

**ISTITUTO COMPRENSIVO
“GALILEO GALILEI”
Via Cappella 2
81021 Arienzo(CE)**

CAPITOLATO TECNICO

**POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA
= SETTORE SCUOLE =**

Anno 2018

SCHEDA DI POLIZZA
- INFORTUNI -

Contraente: ISTITUTO COMPRENSIVO "GALILEO GALILEI"
Via Cappella 2 – 81021 Arienzo (CE)

Decorrenza: ore 24 del 24/09/2018

Scadenza : ore 24 del 24/09/2021

Scadenza prima rata: ore 24 del 21/09/2019

Durata : Anni 3 Mesi 0 Giorni 0

Assicurati:	Alunni	n° 823
	Dirigente Scolastico	n° 1(per adesione)
	Direttore Serv. Gen. e Amm.	n° 1(per adesione)
Docenti	n° 132 (per adesione)	
Personale A.T.A.	n° 21(per adesione)	
Altri	n° 0(peradesione)	

Totale n° 978

**PROSPETTO SINTETICO DIPOLIZZA
- INFORTUNI -**

Pag. 3/25

Pag. 3/25

Pag.	<u>GARANZIE</u>	
14/25	Caso di Morte	Euro 100.000,00
14/25	Caso di Invalidità Permanente – fino a:	Euro 200.000,00
17/25	Diaria da Ricovero (x pernottamento)	Euro 50,00
17/25	Rimborso Spese Sanitarie – fino a:	Euro 10.000,00
18/25	Danno Estetico – fino a:	Euro 10.000,00
18/25	Diaria da Gesso (x giorno)	Euro 25,00
18/25	Rottura di Lenti e/o Occhiali, etc. – fino a:	Euro 600,00
18/25	Cure Odontoiatriche e Protesi Dent. - fino a:	Euro 8.000,00
19/25	Spese di Trasporto – fino a:	Euro 2.000,00
19/25	Contagio accidentale da virus H.I.V.	Euro 30.000,00
19/25	Spese Funerarie – fino a:	Euro 3.000,00
20/25	Visite, Viaggi d'istruzione – fino a:	Euro Compreso
20/25	Perdita anno scolastico	Euro 2.000,00
21/25	Rischio Calamità – fino a:	Euro 2.000.000,00
21/25	Sinistro Cumulativo – fino a:	Euro 5.000.000,00
21/25	Rischio Volo	Compreso
21/25	Rischio Guerra all' Estero	Compreso
10/25	Estensione delle garanzie ai Genitori	Compresa
10/25	Estensione delle garanzie ai Supplenti	Compresa
6/25	Regolazione del premio al 5%	Compresa

SOMMARIO

1. *DEFINIZIONI*
2. *CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE*
3. *NORME RELATIVE ALLA POLIZZA INFORTUNI*
4. *PRESTAZIONI*
5. *NORME IN CASO DI SINISTRO*
6. *OPERATIVITA' DELLE PRESTAZIONI*
7. *CONDIZIONI PARTICOLARI*

1 - DEFINIZIONI

Società e/o

Compagnia: impresa assicuratrice aggiudicataria.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Assicurato: la persona nel cui interesse è stipulata la polizza.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Rischio: la probabilità del verificarsi del sinistro.

Beneficiari: eredi testamentari e legittimi.

Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte oppure una invalidità permanente o una inabilità temporanea dell'Assicurato.

Invalidità

permanente: diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Istituto di

cura: Istituto Universitario, Ospedale, Casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche, e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni.

Ricovero: permanenza in Istituto di Cura con pernottamento.

Contagio: evento dovuto a causa esterna, fortuita ed accidentale che produca modificazioni sierologiche.

2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

2.1 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 Codice Civile.

2.2 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente (o dell'Assicurato) relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione come previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 Codice Civile.

2.3 DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il premio annuo per ogni assicurato è stabilito in base ai dati della Scheda di Polizza in cui è riportato il numero degli alunni iscritti e del personale docente e non docente, di eventuali altri soggetti, nonché il personale direttivo in forza all'Istituto Scolastico al momento della richiesta (pag.2/25).

Esso, in caso di polizza annuale, rimane costante anche se il periodo di copertura richiesto è inferiore all'anno scolastico.

Il premio di polizza è determinato in base al numero iniziale di persone che aderiranno al progetto assicurativo (assicurati) e che sarà indicato, diviso per categorie, dall'Istituto nella comunicazione di assegnazione della copertura assicurativa alla Compagnia.

