

Pluriass Scuola

Unipol

ASSICURAZIONI

Compagnia n.1 per le coperture assicurative Enti Pubblici

Contratto di assicurazioni

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

a. s. 2012 - 2013

Il presente fascicolo informativo contiene:

- a) Nota informativa, comprensiva di glossario
- b) Garanzie e massimali
- c) Condizioni Generali e Speciali di Assicurazione
- d) Informativa privacy

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa

Nota informativa

• A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

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

• B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni
4. Periodi di carenza contrattuali
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischi Questionario Sanitario
6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione
7. Premi
8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate
9. Diritto di recesso
10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto
11. Legislazione applicabile
12. Regime fiscale

• C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

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

• Glossario

Condizioni di Assicurazione

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

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione “Infortuni Rischi Speciali”

(Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)

Gentile Cliente,

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

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

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

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

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del

Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come “**Avvertenze**” sono stampate su fondo colorato, in questo modo evidenziate e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa si rinvia al sito www.unipolassicurazioni.it alla Sezione Chi siamo/Unipol Assicurazioni/Aggiornamento Fascicoli informativi.

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

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

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) UNIPOL Assicurazioni S.p.A. (“la Società”), società unipersonale soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046.

b) Sede legale e Direzione: Via Stalingrado 45, 40128 Bologna (Italia).

c) Recapito telefonico: 051 5077111 - telefax 051 375349

- sito internet: www.Unipolassicurazioni.it - indirizzo di posta elettronica: info-danni@Unipolassicurazioni.it .

d) La Società è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento Isvap n. 2542 del 3/8/2007, pubblicato sulla G.U. n. 195 del 23/8/2007. Numero di iscrizione all'Albo delle imprese assicurative: 1.00159.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono inerenti all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2011.

Patrimonio netto: € 1.158.532.300,00.

Capitale sociale: € 259.056.000,00

Totale delle riserve patrimoniali: € 1.238.654.015,00.

Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: 1,19; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacito rinnovo.

Avvertenza: il contratto, di durata non inferiore ad un anno, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o telefax, spediti almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, è prorogato per un anno e così successivamente. Si rinvia all'art. 1.10 “Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione” delle “Norme che regolano il contratto in generale” per gli aspetti di dettaglio. Se le parti hanno invece pattuito la non rinnovabilità della polizza, il contratto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta. Si rinvia all'art. 1.13 “Pattuizione della non rinnovabilità della polizza” delle “Norme che regolano il contratto in generale” per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni

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

a) INFORTUNI: la Società indennizza gli infortuni che provochino la morte dell'Assicurato, una invalidità permanente, una inabilità temporanea e/o una delle altre conseguenze previste dalle condizioni di assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 3.9 “Garanzie prestate”- alle lettere A) B) C) D) E) delle Norme che regolano le singole Sezioni – Sezione Infortuni”.

b) MALATTIA: la Società indennizza le malattie, manifestatesi successivamente alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, che determinino per l'Assicurato il ricovero in istituto di cura. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 4.1 "Garanzie prestate" - lettera A) - Indennità per ricovero da Malattia - delle Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Malattia".

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

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti, massimali/somme assicurate per il dettaglio dei quali si rinvia agli articoli delle sezioni "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri", "Norme che regolano le singole Sezioni – sezione Infortuni e Sezione Malattia" e "Condizioni Particolari". Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza e relativi allegati, che integrano e/o derogano al contratto. Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali / somme assicurate mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento della franchigia su indennizzo per Invalidità Permanente:

> esempio:

somma assicurata Euro . 210.000,00

Nessuna franchigia

Invalidità permanente accertata: 25%

Indennizzo da liquidare:

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

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

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

totale Euro 29.300,00

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

> 1° esempio:

due notti di ricovero in assenza di ulteriori indennizzi o con indennizzi inferiori a Euro 500,00 =

n. 2 x € 100,00 = totale Euro 200,00

> 2° esempio:

un giorno di day hospital con € 600,00 di spese mediche:

risarcimento:

Euro 600,00 spese

Euro 50,00 day hospital

totale Euro 650,00

Meccanismo di funzionamento per indennizzo sulla diaria da immobilizzazione:

> 1° esempio:

frattura arto inferiore con gessatura di 35 giorni e nessuna spesa: Euro 720,00

> 2° esempio:

frattura arto superiore, gessatura di 25 giorni e spese per € 550,00:

risarcimento:

spese Euro 550,00

diaria da gesso € 8,00 x 25 gg = € 200,00

totale Euro 750,00

> 3° esempio:

frattura dita mano con gessatura di gg. 10

Euro 8,00 x 10 = € 80,00

Meccanismo di funzionamento per indennizzo su garanzia Rimborso Spese Mediche:

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche:

Euro 50.000,00

esempio garanzia spese odontoiatriche

> esempio:

spese fatturate Euro 500,00

spese preventivate per terapia protesica da effettuarsi alla maggiore età : Euro 1.000,00

totale risarcimento: Euro 1.500,00

4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza: la copertura Indennità per ricovero da Malattia è prestata con i termini di carenza previsti dall'articolo 4.2 "Termini di aspettativa e decorrenza della garanzia" delle Norme che regolano le singole Sezioni – Sezione Malattia", al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

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

Avvertenza: le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'articolo 511 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Norme che regolano il contratto in generale per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: la Società presta la garanzia Indennità per ricovero da Malattia sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario Sanitario, che deve essere compilato in maniera precisa e veritiera e formerà parte integrante del contratto.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione

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

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

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

1° esempio (Aggravamento del rischio)

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

2° esempio (Diminuzione del rischio)

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

7. Premi

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

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli 1.3 "Decorrenza della garanzia e pagamento del premio" e 1.4 "Frazionamento del premio" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

Avvertenza: la Società o l'intermediario assicurativo possono applicare sconti sul premio di polizza qualora vengano pattuite con il Contraente limitazioni della garanzia prevista dalle Condizioni di Assicurazione e/o sulla base di specifiche valutazioni di carattere tecnico/commerciale.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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

9. Diritto di recesso

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

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

11. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12. Regime fiscale

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

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti ali- quote attualmente in vigore:

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza:

• Coperture Infortuni

Ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro è il giorno dell'infortunio. Il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni dal sinistro o da quando ne hanno avuto la possibilità. Il fatto deve essere denunciato indicando con precisione il luogo, il giorno, l'ora dell'evento e le cause che lo hanno determinato, allegando alla denuncia i certificati medici.

Per gli aspetti di dettaglio delle modalità e termini per la denuncia e delle procedure di accertamento e liquidazione del danno si rinvia all'articolo 2.1 "Obblighi in caso di sinistro" delle Norme per la liquidazione dei sinistri.

• Copertura Indennità per Ricovero a seguito di Malattia:

Ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro in caso di indennità per ricovero è considerato il primo giorno di ricovero.

Il Contraente o l'Assicurato deve denunciare alla Società la malattia entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità; la denuncia deve essere sottoscritta dall'Assicurato o, in caso di impedimento per le conseguenze riportate, dai suoi aventi diritto, e deve essere corredata da certificazione medica comprovante le cause e la durata del ricovero.

