altresì compresi gli infortuni che gli assicurati dovessero subire durante la permanenza nei locali sede dell'Organizzazione di Volontariato o avvenuti durante i lavori attinenti la conduzione e/o la manutenzione della sede operativa. Occasionalmente può compiere lavori manuali utilizzando anche attrezzature, macchinari e mezzi azionati anche da motore, incluse macchine operatrici.

L'assicurazione è inoltre prestata durante la partecipazione a tutte le attività e manifestazioni previste dallo statuto della contraente Organizzazione di Volontariato.

Frequentatori/Iscritti: la garanzia è operante per gli infortuni che i Frequentatori delle attività organizzate, promosse o gestite dalla Contraente, dovessero subire durante la permanenza nei locali e luoghi gestiti dalla Contraente o per conto della stessa, nonché all'esterno delle sedi citate come più sotto descritto.

L'assicurazione è valida inoltre durante la partecipazione a tutte le attività e manifestazioni connesse ai fini istituzionali della Contraente, purché svolte in gruppo e sotto la diretta sorveglianza e responsabilità dei preposti della Contraente stessa quali, a puro titolo esemplificativo:

- Riunioni (incluso il servizio di doposcuola) e manifestazioni in genere anche a carattere ricreativo e/o sportivo;
- Pellegrinaggi, viaggi, soggiorni in genere, gite anche sciistiche;
- Passeggiate ed escursioni anche in montagna;
- Il soggiorno in campeggi fissi o mobili, colonie, case per ferie gestiti dall'Ente contraente o da terzi;
- Il servizio di accompagnamento degli assicurati dalla propria abitazione alle sedi delle attività dell'Ente contraente e viceversa a piedi, con mezzi di trasporto pubblico e /o privato, purché predisposti dall'Ente contraente;
- La partecipazione degli assicurati alle operazioni di raccolta carta, stracci ed altri oggetti anche con uso di autofurgoni.

Frequentatori/Iscritti/Responsabili/Insegnati/Addetti/Accompagnatori: la garanzia è sempre operante per gli infortuni che gli Assicurati dovessero subire durante la loro partecipazione all'attività scolastica presso la scuola descritta. Sono comprese le lezioni di educazione fisica e lavoro manuale previste dai programmi della scuola anche con l'eventuale uso di macchine; la partecipazione a tutte le attività programmate dall'Ente Contraente nell'interesse degli allievi, purché svolte in forma collettiva e sotto la diretta sorveglianza e responsabilità del Contraente come:

- Visite a scopo di studio e di esperimento;
- Riunioni e manifestazioni in genere anche a carattere ricreativo e/o sportivo;
- Pellegrinaggi, viaggi, soggiorni in genere, gite anche sciistiche;
- Passeggiate ed escursioni anche in montagna;
- Esercizi fisici e sport,
- Il soggiorno in campeggi fissi o mobili, colonie, case per ferie gestiti dall'Ente contraente o da terzi;
- Il servizio di accompagnamento degli assicurati dalla propria abitazione alle sedi delle attività scolastica e viceversa a piedi, con mezzi di trasporto pubblico e /o privato, purché predisposti dall'Istituto;
- La partecipazione degli assicurati alle operazioni di raccolta carta, stracci ed altri oggetti anche con uso di autofurgoni, svolte su incarico e a beneficio di parrocchie e altre realtà di volontariato che chiedano all'Istituto la fattiva collaborazione;
- La partecipazione ad attività caritative, assistenziali, didattiche e formative rivolte anche a persone bisognose esterne all'Istituto;
- I programmi delle scuole indicate in polizza prevedono l'organizzazione e la conseguente partecipazione degli/delle allievi/e a stages aziendali di pratica professionale nel settore amministrativo, contabile e/o direzionale; in detti stages occasionalmente gli/le assicurati/e potranno accedere ai reparti di lavorazione a scopo di apprendimento e/o controllo ma senza prendere parte ai relativi lavori manuali.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'Assicurato o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del c.c.