In caso di polizze poliennali il Contraente dovrà comunicare prima delle scadenze dei successivi anni assicurativi, con un anticipo di almeno 30gg, le eventuali variazioni del numero di assicurati, per categoria, onde effettuare le conseguenti variazioni di premio.

2.4 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio è fissato, in via provvisoria, come indicato in polizza e non restituibile. Esso è stabilito definitivamente in base alle variazioni del numero di allievi e di personale assicurato, intervenute nell'anno scolastico considerato e comunicato tempestivamente dall'Istituto Scolastico.

Eventuali conguagli devono, pertanto, avvenire entro il 30.06 di ciascun anno, o al massimo, entro 30 giorni dal termine dell'anno assicurativo.

Non si effettuano conguagli in caso di variazioni non maggiori del 5% (per rispettiva categoria).

Il pagamento deve avvenire entro 30 giorni dalla presentazione della relativa quietanza.

2.5 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno identificato in polizza anche se non è stato pagato il premio, per il versamento del quale la società concede 30 giorni di dilazione; i sinistri eventualmente occorsi nel periodo considerato sono però liquidati solo dopo che il premio sia stato pagato. Se il Contraente non paga i premi l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello di inizio (o scadenza) e riprende dalle ore 24 del giorno di pagamento.

2.6 DURATA DELLA POLIZZA – PERIODO DI ASSICURAZIONE

La durata della polizza si desume dai dati riportati nella “ Scheda di Polizza” e decorre dalle ore 24 del giorno ivi indicato.

Il “periodo di assicurazione” è stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata inizialmente (prima scadenza di polizza poliennale) per una minor durata.

2.7 FACOLTA' DI RECESSO DAL CONTRATTO PER SINISTRI

Né il Contraente né la Compagnia Assicuratrice potranno recedere per nessun motivo dalla polizza prima della scadenza del “ periodo di assicurazione “ in corso (punto 2.6).

Se il recesso avviene per iniziativa della Compagnia , onde consentire al Contraente l'espletamento di una nuova gara d'appalto, deve essere rispettato , pena il decadimento del diritto di recesso, un preavviso di almeno 60 giorni.

2.8 RESCINDIBILITA'

Se il contratto viene stipulato per durata poliennale, le Parti si riservano la facoltà di risolverlo alla scadenza di ogni anno assicurativo, mediante lettera raccomandata da inviarsi due mesi prima della scadenza (decreto Bersani – 2° pacchetto).

2.9 TACITO RINNOVO

Questa clausola non è operante, pena la nullità del contratto, ai sensi delle leggi n°537 /1993e n. 62/2005 che vietano il rinnovo tacito dei contratti per le Pubbliche Amministrazioni.

2.10 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente (o l'Assicurato) è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società Assicuratrice eventuali altre polizze da lui stipulate (o che stipulerà) per le stesse persone e per gli stessi rischi, fermo restando l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome

degli altri, in caso di sinistro.

Quest'obbligo vale anche nei confronti delle Compagnie con le quali altri Enti (comuni, regioni, associazioni sportive, etc.) hanno contratto uguali coperture a favore degli stessi assicurati. L'omissione dolosa della comunicazione di cui sopra può comportare la decadenza del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art.1910 del Codice Civile.

La presente polizza opera indipendentemente da altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino con la sottoscritta Compagnia o con altre. Resta comunque inteso che qualora gli Assicurati usufruiscano per il rimborso delle spese di cura di coperture assicurative previste da contratti stipulati presso altre società di assicurazione, la garanzia della presente polizza vale per le spese (o l'eccedenza di spesa) non rimborsate dalle suddette società.

2.11 PERSONE SOGGETTE ALL 'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA

La presente polizza si intende espressamente stipulata in aumento all'assicurazione di legge contro gli infortuni sul lavoro, anche se l'obbligo a detta assicurazione sopravvenga in corso di contratto.

2.12 MODIFICHE DELL 'ASSICURAZIONE

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

2.13 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni del Contraente e degli Assicurati relative alla polizza devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma, telefax, telex.

2.14 ONERI FISCALI

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

2.15 FORO COMPETENTE

Il foro competente è quello del luogo ove ha sede l'Istituto Scolastico contraente.

2.16 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato nelle presenti Condizioni Generali di Assicurazione e nelle allegate Condizioni Particolari, valgono le norme della legge italiana.