Per gli aspetti di dettaglio delle modalità e termini per la denuncia e delle procedure di accertamento e liquidazione del danno si rinvia all'articolo 2.1 "Obblighi in caso di sinistro" delle Norme per la liquidazione dei sinistri.

In caso di sinistro infortuni o malattia l'Assicurato è tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura. L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta rimangono a carico dell'Assicurato.

14. Reclami

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

UNIPOL Assicurazioni S.p.A. - Reclami

Assistenza Clienti - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Tel.: 02 55604027 (da lunedì a giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.30; venerdì dalle 9.00 alle 12.00) - Fax: 02 51815353 -

E-mail: reclami@Unipolassicurazioni.it .

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

I reclami indirizzati all'ISVAP devono contenere:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.Unipolassicurazioni.it .

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

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

- all'ISVAP, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie

in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;

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

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

15. Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di UNIPOL Assicurazioni S.p.A., Ufficio Riscontro, Via Stalingrado 45, 40128 Bologna, fax n. 051 7096855.

Il tentativo di mediazione è obbligatorio, cioè deve essere attivato prima dell'istruzione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa, per le controversie in materia di controlli di assicurazione e per quelle in materia di risarcimento danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti.

Il contratto prevede che la Società e l'Assicurato possano demandare la risoluzione delle controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulle sue conseguenze ad un collegio di tre medici, che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 2.13 "Arbitrato irrituale" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto della Società e dell'Assicurato di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

GLOSSARIO

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

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

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

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

Assicurazione: contratto di assicurazione.

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

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

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

Contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

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

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

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

Day Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico o riabilitativo che non richiedono la necessità di ricovero ma, per loro natura e complessità l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continua

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

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

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

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

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

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

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

Sono inoltre compresi anche i mezzi di contenzione amovibili - sempreché rigidi, esterni e comunque immobilizzanti - purché prescritti:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Periodo di assicurazione - Annualità assicurativa:

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

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

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

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

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

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

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

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

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

La pratica dello snowboard si divide in:

- Disciplina Hard, intendendosi per tale la discesa effettuata in campo libero, nonché lo slalon praticato nelle varie forme.
- Discipline soft, intendendo per tali:
- Half Pipe: gli atleti si misurano con un "canalone" artificiale eseguendo vari tipi di figure ruotando sia sull'asse verticale che su quello orizzontale.
- Snowboardcross: gli atleti scendono in gruppo su un percorso comune contraddistinto da ostacoli quali salti, gobbe, cunette, curve paraboliche e in alcuni casi da oggetti come piscine.
- Freeriding estremo: gli atleti scendono da pendii con inclinazioni superiori a 55 gradi.

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

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

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

- Aeromobili di peso non superiore MTOM (Kg) 2700 sia con ala fissa, sia con ala rotante;
- Alianti, moto aliante, aerostati e dirigibili;
- Apparecchi per il volo ULM (ultra leggeri);
- Apparecchi e / o attrezzi per il volo da Diporto Sportivo o Volo Libero (quali a titolo esemplificativo e non limitativo deltaplani, paramotori e parapendii). E' inoltre considerato sport aereo la pratica del paracadutismo.

Sport agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI la cui pratica preveda allenamenti o prove finalizzate alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o manifestazioni sportive, purché non rientranti nell'ambito di sport professionistici. In tale classificazione di attività sportiva, l'eventuale presenza di remunerazione - in premio o in denaro – è ammessa purché non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e/o continuativa e comunque da considerarsi del tutto marginale ad altra fonte di reddito principale e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente a titolo di "una tantum" e/o rimborso delle spese sostenute.

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

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

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

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

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

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

Ed. 07/2012

UNIPOL Assicurazioni S.p.A.

L'Amministratore Delegato

(Carlo Cimbri)

GARANZIE E MASSIMALI

INFORTUNI	Somme assicurate
➤ Morte e Morte Presunta	230000,00
➤ Invalidità Permanente	250000,00
➤ Rimborso Spese mediche a seguito di infortunio	40000,00
➤ Spese odontotecniche ed odontoiatriche	10000,00
➤ Rimborso per acquisto lenti danno oculare – rottura occhiali	5000,00
➤ Diaria da ricovero	100,00
➤ Day hospital	50,00
➤ Diaria da gesso	1200 / 40,00
➤ Danno estetico	12000,00
➤ Spese di trasporto casa/scuola – max 30gg -	50,00
➤ Spese di trasporto casa/istituto di cura – max 30 gg -	50,00
➤ Spese aggiuntive	Comprese
• Danni al vestiario	2000,00
• Danni a strumenti musicali	500,00
• Danni a sedie a rotelle e tutori, per portatori di handicap	2500,00
• Danni ad occhiali in palestra	200,00
• Danni a biciclette	500,00
➤ Spese per lezioni di recupero	4000,00
➤ Perdita anno scolastico	18000,00
➤ Poliomielite * Meningite Cerebro Spinale /AIDS ed Epatite Virale	50000,00

RESPONSABILITA' CIVILE TERZI	Somme assicurate
➤ RCT/RCO/RC dipendenti, danno biologico – Responsabile Sicurezza – d.lgs 81/2008	5000000,00
➤ Responsabilità Civile Terzi – limite per anno	Illimitato
➤ Danni da interruzioni o sospensioni di attività	500000,00
➤ Danni da incendio	500000,00
➤ Cartelli, insegne, striscioni pubblicitari	Compresi
➤ Committenza generica	Compresi
➤ Scambi culturali	Compresi
➤ Gestione mense, bar e distributori automatici – somministrazione bevande	Compresi

ASSISTENZA	Somme assicurate
ASSISTENZA A SCUOLA	Compresa
➤ Consulenza medica telefonica	Compresa
➤ Invio medico e/o ambulanza	Compreso
ASSISTENZA IN VIAGGIO	Compresa
➤ Consulenza medica telefonica	Compresa
➤ Invio medico e/o ambulanza	Compresa
➤ Collegamento continuo con il centro ospedaliero	Compreso
➤ Trasporto – rientro sanitario	Compreso
➤ Rientro dell'Assicurato convalescente	Compreso
➤ Trasferimento – rimpatrio della salma	Compreso
➤ Spese funerarie	10000,00
SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO	90000,00
ASSICURAZIONE BAGAGLIO	3000,00

INFORTUNI

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.. Tuttavia l'omissione di una circostanza eventualmente aggravante, così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, da parte del Contraente e/o dell'Assicurato, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo e/o colpa grave, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Art.2 ESONERO DELLA COMUNICAZIONE DI ALTRE ASSICURAZIONI

Il contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi.

Tuttavia, in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art.1910 del Codice Civile.

Art.3 PAGAMENTO DEL PREMIO-DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

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 di pagamento.

Se il contraente non paga il premio alla firma o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 65° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c..

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art.5 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società, possono comportare la perdita totale o parziale all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.

Art.6 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Art.7 RINUNCIA AL RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La Società rinuncia al recesso per sinistro.

Art.8 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il Mondo intero..