ART. 2 – ASSICURAZIONI PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

L'assicurato o il Contraente deve comunicare per iscritto all'assicurazione l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il rischio descritto in polizza; in caso di sinistro, l'assicurato o il contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 del c.c.

ART. 3 - DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il contraente non paga i premi successivi l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermo il diritto dell'assicurazione al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c.

Il premio dovrà essere corrisposto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'assicurazione.

ART. 4 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro 15 giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Assicuratore. Le variazioni che devono essere comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione dell'Amministrazione contraente (variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del rischio).

L'Amministrazione contraente non è tenuta a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

L'Assicurato o il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 c.c.

ART. 6 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio dalla prima scadenza successiva alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 c.c., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 7 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'assicurato o il contraente deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'assicurazione entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art 1913 del c.c.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del c.c.

ART. 8 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La Compagnia può recedere dal presente contratto entro il sessantesimo giorno dopo il pagamento o il rifiuto di pagamento dell'indennizzo conseguenti all'avviso di sinistro. Tale facoltà è concessa anche all'assicurato che

riveste la qualifica di “consumatore” (sulla base della definizione data dal comma 2 dell’art. 1469 bis del c.c.); ossia quando assicurato sia una persona fisica ed il contratto assicurativo sia stipulato al di fuori dell’ambito di un’attività lavorativa, professionale o imprenditoriale. Il recesso deve essere comunicato all’altra parte con lettera raccomandata con preavviso di almeno 30 giorni. In caso di recesso la compagnia restituirà al contraente la parte di premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto dal contraente stesso.

ART. 9 – DURATA DELL’ASSICURAZIONE

Il presente contratto ha la durata indicata in polizza e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Su espressa volontà delle parti, la presente assicurazione potrà essere espressamente prorogata per un ulteriore anno alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

La Società si impegna a concedere una proroga temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 150 (centocinquanta) giorni decorrenti dalla scadenza, finalizzata all’espletamento o al completamento delle procedure di gara per l’aggiudicazione della nuova assicurazione, purché la richiesta del Contraente avvenga con un preavviso non inferiore ai 15 giorni.

ART. 10 - ONERI FISCALI

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

ART. 11 - FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente/Assicurato.

ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 13 – PRODUZIONE INFORMAZIONE SUI SINISTRI

Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso entro tre mesi dalla scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, l’Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all’Amministrazione contraente l’evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla prima decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in un formato standard digitale aperto tramite file modificabili, e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dall’Assicuratore;
- la data di accadimento dell’evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell’evento;
- l’indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;
 - b) sinistro liquidato in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.

L’Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l’Amministrazione, d’intesa con l’Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l’Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 13 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza;
- di ogni altra attività che l'assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi esclusi gli infarti e le ernie;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- j) la folgorazione;
- k) le affezioni conseguenti a morsi di animali o rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria.

ART. 14 – RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

1. dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
2. dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole operatrici;
 - di natanti a motore per uso non privato;
3. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
4. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi i deltaplani ed ultraleggeri) salvo quanto disposto al successivo art. 15;
5. dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto del trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
6. dalla partecipazione a competizioni – o relative prove – ippiche, calcistiche, ciclistiche, organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti federazioni od organismi sportivi riconosciuti dal CONI;
7. da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
8. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortuni;
9. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
10. da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
11. da rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (Nuclear Energy Risks Exclusion Clause NMA 1975 ° 1994);
12. da contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

I rischi di cui ai numeri 1, 2, 5 e 6 sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

ART. 15 – RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'assicurato subisca durante i viaggi in aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;

- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente/Assicurato o da terzi in favore degli stessi assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizza infortuni comuni non potrà superare i capitali di:

- a) per persona:
 - Euro 1.032.914 per il caso Morte;
 - Euro 1.032.914 per il caso Invalidità Permanente totale;
 - Euro 259 per il caso di Inabilità Temporanea;
- b) Complessivamente per aeromobile (in caso di polizza cumulativa):
 - Euro 5.164.569 per il caso Morte;
 - Euro 5.164.569 per il caso Invalidità Permanente totale;
 - Euro 5.165 per il caso di Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni stipulate dallo stesso contraente:

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

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

ART. 16 – SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia inabilità temporanea. In ogni caso, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio – o rata di premio – successivo all'inizio del servizio, l'Assicurato ha il diritto di ottenere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

ART. 17 – LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 85 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale di premio.