3 - NORME RELATIVE ALLA POLIZZA INFORTUNI

3.1 AMBITO DELLA GARANZIA

L'assicurazione, nei confronti delle persone indicate al punto 3.3 seguente, è operante per gli infortuni che possono verificarsi durante lo svolgimento di tutta l'attività scolastica, curriculare ed extracurriculare, intendendo compresi in detta definizione (a titolo esemplificativo e non limitativo), e sempreché deliberate dagli organi collegiali nell'ambito delle loro competenze:

- .1 lezioni, prescuola , doposcuola , refezioni, ricreazioni, sperimentazione e attività di laboratorio; attività tutte gestite dagli operatori scolastici;
- .2 educazione fisica e avviamento alla pratica sportiva, attività ginnico-sportiva a qualsiasi livello territoriale (comunale, provinciale, regionale, nazionale internazionale) ferme le esclusioni previste al punto 3.10.2 che segue; in occasione di uscite didattiche, gite e visite di istruzione, incontri sociali, nonché dei viaggi d'istruzione anche in ambito di interscambi culturali, di corsi vari sia in Italia che all'estero, anche per via aerea, marittima e con mezzi di servizio regolari di linea; per tutte le citate occasioni l'assicurazione vale anche per i relativi trasferimenti collegiali
- .3 visite o stages che a norma delle vigenti disposizioni possono essere effettuati a scavi, cantieri, aziende, laboratori e caserme vv.ff., etc. compresa l'eventuale partecipazione ad attività pratiche e/o lavorative, sempre che tali attività siano dirette e sorvegliate dagli insegnanti dell'Istituto e/o da personale dell'azienda presso la quale si svolge lo stages.
- .4 anche nel caso in cui il personale docente e non docente non sia assicurato con la presente polizza, l'assicurazione è prestata a favore degli insegnanti e degli operatori scolastici in genere, durante la loro partecipazione a soggiorni, gite, visite e viaggi di istruzione (compresi brevi stages pratici presso caserme vv.ff.) o connesse manifestazioni sportive rientranti nei programmi didattici o deliberati dagli organi collegiali;

3.2 RISCHIO IN ITINERE

- a L'Assicurazione è operante durante il percorso dalla propria abitazione a scuola e viceversa, e durante la sosta nei locali scolastici e pertinenze in occasione dell'ingresso e dell'uscita, il tutto entro un'ora dall'inizio e dal termine dell'orario scolastico; la garanzia comprende l'uso dei mezzi di locomozione pubblici e privati;
- b Il personale scolastico, se assicurato, che opera in più Sedi o Istituti, è garantito durante l'intera attività lavorativa, compresi gli spostamenti tra una sede e l'altra.

3.3 PERSONE ASSICURATE

Con la presente polizza si assicurano, nei termini indicati al capitolo “PRESTAZIONI”(punti 4..)

- **gli allievi iscritti presso l’Istituto Contraente, la cui identificazione è specificata al punto 3.4 e seguenti.**
- **il personale docente, non docente e direttivo operante presso l’Istituto Contraente, purchè risultante dalla “Scheda di Polizza”, identificato come al punto 3.4 e seguenti.**
- **altri soggettiiesterni (adulti, minori, etc.) e/o esperti esterni retribuiti partecipanti ai corsi POR, PON, Scuole Aperte, Progetti vari, etc.,nonché a tutti i corsi di formazione autorizzati e finanziati da Enti Pubblici e Privati.**

Inoltre l’assicurazione è estesa, gratuitamente, ancorché non riportato nella “Scheda di Polizza”:

- agli **allievinon assicurati** che partecipano a viaggi, visite, gite d’istruzione, purchè sia assicurato il 90% degli allievi iscritti presso l’Istituto.
- al **personale docente e non docente**, che accompagna gli allievi durante viaggi, visite, gite.
- agli **obiettori di coscienza** (questi ultimi su indicazione degli Enti locali e se da questi non assicurati direttamente).
- ai **familiari** che, a titolo volontario, e con l’autorizzazione del Dirigente e/o del Consiglio di Circolo/Istituto, accompagnano gli allievi durante viaggi, visite, gite d’istruzione oppure partecipano direttamente ad attività didattiche e/o pratiche all’interno della Scuola; ai familiariche prestano la loro opera negli Organismi di Gestione dell’Istituto.
- ai **supplenti temporanei**, a condizione che l’insegnante sostituito risulti assicurato.
- al **personale in quiescenza** che svolge attività all’interno della scuola, secondo quanto stabilito dallaC.M. n.127 del 14/04/1994 ed ai **consulenti esterni** che, su mandato della scuola, svolgono attività saltuaria e gratuita per la stessa.