Art.9 DURATA DELL'ASSICURAZIONE-DEROGA AL PATTO DI TACITA PROROGA

La polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta. Tuttavia, a richiesta dell'Istituto Scolastico Contraente, potrà essere concessa una proroga ai sensi di legge. In tale ipotesi il premio al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza appena scaduta, per ogni giorno di copertura.

In questo caso il termine per il pagamento del premio, a deroga dell'Art. 1901 del Codice Civile secondo comma, viene fissato in 60 giorni, restando inteso che il premio stesso sarà soggetto al ricalcolo in base al numero degli alunni del nuovo anno scolastico e al numero degli Operatori della scuola da comprendere in garanzia, fermo il premio pro capite.

Art.10 PERSONE ASSICURATE

Il numero degli assicurati (Studenti e Operatori Scolastici) al momento della stipula della polizza, come comunicato dal Contraente, è quello indicato nei frontespizi di polizza e corrisponde alla totalità degli stessi.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia alla Società delle generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri del Contraente che dovrà quindi esibirli alla Società a semplice richiesta, anche per eventuali accertamenti e controlli.

Qualora nel corso dell'anno si iscrivano alla Scuola altri Alunni o prendano servizio per la prima volta Operatori Scolastici, la Società fissa una percentuale di tolleranza del 3% rispetto a quelli inizialmente dichiarati, entro la quale la stessa non procederà alla richiesta del versamento della quota annuale di premio.

Qualora un assicurato si trasferisca presso altro Istituto scolastico, l'assicurazione segue presso il nuovo Istituti 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.

Art.11 CALCOLO DEL PREMIO-TOLLERANZA 5%

Il premio di polizza viene calcolato sulla base del numero degli Alunni Iscritto e degli Operatori Scolastici (100%).

È concessa al Contraente la facoltà di calcolare il premio in modo forfettario nella misura del 95% dell'importo ottenuto applicando il premio pro-capite sul 95% per una o per entrambi le categorie di soggetti, il Contraente dovrà fornire l'elenco degli assicurati ciò in deroga dell'Art.10 PERSONE ASSICURATE.

Art.12 STATO PSICOFISICO-PATOLOGIE OCCULTE

Tutti gli Assicurati sono garantiti, indipendentemente dal loro stato psicofisico o degli handicap di cui siano portatori.

Viene tuttavia precisato che se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto è imputabile a preesistenti situazioni fisiche e patologiche.

Gli infortuni sono indennizzabili anche quando la causa determinante sia ascrivibile a stati patologici occulti e sempreché l'infortunio si sia verificato durante le ore di educazione fisica o motoria.

Art.13 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possano essere adempiuti che dall'assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Cod. Civ.

Art.14 COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società coassicuratrici, in caso di sinistro, le medesime concorreranno nel pagamento dell'indennizzo in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Le Società coassicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Delegataria individuata nel contratto stesso. Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti dal Contraente/Assicurato con la Società Delegataria.

La Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici, indicate nella polizza o appendice, a firmare in loro nome e per loro conto tutti gli atti contrattuali.

Pertanto la firma apposta dalla Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali e massimali assicurati e dei premi spettanti a ciascuna Coassicuratrice risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

Le Coassicuratrici saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci, anche nei propri confronti, tutti gli atti di gestione ordinaria, stragiudiziale e giudiziale compiuti dalla Delegataria per conto comune, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare esperti (periti, medici, consulenti, etc.). di conseguenza tutti i rapporti, anche in sede giudiziaria, inerenti alla presente assicurazione faranno capo sia dal punto di vista attivo che passivo alla Delegataria la quale provvederà ad informarle.

È fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi, il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice e tale procedura è accettata dalle medesime.

Tutte le comunicazioni fatte alla Delegataria, anche attinenti alla denuncia dei sinistri, hanno effetto nei confronti dei Coassicuratori.

Art.15 FORO COMPETENTE

Relativamente alle controversie tra Contraente o Assicurato e Società, in merito alla interpretazione, esecuzione e risoluzione del presente contratto, il Foro competente in via esclusiva è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del contraente/beneficiario/assicurato.

Art.16 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art.17 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente disciplinato dal contratto valgono le Norme di Legge.

Norme che regolano l'assicurazione infortuni

CONDIZIONI SPECIALI –

Art. 18 ASSICURATI AGGIUNTIVI -

Oltre alle persone indicate all'Art.10 PERSONE ASSICURATE, l'assicurazione è estesa, senza il versamento di premi aggiuntivi anche a:

- Partecipanti a viaggi di istruzione, visite ed uscite didattiche in genere (comprese gite e "settimane bianche"), estranei all'organico della scuola, senza limite numerico. Agli atti della scuola saranno conservati gli elenchi dei partecipanti. La copertura assicurativa è prestata, per ciascun partecipante, fino alla concorrenza dei massimali assicurati in polizza, avrà la durata del viaggio e sarà relativa ai rischi inerenti lo stesso;
- Genitori degli alunni quando svolgono il ruolo di membri di diritto degli organi collegiali previsti dal D.P.R. n. 416 DEL 31/05/74 e successivi o quando partecipino ad iniziative/progetti/attività regolarmente deliberate e messe in atto dagli Organi Scolastici competenti;
- Uditori ammessi alla frequenza dell'Istituto Scolastico Contraente;
- Ex alunni che frequentano "Tirocini Formativi e di Orientamento" nell'ambito di programmi di inserimento e orientamento al mondo del Lavoro (Legge 196 del 24/06/97, Regolamento n°142 del 25/03/98);
- Assistenti educatori e di lingua straniera che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici o nominati dal (M.I.U.R.)
- Tirocinanti che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organo Scolastici o in forza di convenzioni con singole Facoltà Universitarie o altri Enti Italiani ed Esteri.
- Volontari che prestano attività a titolo gratuito:
 - a) Secondo quanto stabilito dalla Circolare Ministeriale 127 del 14/04/94;
 - b) durante l'esecuzione di piccoli lavori di giardinaggio e manutenzione del verde (esclusi potature ed abbattimento di alberi)
 - c) in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici.
- Revisori dei Conti in missione presso l'Istituto Scolastico durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta.
-

Art.19 CAPITALI ASSICURATI

I capitali assicurati sono quelli indicati nella "Tabella delle Garanzie e Massimali" che forma parte integrante del presente capitolato.

Art.20 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

l'assicurazione è prestata per le conseguenze dirette ed esclusive degli infortuni che gli assicurati possono subire durante tutte le attività scolastiche, parascolastiche, extrascolastiche e interscolastiche, purché tali attività rientrino nel normale programma di studi o comunque siano state regolarmente deliberate e messe in atto dagli organismi scolastici competenti o organi autorizzati dagli stessi.

L'assicurazione infortuni è altresì prestata per le seguenti attività anche se vengono svolte al di fuori delle sedi scolastiche.