ART. 18 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

ART. 19 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24.00 del giorno di rientro in Europa dell'assicurato.

La garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, trovandosi all'estero, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

ART. 20 – CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Se nel corso dell'assicurazione si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate in polizza, si applicano gli artt. 1897 e 1898 c.c. Se il cambiamento dell'attività non comporta né diminuzione né aggravamento di rischio, l'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta.

ART. 21 – ALTRE ASSICURAZIONI

Fermo quanto previsto dall'art 2), qualora le somme assicurate con altre polizze – escluse quelle in forma collettiva non stipulato dallo stesso Assicurato – superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la

presente assicurazione, la Società, entro 15 giorni dalla comunicazione, ha la facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

ART. 22 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

Fermo quanto previsto dall'art. 7), la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'assicurato, o in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla società le indagini e gli accertamenti necessari.

ART. 23 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito. Una persona fisicamente integra e sana.

ART. 24 – MORTE

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

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'assicurato muore, gli eredi dell'assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo dell'assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli artt. 60 e 62 del c.c. Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

ART. 25/A – INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione, entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per l'invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per l'invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti:

Perdita totale, anatomica o funzionale di	Destro %	Sinistro %	Unica %
Un arto superiore	70	60	
Una mano o un avambraccio	60	50	
Un pollice	18	16	
Un indice	14	12	
Un medio	8	6	
Un anulare	8	6	
Un mignolo	12	10	
Una falange del pollice	9	8	
Una falange di altro dito della mano			1/3 del dito
Un piede	40	40	
Ambedue i piedi			100
Un alluce			5
Un altro dito del piede			3
Una falange dell'alluce			2,5
Una falange di altro dito del piede			1

Un arto inferiore al di sopra del ginocchio			60
Un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio			50
Un occhio			25
Ambedue gli occhi			100
Un rene			20
La milza			10
Sordità completa di un orecchio			10
Sordità completa di ambedue le orecchie			40
Perdita totale della voce			30
Stenosi nasale bilaterale			15
Esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento di vertebre dorsali			10
Vertebre dorsali			7
12 ^a dorsale			12
Cinque lombari			12
Esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente			5

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

ART. 25/B – FRANCHIGIE

Non si fa luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se l'Invalidità Permanente supera il 3% della totale, viene corrisposto indennizzo solo per la parte eccedente.

ART. 26 – INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) Integralmente, per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) Al 50% per ogni giorno in cui l'assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni. L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente o per morte.

ART. 27 – ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE ALLE ERNIE ADDOMINALI DA SFORZO

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 13) e, fermi i criteri di indennizzabilità di cui all'art. 23), l'assicurazione è estesa limitatamente ai casi di invalidità permanente o di inabilità temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:

- La copertura assicurativa delle ernie decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- Qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- Qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'art. 31).

Qualora, per sostituzione o altra variazione di polizza, la presente copertura subentri – senza soluzione di continuità – ad altra eguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- Dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e le prestazioni della stessa già previste;
- Dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

ART. 28 – RIMBORSO SPESE MEDICHE, FARMACEUTICHE, CHIRURGICHE ED OSPEDALIERE

La Società assicura quando previsto in polizza, il rimborso: degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle spese ospedaliere (accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio), delle terapie fisiche prestate presso centri specializzati e sempreché prescritte dal medico curante, delle spese farmaceutiche nonché delle rette di degenza conseguenti ad un evento considerabile come infortunio a norme di polizza. Nelle prestazioni previste dal capoverso che precede, si intendono comprese anche le spese inerenti agli interventi di chirurgia plastica resi necessari per eliminare e contenere sfregi o deturpazioni di natura estetica fisiognomica subiti in occasione dei medesimi eventi dannosi considerati come infortunio. La garanzia assicura altresì il rimborso delle spese di trasporto dell'infortunato all'Istituto di cura o al Pronto Soccorso e viceversa a mezzo ambulanza o altri mezzi di trasporto. Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili). La denuncia dell'infortunio, anche agli effetti del presente articolo, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste. In caso di ritardata denuncia non vengono rimborsate le spese relative al periodo anteriore al giorno della denuncia stessa.