3.4 IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

L’Istituto Contraente è esonerato dall’obbligo della preventiva denuncia alla società delle generalità degli Assicurati, ma si impegna a fornire gli elenchi nominativi degli alunni che non hanno aderito all’assicurazione e del personale che ha aderito; detti elenchi faranno parte integrante del contratto. In mancanza di segnalazione, entro un mese dalla data di effetto del

contratto, delle generalità degli alunni non assicurati e del personale assicurato, si presume che sia stata assicurata la totalità delle categorie con applicazione, eventuale della “Regola Proporzionale”. Per la loro identificazione si farà riferimento alle risultanze dei registri e degli altri documenti obbligatoriamente tenuti dall’Istituto Scolastico, che il Contraente si impegna ad esibire, in qualsiasi momento, alle persone incaricate dalla Società

3.5 TRASFERIMENTI

Qualora un alunno/docente/addetto assicurato si trasferisca presso altro istituto scolastico, l’assicurazione segue l’Assicurato presso il nuovo istituto fino al termine dell’anno scolastico in corso.

Il Contraente può rilasciare all’interessato una dichiarazione in merito; eventuali infortuni devono essere denunciati alla Società per il tramite del Contraente con le informazioni del caso.

3.6 DECORRENZA DELLA GARANZIA PER I NUOVI INSERIMENTI

Qualora nel corso dell’anno scolastico all’elenco degli aderenti si aggiungano altri alunni e/o altro personale:

- a) inseriti nelle classi / nella scuola dopo la chiusura della raccolta delle adesioni.
- b) inizialmente non assicurati,

l’assicurazione nei loro confronti decorre:

- automaticamente dalle ore 24 del giorno di iscrizione/inserimento nell’Istituto Scolastico per i nuovi inserimenti di cui al punto a). Il premio sarà regolato come descritto al punto 2.4 .
- dalle ore 24 del giorno di spedizione della raccomandata tendente a modificare l’elenco degli “esclusi” (per gli alunni)/”inclusi” (per il personale) di cui al punto b). Il premio sarà regolato al più presto con apposita variante di polizza.

3.7 ACCERTAMENTI E CONTROLLI

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

3.8 ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITA’

Premesso che gli Allievi sono sempre assicurati, ancorchè portatori di minorazioni fisiche e/o psichiche, gli altri Assicurati- fermo quanto stabilito al punto 3.9 (Persone non assicurabili) –

sono protetti dalla garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute; per tutti è espressamente confermato che la liquidazione di eventuali sinistri avverrà secondo i criteri di indennizzabilità stabiliti dal punto 5.2.

Qualora l'infortunato, non appartenente alla categoria Allievi, risulti colpito da apoplezia o infarto oppure affetto da diabete, epilessia, emofilia (salvo quanto previsto dal punto 5.1.3 successivo, con riferimento alla garanzia "Contagio accidentale da virus HIV"), leucemia, altre infermità giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, l'indennizzo liquidabile a termini di polizza è ridotto alla metà.

3.9 PERSONE NON ASSICURABILI

Fatta eccezione per gli Allievi, che sono sempre assicurabili, nei confronti delle altre categorie la garanzia non vale per le persone

- di età superiore a 75 anni (restando tuttavia in vigore fino al completamento dell'anno assicurativo in corso al compimento di detta età).
- affette da alcolismo, A.I.D.S. o sindromi correlate, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive e psicosi in genere.

La copertura cessa con il loro manifestarsi, nessun indennizzo è dovuto dalla Società.

Inoltre, per la garanzia "Contagio accidentale da virus H.I.V.", non sono assicurabili le persone affette da emofilia e le persone portatrici del virus H.I.V., prima della denuncia del sinistro.

Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste; il premio sarà restituito.

3.10 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

3.10.1 Rischi Compresi

L'assicurazione comprende anche:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- l'asfissia non dipendente da malattia;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le conseguenze (con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari) obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali.

3.10.2 Rischi Esclusi

Ancorchè eventualmente occorsi durante l'attività di cui al punto 3.1 sono comunque esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- guida o uso, anche come passeggero, di mezzi subaquei o aerei, compresi tra questi deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili (**salvo quanto previsto al punto 4.16 che segue**);
- pratica di paracadutismo e sports aerei in genere; sports o attività subacquee con uso di autorespiratore (compresi i casi di embolia),
- stato di ubriachezza; uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe o uragani (**salvo quanto stabilito al successivo punto 4.18**)
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- partecipazione a gare - non di regolarità pura - e relative prove con veicoli o natanti a motore;
- pratica dei seguenti sports: alpinismo o sci alpinismo (oltre il 3° grado della "Scala di Monaco") senza accompagnamento di guida o portatore patentati, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle varie forme, pugilato, salto dal trampolino con sci, speleologia, bob, skeleton, sci acrobatico, sports estremi;
- guerra ed insurrezioni in genere (**salvo quanto previsto al successivo punto 4.17**).