- Tutte le ore di lezione, comprese le lezioni di educazione fisica o motoria e l'insegnamento complementare di avviamento alla pratica sportiva;
- tutte le attività ricreative di carattere ginnico - sportivo che si svolgano nel prescuola, interscuola e doposcuola, anche se extra-programma;
- le attività dei conservatori di musica, dell'Accademia Nazionale di Danza e dell'Accademia di Arte Drammatica;
- la preparazione, gli allenamenti e le gare dei Giochi della Gioventù e le manifestazioni sportive scolastiche internazionali indette dalle competenti Federazioni;
- la refezione e ricreazione;
- le lezioni pratiche di topografia con uso di strumenti;
- le gite e le passeggiate scolastiche;
- la partecipazione a "settimane bianche" con l'avvertenza che per l'esercizio di sport della neve i capitali assicurati sono ridotti del 50%;
- i viaggi di integrazione culturale e di preparazione di indirizzo;
- le visite ad altre scuole, a mostre, musei, esposizioni, fiere ed attività culturali in genere;
- Le visite a cantieri, aziende e laboratori scavi nonché la partecipazione a "Stages" e "Alternanza scuola - lavoro" con l'intesa che tali attività possono comportare esperimenti e prove pratiche dirette;
- i trasferimenti esterni ed interni connessi allo svolgimento di tutte le suddette attività.

Sono compresi nelle garanzie prestate:

- L'intossicazione da cibo avariato somministrato durante la refezione scolastica nonché gli avvelenamenti acuti da indigestione di sostanze;
- le lesioni cagionate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l'annegamento, l'asfissia non di origine morbosa, l'assideramento o il congelamento;
- la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni derivanti da aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, sempreché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva o volontaria;
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza o colpi di sonno;
- gli infortuni che derivano da propria imperizia, imprudenza, negligenza anche gravi;

- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti e delle rotture sottocutanee dei tendini, le ernie addominali traumatiche con l'avvertenza, per queste ultime, che se l'ernia, anche se bilaterale non risulta operabile secondo parere medico, verrà riconosciuta un'indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente totale.
- Sono inoltre compresi gli infortuni subiti durante il tragitto dalla propria abitazione alla scuola e viceversa, compresi gli eventuali rientri pomeridiani effettuati con qualsiasi mezzo di locomozione durante il tempo necessario a compiere il percorso prima e dopo l'orario di inizio e termine di tutte le attività, salvo il caso che esista un terzo responsabile che provveda alla liquidazione del danno

Art.21 RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da operazione chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da guerra, insurrezione;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Art.22 MORTE DA INFORTUNIO E MORTE PRESUNTA

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno del quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi legittimi e/o testamentari. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi legittimi e/o testamentari. Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso dalle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'Art. 60 comma 3 del Codice Civile, resta inteso che se, dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata maggiorata degli interessi legali. A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità Permanente eventualmente subita.

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

Tuttavia se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, 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.

Art.23 INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo della Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'Industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro del 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute con rinuncia, da parte della Società, alla applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

La perdita totale o irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minoranze, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennizzo viene stabilito mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione con il massimo del 100%..

Resta tuttavia convenuto che:

- in caso di infortunio liquidabile a termini di polizza che colpisca un alunno orfano di un genitore e che comporti una invalidità permanente di grado uguale o superiore al 25%, la somma liquidabile verrà raddoppiata;
- 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 p della successione testamentaria o legittima;
- in caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro e la mano destra si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.
- non si farà luogo ed indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3%.

Se essa risulterà superiore a detta percentuale, la Società liquida – solo per la parte eccedente – una indennità sulla somma assicurata pari a:

- fino al 5% Euro 1.000,00 per ogni singolo punto
- dal 6% al 15%.....Euro 1.500,00 per ogni singolo punto
- dal 16% al 44%.....Euro 2.500,00 per ogni singolo punto
- per I: P. > 45% : Euro 250.000,00.

I. P. > al 75%, si riconosce un capitale aggiuntivo di Euro 50.000,00 pro-capite, per un totale complessivo di Euro 300.000,00.

Art.24 RIMBORSO SPESE MEDICHE a primo rischio (escluse odontotecniche ed odontoiatriche)

La società rimborsa, nei limiti del capitale assicurato, le spese di carattere sanitario conseguenti ad infortunio sostenute dall'Assicurato:

- **In caso di ricovero per:**
 - accertamenti diagnostici;
 - ticket e onorari medici prima del ricovero;
 - degenza in Istituto di cura per assistenza medica, infermieristica;
 - rette di degenza;
 - medicinali e terapie varie;
 - esami
 - onorari della equipe che effettua l'intervento chirurgico;
 - diritti di sala operatoria;
 - materiale d'intervento (ivi comprese le endoprotesi);

- **dopo il ricovero o se non vi è stato ricovero, per:**
 - analisi;
 - accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa; - ticket;
 - cure, medicinali;
 - assistenza infermieristica;
 - interventi chirurgici ambulatoriali;
 - applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione;
 - noleggio apparecchiature terapeutiche ed ortopediche, stampelle;
 - presidi ortopedici;
 - trattamenti fisioterapeutici e rieducativi;
 - protesi ed apparecchi acustici;
 - protesi oculari esclusi gli occhiali.

Art.25 SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti del capitale assicurato, le spese odontotecniche ed odontoiatriche rese necessarie da infortunio ma limitatamente a due protesi sempreché applicate entro un anno dal giorno dell'infortunio. Nel caso in cui, per l'età giovanile dell'Assicurato, non sia possibile l'applicazione della prima protesi entro un anno dalla data dell'infortunio, l'Assicurato potrà richiedere un indennizzo sulla base del preventivo delle cure da sostenere. Tale indennizzo sarà erogabile una sola volta a definizione del sinistro sino ad un massimo del corrispondente costo previsto dalla "Tariffa nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche e odontoiatriche".

La ricostruzione delle parti danneggiate – intervento di conservativa – non è considerata protesi e rientra pertanto, a tutti gli effetti, nelle spese per cure odontoiatriche ed ortodontiche.

L'Assicurato si impegna a presentare alla Società un preventivo dettagliato di tutte le cure da effettuarsi.

Art.26 RIMBORSO PER ACQUISTO LENTI PER DANNO OCULARE – ROTTURA OCCHIALI

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti del capitale assicurato a tale titolo:

- le spese per l'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto rese necessarie da danno oculare;
- le spese per la riparazione, o la sostituzione se non riparabili, di lenti e montature di occhiali da vista danneggiate in conseguenza di un infortunio.

Il rimborso sarà effettuato dalla Società purché la spesa sia stata sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio.

Art.27 DIARIA DA RICOVERO – DAY HOSPITAL – DIARIA DA GESSO

La Società corrisponde all'Assicurato, nei limiti del capitale assicurato, una diaria giornaliera per un massimo di 365 giorni, in caso di ricovero in Istituto di cura determinato da infortunio. Qualora il ricovero venga effettuato in regime di degenza diurna ("Day Hospital"), la diaria di degenza verrà corrisposta in ragione del 50% della somma assicurata per un massimo di 200 giorni.

Quando l'Assicurato non possa, a causa di gesso od apparecchi immobilizzatori (agli arti superiori o inferiori), applicati e rimossi necessariamente da personale medico o paramedico nelle apposite strutture, partecipare alle lezioni in aula e quindi rimanendo immobilizzato in casa, sarà corrisposto un indennizzo di € 40,00 per ogni giorno con il massimo di € 1200,00. Questo indennizzo non cumula con eventuali altri indennizzi dovuti per diaria da ricovero o day hospital.