La domanda per il rimborso di dette spese corredata dai documenti giustificativi di cui sopra deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e la degenza.

ART. 29 – DIARIA RICOVERO

La Società assicura in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura a seguito di infortunio, che richieda o meno intervento chirurgico, la corresponsione dell'indennità giornaliera stabilita in polizza per ciascun giorno di degenza per la durata massima di 90 giorni per ogni infortunio e per un periodo non superiore a 120 giorni per più sinistri che dovessero verificarsi nel medesimo anno assicurativo.

Tale garanzia è prestata in aggiunta, ove prevista, alla somma assicurata per il caso di inabilità temporanea. Per gli assicurati di età inferiore ai 18 anni che frequentino scuole di istruzione elementare, media e secondaria e sempre che il ricovero avvenga durante il periodo scolastico, viene corrisposta a titolo di rimborso spese per recupero scolastico un'ulteriore indennità di 6€ per ogni giorno di ricovero. La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'assicurato o ai suoi eredi a termini della presente polizza su presentazione della documentazione attestante l'avvenuto ricovero e di copia della cartella clinica. Il pagamento viene effettuato a ricovero ultimato. Per i ricoveri avvenuti all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia.

ART. 30 – CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

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

ART. 31 – DEFERIMENTO DELLE CONTROVERSIE AD UN COLLEGIO MEDICO

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 23), sono demandat per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio medico risiede, a

scelta della Società, presso la sede della società stessa o presso la sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Consiglio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo.

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

ART. 32 – DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 33 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, eseguita la valutazione del danno, ricevuta la necessaria documentazione e concordato con l'Assicurato l'importo dell'indennizzo da corrispondere a termine di polizza, la Società si impegna a provvedere al pagamento entro 15 giorni.

ART. 34 – PRODUZIONE INFORMAZIONE SUI SINISTRI

Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso entro tre mesi dalla scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla prima decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in un formato standard digitale aperto tramite file modificabili, e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - d) sinistro agli atti, senza seguito;
 - e) sinistro liquidato in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - f) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.

L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.

NORME CHE, AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PRECEDE, REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

ART. 34 – VARIAZIONE DI PERSONE

Si conviene che le variazioni intervenute durante l'anno assicurativo nel numero delle persone assicurate saranno comunicate per iscritto dal contraente alla fine dell'anno assicurativo stesso ed in base a tale comunicazione la Società procederà al regolamento del premio emettendo apposita appendice che il Contraente si impegna a sottoscrivere. Le variazioni stesse saranno valide a decorrere dalla data del timbro postale di partenza della comunicazione predetta e, comunque, dalla data della ricevuta della raccomandata rilasciata dall'amministrazione postale, sempreché il personale nuovo assunto sia assicurabile a norma di polizza. Fermo l'obbligo del Contraente di corrispondere l'eventuale maggior premio entro 15 giorni dalla presentazione dell'appendice, con l'applicazione, in difetto, dell'art. 1902 C.C..

ART. 35 – GARANZIA ANONIMA

Nelle parti in cui la presente assicurazione sia stata stipulata, a richiesta del contraente con rinuncia, da parte della Società, alla indicazione nominativa degli assicurati, la Società vi acconsente all'espressa condizione che il Contraente denunci, sia inizialmente che nel corso del contratto, il numero massimo delle persone che in presenza contemporanea esplicano le attività descritte. Qualora il numero delle persone risulti superiore a quello denunciato, si applicano le disposizioni di legge.

Per l'identificazione e la conferma della mansione svolta dall'assicurato all'atto del sinistro farà fede la dichiarazione del Contraente comprovante l'incarico specifico cui l'Infortunato attendeva.