4 - PRESTAZIONI

4. CASI ASSICURATI

Le prestazioni assicurate sono regolamentate dalle norme che seguono.

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la garanzia è operante, nei confronti dei singoli Assicurati, per i casi e le somme indicati nel Prospetto di Polizza e nei punti seguenti.

4.1 CASO MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata di **Euro 100.000,00** , già indicata nel "Prospetto di Polizza" (pag,3/25), ai beneficiari .

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di 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, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

Qualora a seguito dell'infortunio la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 Codice Civile .

Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto - entro 15 giorni dalla richiesta- alla restituzione della somma pagata .A restituzione avvenuta l'Assicurato avrà diritto all'eventuale indennizzo derivante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

4.2 CASO INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.La somma assicurata, come riportato nel "Prospetto di Polizza", è prevista fino ad **Euro 200.000,00**.

4.2.1 **Valutazione del grado di invalidità**

Il grado di invalidità è accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri seguenti:

perdita totale, anatomica o funzionale:	dx	sn
- di un arto superiore	70%	60%
- della mano o dell'avambraccio	60%	50%

- del pollice	18%	16%
- dell'indice	14%	12%
- del medio	8%	6%
- dell'anulare	8%	6%
- del mignolo	12%	10%
- della falange ungueale del pollice	9%	8%
- di una falange di un altro dito della mano	1/3 del valore del dito	

anchilosi:

- della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
- gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
- del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%

paralisi completa:

- del nervo radiale	35%	30%
- del nervo ulnare	20%	17%

perdita totale, anatomica o funzionale di:

- un arto inferiore:	
° al di sopra della metà della coscia	70%
° al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
° al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%
- un alluce	5%
- un altro dito del piede	1%
- falange ungueale dell'alluce	2,5%

anchilosi:

- dell'anca in posizione favorevole	35%
- del ginocchio in estensione	25%
- della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastraglica	15%

paralisi completa dello sciatico popliteo esterno 15%

perdita totale anatomica o funzionale di:

- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%

perdita totale della capacità uditiva di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
stenosi nasale assoluta:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
esiti di frattura:	
- scomposta somatica di una costa	1%
- amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
° una vertebra cervicale	12%
° una vertebra dorsale	5%
° 12° dorsale	10%
° una vertebra lombare	10%
- di un metamero sacrale	3%
- di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
perdita anatomica:	
- di un rene senza compromissioni significative della funzionalità renale	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
- afonia (perdita totale della voce) (la perdita parziale della voce non è indennizzabile)	30%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per

il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere, al massimo, il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

4.2.2 Liquidazione dell'indennizzo

L'indennizzo per invalidità permanente è determinato secondo i seguenti criteri:

1. **Euro 750,00** per ogni punto di invalidità accertata fino al 10° (compreso)
2. **Euro 1.200,00** per ogni punto di invalidità accertata compreso fra il 11° ed il 25° (compreso)
3. **Euro 1.500,00** per ogni punto di invalidità accertata compresa fra il 26° ed il 60° (compreso)
4. Se l'invalidità accertata è **superiore a 60 punti** viene corrisposto **l'intero capitale** assicurato indicato nel "Prospetto di Polizza" (pag.3/25).

Gli indennizzi risultanti dai punti 1,2,3, cumulano tra loro; l'indennizzo di cui al punto 4, non cumula con nessun altro.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa.

Tuttavia se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennizzo per l'invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

4.3 DIARIA DA RICOVERO

In caso di ricovero reso necessario dall'infortunio, la Società corrisponde la diaria assicurata indicata nel "Prospetto di Polizza", pari a **Euro 50,00**, per ogni pernottamento fino al massimo di 180 pernottamenti per ogni infortunio.

4.4 RIMBORSO SPESE SANITARIE

Per la cura delle lesioni causate da infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa

-fino alla concorrenza del massimale assicurato, indicato nel "Prospetto di Polizza" e pari a **Euro 10.000,00**, -le spese effettivamente sostenute e rese necessarie dall'infortunio:

4.4.1 In caso di ricovero in istituto di cura (pubblico o privato):

- durante il ricovero, per assistenza medica e infermieristica, onorari dell'equipe che effettua l'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (comprese le endoprotesi), accertamenti diagnostici, trattamenti riabilitativi, rette di degenza;
- nei 60 giorni prima del ricovero, per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;
- nei 120 giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura, per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi;

4.4.2 In caso di cura delle lesioni effettuata in regime ambulatoriale, senza ricovero, per:

- accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi;
- trasporto dell'Assicurato al luogo di cura con mezzi adeguati alle condizioni di salute dell'infortunato;

4.5 DANNO ESTETICO

In caso di danno estetico permanente(volto, testa, collo) dovuto ad infortunio, provato dalla cartella clinica descrittiva rilasciata da un Pronto Soccorso e non altrimenti risarcibile, le spese documentate per le cure e per l'intervento riparatore sono rimborsabili fino a concorrenza di **Euro10.000,00** , purché l'intervento di chirurgiaricostruttiva avvenga entro due anni dall'infortunio e non oltre un anno dalla scadenza del presente contratto.