Art.28 DANNO ESTETICO

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti del capitale assicurato, le spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, se in seguito ad un infortunio l'Assicurato stesso subisse deturpazioni e sfregi di carattere estetico al viso. Il rimborso sarà effettuato entro due anni dall'infortunio.

Art.29 SPESE DI TRASPORTO CASA-SCUOLA

La Società rimborsa lo studente, nei limiti del capitale assicurato, le spese da lui sostenute per il trasporto da casa a scuola e viceversa, qualora diventi portatore, al di fuori dell'Istituto di cura, di gessature e/o di apparecchi protesici al bacino e/o agli arti

inferiori, applicati e rimossi da personale medico e/o paramedico, con limite di Euro 50,00 al giorno e per un massimo di trenta giorni consecutivi escluse le festività.

Art.30 SPESE DI TRASPORTO CASA ISTITUTO DI CURA

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti del capitale assicurato, le spese da lui sostenute a seguito di infortunio per il suo trasporto all'ambulatorio o all'Istituto di cura e da un Istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle sue condizioni nonché, se necessario, per il rientro al domicilio.

Art.30-a) Trasferimento/rimpatrio della salma/spese funerarie: in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto a seguito di infortunio mortale o di patologia improvvisa e imprevedibile occorso durante le attività assicurate, la Società risarcirà le spese funerarie sostenute e documentate fino alla concorrenza della somma assicurata.

Se il decesso è avvenuto in viaggio, la Società corrisponderà interamente le spese sostenute per il trasporto della salma entro il massimale di spese funerarie.

Art.30-b) Viaggi e visite d'istruzione in Italia ed all'estero – scambi culturali

b.1) Trasporto – rientro sanitario: qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato presso un centro ospedaliero a seguito di infortunio o malattia improvvisa che comportino lesioni o infermità non curabili in loco e che ne impediscano la continuazione del viaggio e/o del soggiorno, la Società rimborserà senza limite di spesa, entro il massimale Spese Mediche, i costi del trasferimento sanitario dell'Assicurato. Il trasporto potrà essere effettuato con i mezzi ritenuti più idonei, compreso l'utilizzo di aereo, sia "sanitario", in Europa, sia "di linea appositamente attrezzato" per gli altri casi.

Nel caso di Assicurato non ricoverato che necessiti di rientro anticipato a seguito di infortunio o patologia acuta, la Società rimborsa le spese di trasporto sia in aereo classe turistica, sia in treno – 1^a classe-, sia in ambulanza, entro il massimale di Spese Mediche.

b.2) Malattia - Viaggi d'istruzione all'estero -: rimborso spese mediche sostenute a seguito di cure per malattia acuta (malattia contrassegnata da insorgenza subitanea, da sintomi imponenti e da durata relativamente breve).

Massimo risarcimento: Euro 90.000,00 per sinistro. Massimo risarcimento per più assicurati € 150.000,00

b.3) Rimborso per biglietto aereo di A/R (classe turistica), o treno, per un familiare che assista l'Assicurato, pernottamento e vitto in albergo. Per l'uso di autovettura si corrisponderà il costo di un biglietto ferroviario di 1° classe per il percorso equivalente.

Massimo risarcimento complessivo : Euro 1000,00.

b.4) Annullamento gite/viaggi a seguito di Infortuni o Malattia

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa, certificata da documentazione medica, l'Alunno assicurato, che abbia già provveduto al pagamento della quota pro-capite di iscrizione, fosse impossibilitato a partire per gite, viaggi e/o scambi culturali in Italia o all'estero organizzati dalla scuola, la Società rimborserà all'allievo, dietro presentazione delle ricevute/fatture debitamente quietanzate, la spesa già sostenuta, fino ad un importo massimo di € 1.200,00 per Alunno, ma non superiore a € 2.000,00 per anno scolastico, (escludendo dal rimborso il corrispettivo eventualmente restituito alla scuola o all'allievo dal tour operator o dall'intermediario che organizza il viaggio).

Condizioni essenziali per avere diritto al rimborso sono:

- a) la Scuola dovrà denunciare il sinistro tempestivamente e comunque non oltre il 2° giorno lavorativo successivo alla data programmata di partenza, pena il mancato indennizzo;
- b) la data dell'infortunio o d'insorgenza della malattia, riportata sul certificato medico, dovrà essere antecedente e/o contemporanea alla data programmata di partenza.

In ogni caso il rimborso verrà effettuato solo a condizione che non sia possibile per l'Assicurato recuperare la somma versata a titolo di acconto/caparra/saldo. L'operatività della garanzia è subordinata alla presentazione da parte dell'Istituto Scolastico di idonea documentazione attestante il mancato recupero di tale acconto/caparra/saldo.

Art.31 SPESE AGGIUNTIVE

Qualora l'Alunno Assicurato, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subisca:

- danni a capi di vestiario;
- danni a strumenti musicali
- danni a sedie a rotelle e tutore, per portatori di handicap;
- danni ad occhiali in palestra;
- danni alla bicicletta utilizzata al momento dell'evento dannoso; (per ottenere l'indennizzo, è indispensabile presentare il verbale redatto dall'Autorità intervenuta);

la Società rimborsa le spese necessarie per la riparazione e/o la sostituzione di quanto danneggiato, nei limiti del capitale assicurato a tale titolo e comunque per un importo non superiore al valore commerciale e d'uso del bene.

Art.31-a) GARANZIA ANNULLAMENTO CORSI A SEGUITO DI INFORTUNI

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Alunno assicurato fosse impossibilitato a proseguire corsi e/o attività sportive a carattere privato (a titolo puramente esemplificativo: corsi di musica, di lingue straniere, di danza, di attività teatrali e artistiche e di tutti gli sport in genere), producendo fatture quietanzate dell'ente organizzatore/erogatore che ne attestino il diritto, sarà rimborsata dalla Società la quota di costo di partecipazione relativa al periodo di mancata fruizione, fino a € 1.000, per Alunno, con il massimo di € 1.200, per anno.

Art.32 SPESE PER LEZIONI DI RECUPERO

Qualora lo studente sia rimasto assente dalle lezioni per un periodo consecutivo superiore a 30 giorni a seguito di infortunio, la Società rimborserà, previa presentazione di adeguata documentazione fiscale e scolastica e nei limiti del capitale assicurato, le spese sostenute per lezioni private di recupero. Nel caso in cui lo studente Assicurato, nonostante le lezioni di recupero, non abbia conseguito la promozione e la Società abbia pagato le spese riferite alle suddette lezioni, non potrà godere dei benefici previsti al successivo Art. 33.

Art.33 PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

La Società corrisponde allo studente l'indennità prevista, qualora a seguito di infortunio si sia trovato nella impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso. La perdita dell'anno scolastico e la sua causa devono risultare da dichiarazione rilasciata dalla scuola.