Si prende atto che le garanzie prestate in forma anonima escludono le persone regolarmente assunte dal Contraente, salvo quanto espressamente previsto nella descrizione "Qualifica ed occupazione professionale".

ART. 36 – ESISTENZA POLIZZA R.C.

Nel caso che il Contraente abbia in corso con la Compagnia una polizza di Responsabilità Civile che estende la garanzia anche alle persone assicurate con la presente polizza, è espressamente convenuto che, qualsiasi indennizzo la società dovesse pagare in base alla presente polizza, andrà computato a detrazione del risarcimento che essa dovesse corrispondere, per le stesse persone, in base alla predetta polizza di responsabilità civile.

ART. 37 – RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'art. 24 (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza, ed avanzino verso il contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il contraente fosse tenuto a corrispondere a seguito di sentenza definitiva o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

ART. 38 – ESONERO DELL'AOBBLIGO DI DENUNCIA DI MUTILAZIONI O DIFETTI PREESISTENTI

Fermo il disposto dell'art. 1 delle norme che regolano l'assicurazione in generale, il contraente è esonerato dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Nel caso di infortunio sofferto da persona affetta da difetti fisici o mutilazioni rilevanti, l'indennità per invalidità permanente sarà liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, fermo il disposto dell'art. 23 delle norme che regolano l'assicurazione infortuni.

CONDIZIONI PARTICOLARI (CPO) OPERANTI SENZA ESPLICITO RICHIAMO

ART. 1 – RISCHIO IN ITINERE

Si conviene che sono compresi nella garanzia prestata con la presente polizza gli infortuni che gli assicurati possono subire durante il percorso dalla propria abitazione o dalla sede di lavoro alla sede operativa dell'Ente contraente ove vanno a svolgere la propria attività e viceversa, anche se detti percorsi vengono effettuati, oltre che a piedi, con l'uso e guida di mezzi di trasporto pubblico o privato.

ART. 2 – CHIRURGIA RIPARATRICE – RIMBORSO SPESE MEDICHE, FARMACEUTICHE, CHIRURGICHE, OSPEDALIERE

Si conviene che la Società assicura per ogni infortunio e fino alla concorrenza del 30% (trenta per cento) della somma prevista per il caso di invalidità permanente, con il massimo di € 7.747,00 il rimborso delle spese per onorari dei medici e dei chirurghi, delle spese farmaceutiche ed ospedaliere, comprese quelle per il trasporto dell'infortunata/o all'istituto di cura con mezzi di pronto soccorso anche aerei nonché quelle di degenza sostenute anche per interventi di chirurgia riparatrice di sfregi e deturpazioni di natura estetica fisiognomica, subiti in occasione di eventi dannosi considerabili come infortuni a norma di polizza o verificatisi nel corso della garanzia. L'intervento di chirurgia riparatrice dovrà avvenire entro un anno dalla data del certificato di guarigione clinica dell'infortunio e sempre che a tale data l'assicurata/o produca la documentazione medica dalla quale risulti che il danno di natura estetica fisiognomica è conseguenza diretta esclusiva dell'infortunio subito.

La domanda di rimborso spese, corredata dai documenti giustificativi, deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza relativa all'intervento di chirurgia suddetto.

La presente prestazione esclude l'operatività della garanzia prevista all'art. 28 delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni.

ART. 3 – SOSTITUTO

La garanzia prestata con la presente polizza si intende valida nell'esplicazione delle stesse mansioni dell'assicurato per un sostituto quando questi si trova a sostituire l'assicurato stesso in sua temporanea assenza o impedimento. Ciò limitatamente a quei gruppi di assicurati in relazione ai quali la Società non abbia preventivamente accettata la forma anonima.

ART. 4 – ESONERO DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI

L'eventuale coesistenza di altre polizza stipulate personalmente dai singoli assicurati con altre Compagnie per la copertura degli stessi rischi, anche nel caso in cui gli interessati non ne abbiano dato notizia alla Società assicuratrice, non pregiudica la garanzia prestata con la presente polizza e, pertanto, il pagamento della relativa indennità verrà effettuato in ogni caso nella misura dovuta.