4.6 DIARIA DA GESSO

Qualora, in conseguenza di infortunio coperto da questa polizza, venga applicata all'Assicurato, in Istituto di Cura, un'ingessatura e/o una protesi inamovibile agli arti inferiori, la Società riconoscerà una diaria di **Euro 25,00** per ogni giorno in cui l'Assicurato è risultato presente a scuola. Tale diaria viene corrisposta per un massimo di 40 gg per sinistro.

4.7 ROTTURADILENTI(E/OOCCHIALI), DI APPARECCHI ACUSTICI, DI PROTESI ORTOPEDICHE

La Società rimborsa – sino alla concorrenza di **Euro 600,00** - le spese sostenute per l'acquisto di lenti (anche a contatto) e/o occhiali (compresa la montatura fino a **Euro 200,00** di spesa).

Inoltre la Società rimborsa - sino alla concorrenza di **Euro 600,00** - le spese sostenute per l'acquisto (oriparazione onoleggio) di protesi acustiche o ortopediche (comprese le carrozzelle) .

In entrambi i casi precedenti la rottura deve essere determinata da infortunio che abbia provocato lesioni obiettivamente constatabili.

La presente garanzivale esclusivamente a favore degli Allievi dell'Istituto Contraente

4.8 CURE E PROTESI DENTARIE

La Società rimborsa - sino alla concorrenza di **Euro 10.000,00**, con il limite di **Euro 1000,00 per ogni dente**, - le spese dentarie di primo intervento e per protesi rese necessarie a seguito di infortunio obiettivamente constatabile.

In caso di rottura di protesi dentarie fisse o mobili a seguito di infortunio obiettivamente constatabile, la Società rimborsa, fino alla concorrenza di **Euro 500,00** , le spese sostenute per la loro riparazione o sostituzione.

Lapresente garanzivale esclusivamente a favore degli Allievi dell'Istituto Contraente

4.9 SPESE DI TRASPORTO

La Società rimborsa le spese per il trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso con mezzi adeguati alle condizioni di salute dell'infortunato. Il rimborso avviene nella misura del 80% e fino alla concorrenza di **Euro 300,00**, ovvero al 100% e fino a **Euro 2.000,00** se l'emergenza richiede l'intervento dell'eliambulanza.

Sono rimborsate, inoltre, le spese, purchè documentate e fino alla concorrenza di **Euro 500,00** sostenute per il ripristino della tappezzeria del veicolo che ha effettuato il primo trasporto, imbrattata o danneggiata a causa del trasporto stesso necessario per il soccorso dell'Assicurato.

4.10 CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS H.I.V.

In caso di contagio da virus H.I.V., esclusivamente avvenuto durante lo svolgimento delle attività assicurate descritte in polizza in conseguenza di:

- puntura o ferita occasionale da oggetto infettato da virus;
- aggressioni subite dall'Assicurato;
- trasfusione di sangue e/o di emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;

- contagio avvenuto in situazioni di soccorso nell'ambito dell'Istituto Scolastico, a soggetti assicurati già portatori del virus H.I.V,

La Società assicura l'indennizzo indicato nel "Prospetto di Polizza", pari a **Euro 30.000,00** qualora l'Assicurato risulti sieropositivo, secondo la procedura di accertamento stabilito dal punto 5.1.3 che segue.

4.11 SPESE FUNERARIE

La Società rimborsa, agli aventi diritto, le spese funerarie conseguenti ad infortunio mortale, indennizzabile a termine di polizza, ed effettivamente sostenute. Esse saranno riconosciute fino a concorrenza della somma assicurata di **Euro 3.000,00**.