Art.34 POLIOMIELITE E MENINGITE CEREBRO-SPINALE / AIDS ED EPATITE VIRALE

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al 90° giorno dalla data di inizio della frequenza dell'anno scolastico, contragga nel corso dell'attività previste all'art. 20, poliomielite, meningite cerebro spinale, H.I.V. (A.I.D.S.) o Epatite Virale e la malattia non dia postumi invalidanti, la Società corrisponderà per ogni Assicurato l'indennizzo forfetario previsto a tale titolo.

In caso di sinistro che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo massimo dovuto dalla Società non potrà in alcun caso superare complessivamente l'importo di € 3.000.000,00. Qualora il cumulo dei singoli indennizzi dovesse superare detto importo gli indennizzi individuali saranno proporzionalmente ridotti.

Art.35 RISCHIO VOLO – ATTI DI TERRORISMO – CALAMITA' NATURALI

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che da Società o Aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri, e da Aereoclubs. L'assicurazione vale anche in caso di atti di terrorismo e calamità naturali. La somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi assicurati per il rischio volo abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società non potrà superare complessivamente il capitale di:

- per persona:
 - Euro 500.000,00 per il caso di Morte;
 - Euro 500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;
- Per aeromobile:
 - Euro 15.000.000,00 per il caso di Morte;
 - Euro 15.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o collettive stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni. Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato al momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso il momento in cui ne è disceso.

Art.36 RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sospeso mentre si trova all'estero. La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

Art.37 LIMITAZIONE DELLE GARANZIE PER SINISTRI CATASTROFICI

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico evento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro **7.500.000,00**, con il limite annuo di Euro **25.000.000,00**. Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art.38 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

Quando l'infortunio avvenga in occasione o conseguenza di trasporto su qualsiasi mezzo durante gite e viaggi per attività scolastiche o parascolastiche, la società si riserva di esercitare il diritto di rivalsa nei confronti del vettore.

Negli altri casi la Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

Art. 39 CONTROVERSIE - INDICAZIONE MINISTERIALE P.I. PROT. N°2170 DEL 30.05.1996

Le controversie possono essere risolte:

- Ricorrendo alla magistratura ordinaria,
- In via arbitrale come regolato dal successivo articolo 40 a insindacabile giudizio dell'Assicurato.

Art.40 CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie possono essere domandate 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 nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Art.41 DENUNCIA DEI SINISTRI E MODALITÀ PER LA CORRESPONSIONE DEGLI INDENNIZZI

I sinistri devono essere denunciati per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 30 giorni dall'evento anche via fax, via Internet o via posta elettronica.

La denuncia, deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico di Pronto Soccorso. Qualora non sia presente una struttura Medico Ospedaliera o di Pronto Soccorso o per Infortuni che interessino l'apparato dentario, il certificato potrà essere rilasciato da altro Medico o Specialista, sempreché detta certificazione venga redatta, di norma, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro.

L'infortunato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alle visite di medici incaricati dalla Società ed a qualsiasi accertamento che la Società ritenga necessario, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato la persona assicurata.

La corresponsione dell'indennizzo avrà luogo a guarigione avvenuta, previa presentazione alla società dei documenti giustificativi in originale, debitamente quietanzati (ticket, notule del medico, ricevute del farmacista, conti dell'ospedale e/o clinica, spese di trasporto, ecc.). per le spese sostenute all'estero il rimborso verrà eseguito in Italia ed in valuta italiana al cambio medio desunto dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

Art.42 PLURALITÀ DI COPERTURE NON CUMULABILITÀ

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato inoltri richiesta di indennizzo sia per la polizza Infortuni sia per quella Responsabilità Civile abbinata convenzione 21087, si conviene che la Società accantonerà la somma assicurata per la copertura Infortuni in attesa di determinare l'eventuale responsabilità dell'Assicurato per i rischi di Responsabilità Civile.

Nel caso in cui l'Assicurato R.C. non sia responsabile, la Società provvede a pagamento della somma garantita dagli Infortuni. Se l'assicurato R.C. viene in seguito ritenuto responsabile dell'infortunio, la Società pagherà il danno in base alla Responsabilità Civile deducendo dall'importo risarcibile la somma pagata a titolo infortunio.

Norme che regolano la garanzia Assistenza

ASSISTENZA

DEFINIZIONI

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

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

Assicurato: gli studenti, regolarmente iscritti agli Istituti Scolastici o autorizzati dagli stessi e il personale dipendente.

Assicurazione: contratto di assicurazione.

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

Centrale Operativa: è la struttura di IMA Assistance Italia S.p.A. costituita da medici, tecnici e operatori, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza le prestazioni previste dalla garanzia Assistenza.

Contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

Contratto/Polizza: documento che prova l'assicurazione.

Destinazione: la località meta del viaggio.

Estero: Tutti i Paesi del mondo con esclusione dell'Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano. Sono comunque esclusi i paesi esteri a rischio grave il cui elenco può essere esibito a richiesta.

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

Indennizzo: somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Istituto di cura: struttura sanitaria a gestione pubblica o a gestione privata, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità alle prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati.

Sono esclusi: stabilimenti termali, le case di riposo, strutture di convalescenza e di lungo degenza, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, fisioterapici, riabilitativi.

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

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

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

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

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

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

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

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

Società: Impresa assicuratrice.

1 – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 1.2 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 1.3 Pagamento del premio

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

Art. 1.4 Frazionamento del premio

Il premio è annuo.

Art. 1.5 Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 1.6 Diminuzione del rischio

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

Art. 1.7 Forme delle comunicazioni

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

Art. 1.8 Recesso in caso di sinistro

La Società rinuncia ad esercitare il diritto di recesso per sinistro.

Art. 1.9 Altre assicurazioni

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

Art.1.10 Proroga del contratto e periodo di Assicurazione

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

Art.1.11 Oneri Fiscali

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

Art.1.12 Pattuizione della non rinnovabilità della polizza

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

Art.1.13 Rinvio alle norme di legge

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

2. Norme specifiche del contratto

Art. 2.1 Notizie da fornire alla Società

Per l'identificazione degli alunni assicurati si farà riferimento alle risultanze dei libri e dei supporti meccanografici che l'Istituto si impegna a mettere a disposizione della Società in qualsiasi momento.

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

Art. 2.2 Premi

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

Art. 2.3 Premio alla firma

- Premio minimo garantito – Regolazioni – annullato.

Art. 2.4 Decorrenza delle coperture

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

3 – Norme che regolano l'assicurazione

ASSISTENZA

Premessa

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

Art. 3.1 Rischio assicurato

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

Art. 3.2 Persone assicurate

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

Art. 3.3 Assicurati aggiuntivi

assicurazione è estesa, senza il versamento di premi aggiuntivi anche:

- Partecipanti a viaggi di istruzione, visite ed uscite didattiche in genere (comprese gite e "settimane bianche"), estranei all'organico della scuola, senza limite numerico. Agli atti della scuola saranno conservati gli elenchi dei partecipanti. La copertura assicurativa è prestata, per ciascun partecipante, fino alla concorrenza dei massimali assicurati in polizza, avrà la durata del viaggio e sarà relativa ai rischi inerenti lo stesso;
- Genitori degli alunni quando svolgono il ruolo di membri di diritto degli organi collegiali previsti dal D.P.R. n. 416 del 31§/05/74 e successivi o quando partecipino ad iniziative/progetti/attività regolarmente deliberate e messe in atto dagli Organi Scolastici competenti;
- Uditori ammessi alla frequenza dell'Istituto Scolastico Contraente;
- Ex alunni che frequentano "Tirocini Formativi e di Orientamento" nell'ambito di programmi di inserimento e orientamento al mondo del Lavoro (Legge 196 del 24/06/97, Regolamento n°142 del 25/03/98);
- Assistenti educatori e di lingua straniera che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici o nominati dal (M.I.U.R.)
- Tirocinanti che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici o in forza di convenzioni con singole Facoltà Universitarie o altri Enti Italiani ed Esteri.