ART. 5 – MANCINISMO

Premesso che l'assicurato ha dichiarato di essere mancino, si conviene che le percentuali di invalidità previste dall'art. 25/A per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

ART. 6 – LIMITAZIONE AI SOLI INFORTUNI PROFESSIONALI

A deroga dell'art. 13 delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni e salvo indicazione nominativa degli assicurati e/o altra specifica indicazione nell'appendice "Qualifica ed occupazione professionale delle persone assicurate", si conviene che l'assicurazione vale soltanto per gli infortuni che gli assicurati subiscano nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata in polizza.

ART. 7 – ADOZIONE TABELLA INAIL

Si conviene che le percentuali di invalidità permanente previste dall'art. 25/A delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni si intendono sostituite con quelle di cui all'allegato 1 del DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e

smi intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge, fermo quanto altro previsto dal medesimo art. 25/A.

ART. 8 – INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE

Con riferimento agli artt. 25/A e 25/B delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, che restano pienamente operanti, si conviene che in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% l'indennizzo verrà corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

ART. 9 – ALPINISMO FINO AL TERZO GRADO

L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai fino al terzo grado purché non effettuato isolatamente.

ART. 10 – CLAUSOLA “DENTI”

L'art. 25/A – *Invalidità permanente* viene integrato come segue.

Si conviene inoltre che in caso di rottura di denti (limitatamente a quelli di carattere permanente) la Società riconoscerà al danneggiato un'invalidità permanente liquidabile secondo la tabella di seguito riportata:

- Perdita totale di un incisivo o canino: 2%;
- Rottura pari ad almeno 1/3 di premolare o molare: 0,5%;
- Perdita totale di un premolare o molare: 1%.

L'invalidità massima riconoscibile per ogni singolo evento che comporti rottura di denti non sarà superiore al 30%.

ART. 11 – DIARIA DA RICOVERO E DAY HOSPITAL PER MALATTIA PER I VOLONATRI

La Compagnia corrisponde, in caso di ricovero per malattia dell'assicurato in istituto di cura, un'indennità giornaliera pari a 5 euro per ciascun giorno di degenza per una durata massima di 30 giorni per sinistro e per un periodo non superiore a 100 giorni per più sinistri che dovessero verificarsi nel medesimo anno assicurativo.

In caso di day hospital per malattia per un periodo non superiore a 3 giorni, la garanzia è operante purché risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

L'indennità assicurata verrà corrisposta a partire dal 5° giorno successivo a quello del ricovero.

ART. 12 – NIDO/PRESCUOLA/SCUOLA/DOPOSCUOLA

Età minima: si prende atto che gli iscritti/assicurati possono avere un'età minima di tre mesi compiuti.

Estensione programma scolastico e parascolastico: si prende atto che la garanzia della presente polizza si intende estesa alle attività manuali ed applicazioni tecniche previste dal programma scolastico e parascolastico, quali corsi di fotografia e relativo sviluppo, applicazione corsi di informatica e similari.

Ospiti non allievi Istituto a gite, colonie e/o campeggi: relativamente a gite, colonie e /o campeggi la garanzia si intende valida per gli ospiti di entrambi i sessi non allievi dell'istituto purché in numero pari inferiore agli iscritti dell'istituto stesso.

PACCHETTO “FAMILY CARE”

(TRA PARENTESI LE CATEGORIE DI ASSICURATI PER CUI È AUTOMATICAMENTE OPERANTE LA GARANZIA)

ART. 1 – SPESE DI ACCOMPAGNAMENTO E TRASPORTO DELL'ASSICURATO DALLA SEDE OPERATIVA DELL'ENTE CONTRAENTE ALL'ISTITUTO MEDICO E VICEVERSA

(Volontario, addetto, frequentatore/iscritto)

Se a seguito di infortunio l'Assicurato dovesse necessitare, in base a prescrizione medica, di cure ripetute (medicazioni complesse, cure fisioterapiche, terapie mediche, etc.), la Compagnia a titolo di concorso alle spese di accompagnamento e trasporto all'Istituto medico e viceversa, a fronte della dovuta documentazione, parteciperà fino alla somma di 500,00€.