4.12 GITE, VISITE E VIAGGI D'ISTRUZIONE - SCAMBI CULTURALI

4.12.1 In caso di GITE, VISITE, VIAGGI DI ISTRUZIONE, SCAMBI CULTURALI, in Italia ed all'Estero, la Società rimborsa le maggiori spese di viaggio derivanti da:

- trasporto presso struttura sanitaria in loco e rientro in Italia (anticipato o posticipato) in conseguenza di infortunio o malattia che abbia impedito il rientro in comitiva;
- rientro anticipato per decesso di un familiare fra quelli di seguito indicati: coniuge, figlio, fratello, genitore, nonno, suocero, genero/nuora;
- viaggio di un familiare reso necessario da ricovero del partecipante alla gita che richieda assistenza al degente;
- trasporto della salma del partecipante in seguito a decesso per infortunio o malattia;

4.12.2 Nei CASI di cui al PUNTO PRECEDENTE, le prestazioni previste ai punti 4.3 (Diaria da ricovero), 4.8 (Spese Mediche), 4.13.1 (Gite, visite e viaggi di istruzione), sono valide anche per le **malattie** (intendendosi per tale ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio), manifestatesi durante il periodo in cui l'Assicurato si trova fuori dalla abituale residenza. Sono escluse le situazioni patologiche insorte e/o rilevatesi precedentemente alla stipula del contratto, nonché le malattie mentali, i disturbi psichici, le conseguenze da abuso di alcolici e da uso di psicofarmaci, allucinogeni stupefacenti.

4.13 PERDITA ANNO SCOLASTICO

Limitatamente ai soli Allievi degli Istituti Superiori, la Società rimborsa una somma forfetaria di **Euro 2.000,00** in caso di assenza di almeno 60 giorni a seguito di infortunio (documentata da certificazione medica e scolastica), che, a giudizio del Consiglio di Classe, sia stata causa, della perdita dell'anno scolastico.

La presente garanzia vale esclusivamente a favore degli Allievi dell'Istituto Contraente

4.14 RISCHIO VOLO

A parziale deroga di quanto previsto al punto 3.10.2 che precede :

- l'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante l'uso, soltanto come passeggero, di aeromobili; sono esclusi i voli su altri mezzi di locomozione aerea indicati all'art. 3.10.2 - . Rischi esclusi :deltapiani, ultraleggeri, parapendio e simili, nonché su aereomobili eserciti da Aero Clubs.

4.15 RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

A parziale deroga di quanto previsto al punto 3.10.2 che precede:

- l'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata e non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato sia sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace; (esclusi lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino che non sono considerati estero).

4.16 RISCHIO CALAMITA' NATURALI

- l'assicurazione vale per gli infortuni causati da calamità naturali (movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe o uragani), ma **per la metà delle somme indicate in contratto e/o derivanti dalla sua applicazione** per ciascun assicurato.

Inoltre se più Assicurati con la presente polizza fossero coinvolti in un medesimo evento di quelli suindicati, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di **Euro 2.000.000,00** ; se gli indennizzi spettanti complessivamente eccedessero tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti.

Gli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, trombe, uragani, verificatisi fuori dai confini degli Stati d'Italia, di S. Marino, del Vaticano, sono indennizzati per intero nei limiti del suddetto massimale .

4.17 LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO CUMULATIVO

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, con la presente polizza l'esborso a carico della Società non potrà superare complessivamente **Euro 5.000.000,00** intendendosi proporzionalmente ridotto l'indennizzo per ciascun Assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano detto importo.

5 - NORME IN CASO DI SINISTRO

5.1 LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

5.1.1 DENUNCIA - DOCUMENTAZIONE

La denuncia dell'infortunio deve essere effettuata dal Contraente, per iscritto, alla Società o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza. In deroga ai termini previsti dall'art. 1913 del Codice Civile, essa va inoltrata entro 15 giorni dal sinistro o dal momento in cui il l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, o dal momento in cui il Contraente ne sia venuto a conoscenza.

La denuncia deve contenere descrizione dell'infortunio, luogo, giorno, ora, cause che lo determinarono e, in caso di decesso, deve essere corredata da certificato di morte dell'Assicurato. Successivamente alla denuncia devono essere inviati certificati medici sul decorso delle lesioni. L'accertamento di eventuali postumi di invalidità permanente viene effettuato in Italia.

Le spese relative ai certificati e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Per il rimborso delle spese di cura devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notule, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la documentazione medica relativa.

La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.

Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra Assicurazione Privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'Ente pubblico o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato. Per la liquidazione della "Diaria da Ricovero" deve essere fornita la cartella clinica rilasciata dall'Istituto di Cura.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto, devono consentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

5.1.2 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La Società ricevuta la documentazione necessaria e compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento, che avverrà in Italia ed in Euro.