Art. 3.4 Garanzie prestate

ad integrazione dell'art. 30-b) Infortuni – viaggi e visite d'istruzione in Italia e all'estero

n1. Consulenza medica

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

2. Segnalazione di un centro medico specialistico

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

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

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

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

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

4. Visita di un parente

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

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

5. Interprete all'estero

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

6. Anticipo spese di prima necessità

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

La prestazione viene fornita a condizione che l'Assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie di restituzione della somma anticipata.

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

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

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

Art. 3.5 Validità territoriale delle prestazioni di assistenza.

Le prestazioni di **assistenza a scuola** hanno validità in Italia, limitatamente all'interno dell'Istituto Scolastico e/o delle sedi ove lo stesso svolge la propria attività.

PRECISAZIONE:

I servizi erogati dalla Società non sono di emergenza e pertanto non devono ritenersi sostitutivi di quelli erogati dal sistema di allarme sanitario assicurato dalla centrale operativa del "118".

Le prestazioni di **assistenza in viaggio** hanno validità nel mondo durante i viaggi organizzati dall'Istituto Scolastico Contraente.

PRECISAZIONE:

I servizi erogati dalla Società non sono di emergenza e pertanto non devono ritenersi sostitutivi di quelli erogati dal sistema di allarme sanitario eventualmente garantito dalla struttura sanitaria del luogo in cui si trova l'assicurato al momento della richiesta di assistenza.

Art. 3.6 Esclusioni

È premesso che:

- la Società non è tenuta a fornire prestazioni o a pagare indennizzi in alternativa a titolo di compensazione per quanto sopra previsto se l'Assicurato non ne usufruisce per sua scelta o perché non ne ha la necessità;
- la Centrale Operativa non si assume responsabilità alcuna per i danni conseguenti ad un suo mancato intervento dovuto a caso fortuito o forza maggiore;

- la Centrale Operativa non si assume responsabilità alcuna derivante dalle azioni eventualmente intraprese dall'Assicurato a seguito delle informazioni rilasciate, in quanto in nessun caso il servizio ha il carattere della consulenza.

L'assicurazione non opera:

- in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa;
- per le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; in conseguenza di atti dolosi dell'Assicurato; per le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, nonché per le conseguenze determinate dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- in conseguenza di eruzioni vulcaniche o movimenti tellurici; per gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad uso di psicofarmaci, per influenza di sostanze stupefacenti o allucinogeni nonché per malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
- per il ricovero avente ad oggetto accertamenti diagnostici non resi necessari da infortunio;
- per la ricerca o il soccorso in mare, in montagna o nei deserti.

I M P O R T A N T E

Art. 3.6 Modalità per la richiesta di assistenza

In caso di necessità, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa fornendo le seguenti informazioni:

- 1. Numero di Polizza: 816236380**
- 2. Istituto Scolastico capo fila della convenzione:**

LICEO SCIENTIFICO A. ANTONELLI di Novara

- 3. Cognome e nome dell'Assicurato** e suo indirizzo o recapito temporaneo;
- 4. Tipo di assistenza richiesta;**

La Centrale Operativa, per completare le operazioni di assistenza, può richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione che dovrà essere spedita, in originale, ad: IMA Italia Assistance S.p.A. – P. Indro Montanelli, 20- 20099 SESTO SAN GIOVANNI

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

Il numero da contattare è il seguente: **+39 02 24128.285** (per chiamate dall'estero e dall'Italia) **fax +39 02 24128.245**

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

CODICE CIVILE

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'Articolo 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

- 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 62 - Condizioni e forme della dichiarazione di morte

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

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza. In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

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

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

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

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

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

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

colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o

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

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

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

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

Art. 1898 - Aggravamento del rischio Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è stata comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave

dell'Assicurato o dei dipendenti L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave. L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'Assicurato deve rispondere. Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

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

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

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

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

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

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'Assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali

RESPONSABILITA' CIVILE TERZI

**Nota informativa relativa al contratto di assicurazione contro i danni "Responsabilità Civile Rischi Diversi"
(Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)**

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UNIPOL Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.
Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

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

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "**Avvertenze**"

sono stampate su fondo colorato, in questo modo evidenziate e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota informativa e nel Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet: www.Unipolassicurazioni.it.

UNIPOL Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le modifiche derivanti da future innovazioni normative.

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

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) UNIPOL Assicurazioni S.p.A. ("la Società"), società unipersonale soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.
- b) Sede legale e Direzione: Via Stalingrado 45, 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051 5077111 - telefax 051 375349 sito internet: www.Unipolassicurazioni.it - indirizzo di posta elettronica: info-danni@Unipolassicurazioni.it.
- d) La Società è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento Isvap n. 2542 del 3/8/2007, pubblicato sulla G.U. n. 195 del 23/8/2007.

Numero di iscrizione all'Albo delle imprese assicurative: 1.00159.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono inerenti all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2011.

Patrimonio netto: Euro 1.158.532.303,00.

Capitale sociale: Euro 259.056.000,00

Totale delle riserve patrimoniali: Euro 1.238.654.015,00

Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: 1,19; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

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

3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni

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

- a) **RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI:** la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale inerente allo svolgimento dell'attività esercitata. L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso delle persone delle quali debba rispondere. Si rinvia agli Artt. 13 e seguenti delle Norme che regolano l'assicurazione della responsabilità civile rischi diversi per gli aspetti di dettaglio.
- b) **RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I DIPENDENTI:** La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile per gli infortuni (escluse le malattie professionali) sofferti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti, addetti all'attività per la quale è prestata l'assicurazione alle condizioni previste all'articolo 13 b) della Sezione Responsabilità civile verso dipendenti (R.C.O.- R.C.I.) delle Norme che regolano l'assicurazione della responsabilità civile rischi diversi.

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

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

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

Meccanismo di funzionamento del massimale:

Massimale: Euro 15.000.000,00

Danno: Euro 15.000.000,00

Indennizzo: Euro 15.000.000,00

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:

Massimale: Euro 500.000,00

Danno: Euro 10.000,00

Scoperto 10% con il minimo di Euro 500,00

Indennizzo: Euro 10.000,00 – 10% del danno = Euro 9.000,00

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

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

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

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

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

1° esempio (aggravamento del rischio)

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

2° esempio (diminuzione del rischio)

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

6. Premio

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

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

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

7. Rivalse

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

8. Diritto di recesso

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

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

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

10. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

11. Regime fiscale

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

Il premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo la seguente aliquota attualmente in vigore:

21,25% (oltre 1% quale addizionale antiracket).