ART. 2 – SPESE DI TRASPORTO DA CASA O DALLA SEDE DI LAVORO ALLA SEDE OPERATIVA DELL'ENTE CONTRAENTE E VICEVERSA

(Volontario, addetto, frequentatore/iscritto)

Se a seguito di infortunio l'Assicurato diventa portatore, al di fuori delle strutture ospedaliere, di gessature o apparecchi protesici agli arti inferiori (o superiori se il trasporto autonomo è difficoltoso) caratterizzati dal poter essere applicati e rimossi solo da personale medico o paramedico, la compagnia, a fronte della dovuta documentazione, corrisponderà fino a 50,00€ al giorno, con il massimo di 30 giorni per le spese di trasporto da casa o dalla sede operativa dell'Ente contraente e viceversa.

Si precisa tra le parti che la presente condizione è valida anche quando l'assicurato dovesse pur temporaneamente essere costretto ad utilizzare mezzi per invalidi.

ART. 3 – SPESE AGGIUNTIVE

(Volontario, addetto, frequentatore/iscritto)

Se a seguito di infortunio risarcibile a termini di polizza l'Assicurato subisce:

- Danni agli occhiali o al vestiario;
- Danni a sedie a rotelle e tutori, per i portatori di handicap;

la Compagnia rimborsa le spese documentate, necessarie per le riparazioni e/o la sostituzione degli occhiali e delle sedie a rotelle e/o tutori entro il limite massimo di 300,00€.

ART. 4 – MAGGIORAZIONE SULLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

(Volontario, addetto)

In caso di infortunio risarcibile a termini di polizza che determini un'invalidità permanente accertata tra il 25% (compreso) ed il 50% (compreso) e che detto infortunio venga patito da un assicurato:

- Con figli minorenni a carico al momento dell'infortunio;
- Con figli portatori di handicap (intendendosi per tali persone riconosciute invalide almeno del 30%);
- Con minori affidati dai servizi sociali al momento dell'infortunio;

l'indennizzo definito e dovuto verrà raddoppiato entro i limiti della somma assicurata in polizza per invalidità permanente.

ART. 5 – RADDOPPIO DEL CAPITALE ASSICURATO PER RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

(Volontario, addetto)

In caso di infortunio risarcibile a termini di polizza che determini un'invalidità permanente accertata tra il 25% (compreso) ed il 50% (compreso) e che detto infortunio venga patito da un assicurato:

- Con figli minorenni a carico al momento dell'infortunio;
- Con figli portatori di handicap (intendendosi per tali persone riconosciute invalide almeno del 30%);
- Con minori affidati dai servizi sociali al momento dell'infortunio;

- In stato di vedovanza;

il capitale assicurato per la garanzia rimborso spese mediche da infortunio si intenderà raddoppiato.

ART. 6 – RIENTRO DELLA SALMA NEL COMUNE DI RESIDENZA E/O RIMPATRIO DELLA STESSA

(Volontario, addetto, frequentatore/ iscritto)

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza avvenuto all'estero o a più di 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato si verifichi il decesso dello stesso, la Compagnia rimborsa le spese sostenute per il rientro/rimpatrio della salma sino al luogo di sepoltura sino ad un massimo 5.000,00€.

ART. 7 – SPESE PER LEZIONI PRIVATE DI RECUPERO

(Frequentatore/ iscritto)

Se a seguito di infortunio risarcibile a termini di polizza, l'Assicurato ha dovuto assentarsi dalla scuola per un periodo superiore a 15 gg consecutivi, la Compagnia rimborserà, a fronte della dovuta documentazione, le spese sostenute per le lezioni private di recupero, sino ad un massimo di 500,00€.