Il rimborso di spese di cura effettuate all'estero (paesi non comunitari) verrà eseguito al cambio medio - desunto dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi - della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

5.1.3 CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS “H.I.V.”(punto 4.10)

5.1.3.1 L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus H.I.V. a causa di un evento accidentale descritto al punto 4.10 che precede, deve entro 3 giorni (deroga al punto 5.1.1) dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Società (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma o telex o fax indirizzato all'Agenzia che amministra la polizza.

Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata alla Società una descrizione dettagliata dell'evento, certificata dal Contraente o dall'Ente - se diverso dal Contraente - presso il quale si è verificato il fatto accidentale.

Entro 6 giorni dall'evento l'Assicurato - fatta eccezione per i casi regolamentati al punto 5.1.3.2 seguente - deve sottoporsi ad un primo test H.I.V. presso un centro specializzato indicato dalla Società.

Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; l'assicurazione prevista dal punto 4.10 cessa nei suoi confronti.

Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo, l'Assicurato entro 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test: se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, la società liquiderà l'indennizzo previsto dall'assicurazione. Tutte le spese mediche relative al test H.I.V. sono a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese saranno rimborsate dalla Società

L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza del beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

Il rispetto rigoroso dei termini della denuncia e degli altri obblighi indicati nei commi precedenti. è essenziale per la validità dell'assicurazione ; in caso di inadempienza l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo.

5.1.3.2 In relazione ai rischi descritti al punto 4.10 ed alla procedura di accertamento della sieropositività da H.I.V., si conviene che:

- in caso di aggressione a seguito della quale l'Assicurato, o chi per lui, si trovi in condizioni di non-autosufficienza (tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso, con conseguente ricovero in istituto di cura), l'Assicurato deve sottoporsi al test appena ne abbia avuto la possibilità e comunque entro 180 giorni dall'aggressione;

L'aggressione deve risultare da denuncia (anche contro ignoti) alla autorità competente

- in caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico, l'Assicurato è esonerato dal 1°test, restando confermata la necessità di sottoporvisi entro 180 giorni dalla trasfusione; la cartella clinica completa sarà corredo necessario della pratica del sinistro.

5.1.3.3 La Società, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo test immunologico descritto nel precedente punto 5.1.3.1, corrisponde l'indennizzo pari all'intera somma indicata nel “Prospetto di Polizza”.

5.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi origine e tipologia, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nell'avalutazione del grado di invalidità permanente, le percentuali di cui al punto 4.2 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

5.3 CONTROVERSIE

In caso di divergenza sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sulla durata e pertinenza dell'inabilità temporanea e delle spese di cura, si potrà procedere, **su accordo delle Parti**, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico.

I primi due componenti di tale Collegio saranno designati dalle Parti ed il terzo, d'accordo, dai primi due, o in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di Istituto Universitario di Medicina Legale e delle Assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato.

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

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

5.4 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di cui all'art. 1916 Cod. Civ. verso i terzi responsabili del sinistro.

6 - OPERATIVITA' DELLE PRESTAZIONI

6.1 VALIDITA' TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

6.2 INDIPENDENZA DA OBBLIGHI ASSICURATIVI DI LEGGE

La presente assicurazione è stipulata in aggiunta e in ogni caso indipendentemente da qualsivoglia obbligo in tal senso dovesse derivare al Contraente da leggi vigenti o future.

7 - CONDIZIONI PARTICOLARI

7.1 CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato, con apposito mandato, la gestione del presente contratto all' Impresa di Brokeraggio Assicurativo **FreeBroker srl**, con sede in via Laviano n. 128 - Is. 3, 81100 Caserta - P. IVA 03329450617, iscritta all'Albo della C.C.I.A.A. di Caserta con il **numero di repertorio 235401** e al Registro Unico degli Intermediari di Assicurazione e Riassicurazione presso l' ISVAP nella **Sezione B con il numero di iscrizione B000190818**.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione potranno essere svolti, per conto del Contraente, dall' Impresa di Brokeraggio, la quale è autorizzata a trattare con la l'Agente Generale della Compagnia Assicurativa (delegataria in caso di coassicurazione).

Resta intesa, in tutti i casi, l'efficacia liberatoria, sia ai sensi dell' art. 1901 del Codice Civile, sia secondo il Codice delle Assicurazioni, del pagamento del premio effettuato per il tramite della suddetta Società di Brokeraggio, anche nel caso non fosse direttamente autorizzata all'incasso dalla Società Assicuratrice.

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

Il Contraente

**ISTITUTO COMPRENSIVO
GALILEO GALILEI
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Rosa Prisco**



La Società

FREEBROKER SRL

FreeBroker Srl
Via Laviano, 128 - Is. 3
81100 CASERTA
P. IVA 03329450617