ART. 8 – PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

(Frequentatore/ iscritto)

Se a seguito di infortunio accaduto negli ultimi 3 mesi di scuola e risarcibile a termini di polizza l'assicurato si trovasse nell'impossibilità di concludere l'anno con esito positivo e di conseguenza dovesse ripetere l'anno stesso, la Compagnia corrisponderà la somma forfettaria di 1.000,00€; ciò limitatamente al primo anno scolastico ripetuto.

ART. 9 – MAGGIORAZIONE SULLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

(Frequentatore/ iscritto)

In caso di infortunio risarcibile a termini di polizza che determini un'invalidità permanente accerta tra il 25% (compreso) ed il 50% (compreso) e che detto infortunio venga patito da:

- Minore a carico di un solo genitore in quanto orfano dell'altro al momento dell'infortunio;
- Minore affidato dai servizi sociali;

l'indennizzo definito e dovuto verrà raddoppiato entro i limiti della somma assicurata in polizza per invalidità permanente.

ART. 10 – DIARIA RICOVERO PER INFORTUNIO

(Frequentatore/ iscritto)

L'Art. 29 – *Diaria Ricovero* si intende integralmente sostituito dal seguente:

La Compagnia corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in Istituto di Cura un'indennità giornaliera di 50,00€ per ciascun giorno di degenza. Per gli assicurati di età inferiore ai 18 anni che frequentino scuole di istruzione elementare, media e secondaria e sempreché il ricovero avvenga durante il periodo scolastico, viene corrisposta a titolo di rimborso spese per recupero scolastico un'ulteriore indennità di 6,00€ per ogni giorno di ricovero. La durata massima è di 90 gg per evento e di 180 gg per anno assicurativo.

In caso di degenza conseguente ad un "ricovero importante" la degenza viene raddoppiata.

Gli infortuni che determinano un "ricovero importante" sono:

- Interventi per asportazione di organi;
- Trapianti;
- Artro-protesi delle grandi articolazioni.

SCHEMA TECNICA N. 1**POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA**

La presente scheda tecnica è parte integrante della polizza n. _____

Assicurato: Volontari n. 25

Qualifica: Volontario

Parametro calcolo premio: N. assicurati

Valore parametro: 25

Premio unitario netto in Euro: 75,05

Premio annuo totale lordo: euro 1923,16 (millenovecentoventitre/16)

Garanzie principali	Somma assicurata / Massimale in euro (per singolo assicurato)	Scoperto / Franchigia %	Franchigia giorni	Scoperto minimo in euro
Morte	100.000,00	/	/	/
Invalità permanente	100.000,00	3,00	/	/
Inabilità temporanea	/	/	/	/
Rimborso spese di cura per infortunio	1.000,00	0,00	/	0,00
Rimborso spese di cura per danni estetici	/	/	/	/
Diaria da ricovero	/	/	/	/
Diaria da gessatura	/	/	/	/

RIEPILOGO LIMITI DI INDENNIZZO, RISARCIMENTO, SCOPERTI E FRANCHIGIE

Clausole	Giorni	% limiti di indennizzo	Euro
Cumulo catastrofale	/	/	7.000.000,00
Morte per infortunio	/	/	/
Invalità permanente per infortunio	/	/	/
Mancinismo	/	/	/
Garanzia anonima	/	/	/
Attività volontariato di protezione civile	/	/	/
Assicurazione per sportivi	/	/	/
Assicurazione dei partecipanti a gite collettive	/	/	/

Scuole	/	/	/
--------	---	---	---

ELENCO DELLE PERSONE ASSICURATE E GARANZIA PRO-CAPITE
(somme assicurate in Euro)

N. ordine	Cognome e Nome Data di nascita Qualifica ed Occupazione professionale	SOMME ASSICURATE IN EURO					Beneficiario caso morte
		Morte	Invalità permanente	Inabilità temporanea	Rimborso spese di cura	Diaria ricovero	
1	VOLONTARI N. 25 Assicurazione in forma anonima	100.00	100.00	ESCLUSA	1.000	Vedasi Art. 11 <i>“Condizioni particolari (CPO) operanti senza esplicito richiamo”</i>	Eredi legittimi e/o testamentari