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato

devono darne comunicazione entro tre giorni per iscritto all'Agente/Intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Società.

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

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

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UNIPOL Assicurazioni S.p.A. – Reclami Assistenza Clienti** - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Tel.: 02 55604027 (da lunedì a giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.30; venerdì dalle 9.00 alle 12.00) - Fax: 02 51815353 -

E-mail: reclami@Unipolassicurazioni.it .

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

I reclami indirizzati all'ISVAP devono contenere:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.Unipolassicurazioni.it .

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

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

- all'ISVAP, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;
- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito [http:// www.ec.europa.eu/fin-net](http://www.ec.europa.eu/fin-net)), richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, rete di cooperazione fra organismi nazionali.

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

14. Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di UNIPOL Assicurazioni S.p.A., Ufficio Riscontro, Via Stalingrado 45, 40128 Bologna, anche a mezzo posta elettronica all'indirizzo mediazionecivile@unipolassicurazioni.it ovvero a mezzo fax n. 051 7096855.

Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione sarà obbligatorio, cioè dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa, per le controversie in materia di contratti di assicurazione, con esclusione di quelle in materia di risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, per le quali sarà obbligatorio dal 20 marzo 2012.

GLOSSARIO

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

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

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

Assicurazione: contratto di assicurazione.

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

Contraente: soggetto che stipula l'assicurazione.

Cose: oggetti materiali e animali.

Danni corporali: morte o lesioni personali.

Danni materiali: la distruzione o il deterioramento di cose.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Periodo assicurativo - Annualità assicurativa: in caso di polizza di durata inferiore a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della polizza stessa.

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

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

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

Recesso: scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale.

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

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

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

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

Società: l'Impresa assicuratrice.

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

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

Ed. 11/2011

UNIPOL Assicurazioni S.P.A.

L'Amministratore Delegato

(CarloCimbri)

RESPONSABILITA' CIVILE TERZI

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.. Tuttavia l'omissione di una circostanza eventualmente aggravante, così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, da parte del Contraente e/o dell'Assicurato, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo e/o colpa grave, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Art.2 ESONERO DELLA COMUNICAZIONE DI ALTRE ASSICURAZIONI

Il contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi.

Tuttavia, in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art.1910 del Codice Civile.

Art.3 PAGAMENTO DEL PREMIO-DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

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 di pagamento.

Se il contraente non paga il premio alla firma o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 65° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c..

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art.5 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società, possono comportare la perdita totale o parziale all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.

Art.6 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Art.7 RINUNCIA AL RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La Società rinuncia al recesso per sinistro.

Art.8 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il Mondo intero.

Art.9 DURATA DELL'ASSICURAZIONE-DEROGA AL PATTO DI TACITA PROROGA

La polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta. Tuttavia, a richiesta dell'Istituto Scolastico Contraente, potrà essere concessa una proroga ai sensi di legge. In tale ipotesi il premio al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza appena scaduta, per ogni giorno di copertura.

In questo caso il termine per il pagamento del premio, a deroga dell'Art. 1901 del Codice Civile secondo comma, viene fissato in 60 giorni, restando inteso che il premio stesso sarà soggetto al ricalcolo in base al numero degli alunni del nuovo anno scolastico e al numero degli Operatori della scuola da comprendere in garanzia, fermo il premio pro capite.

Art.10 PERSONE ASSICURATE

Il numero degli assicurati (Studenti e Operatori Scolastici) al momento della stipula della polizza, come comunicato dal Contraente, è quello indicato nei frontespizi di polizza e corrisponde alla totalità degli stessi.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia alla Società delle generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri del Contraente che dovrà quindi esibirli alla Società a semplice richiesta, anche per eventuali accertamenti e controlli.

Qualora nel corso dell'anno si iscrivano alla Scuola altri Alunni o prendano servizio per la prima volta Operatori Scolastici, la Società fissa una percentuale di tolleranza del 3% rispetto a quelli inizialmente dichiarati, entro la quale la stessa non procederà alla richiesta del versamento della quota annuale di premio.

Qualora un assicurato si trasferisca presso altro Istituto scolastico, l'assicurazione segue presso il nuovo Istituti 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.

Art.11 CALCOLO DEL PREMIO-TOLLERANZA 5%

Il premio di polizza viene calcolato sulla base del numero degli Alunni Iscritti e degli Operatori Scolastici (100%).

È concessa al Contraente la facoltà di calcolare il premio in modo forfettario nella misura del 95% dell'importo ottenuto applicando il premio pro-capite sul 95% per una o per entrambi le categorie di soggetti, il Contraente dovrà fornire l'elenco degli assicurati ciò in deroga dell'Art.10 PERSONE ASSICURATE.

Art.12 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possano essere adempiuti che dall'assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Cod. Civ.

Art.13 COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società coassicuratrici, in caso di sinistro, le medesime concorreranno nel pagamento dell'indennizzo in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Le Società coassicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Delegataria individuata nel contratto stesso. Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti dal Contraente/Assicurato con la Società Delegataria.

La Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici, indicate nella polizza o appendice, a firmare in loro nome e per loro conto tutti gli atti contrattuali.

Pertanto la firma apposta dalla Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali e massimali assicurati e dei premi spettanti a ciascuna Coassicuratrice risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

Le Coassicuratrici saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci, anche nei propri confronti, tutti gli atti di gestione ordinaria, stragiudiziale e giudiziale compiuti dalla Delegataria per conto comune, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare esperti (periti, medici, consulenti, etc.) di conseguenza tutti i rapporti, anche in sede giudiziaria, inerenti alla presente assicurazione faranno capo sia dal punto di vista attivo che passivo alla Delegataria la quale provvederà ad informarle.

È fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi, il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice e tale procedura è accettata dalle medesime.

Tutte le comunicazioni fatte alla Delegataria, anche attinenti alla denuncia dei sinistri, hanno effetto nei confronti dei Coassicuratori.

Art.14 FORO COMPETENTE

Relativamente alle controversie tra Contraente o Assicurato e Società, in merito alla interpretazione, esecuzione e risoluzione del presente contratto, il Foro competente in via esclusiva è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del contraente/beneficiario/assicurato.

Art.15 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art.16 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente disciplinato dal contratto valgono le Norme di Legge.

Norme che regolano l'assicurazione Responsabilità Civile Terzi

CONDIZIONI SPECIALI

Art.17 ASSICURATI AGGIUNTIVI

Oltre alle persone indicate all'Art.10 PERSONE ASSICURATE, l'assicurazione è estesa, senza il versamento di premi aggiuntivi anche a:

- all'Istituzione Scolastica in quanto facente parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (in ottemperanza alla C.M. n°2170 del 30/05/96);
- all'Amministrazione Scolastica in quanto legittimata passiva (in ottemperanza alla C.M. n°2170 del 30/05/96);
- al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (in ottemperanza alla C.M. n°2170 del 30/05/96).
- Partecipanti a viaggi di istruzione, visite ed uscite didattiche in genere (comprese gite e "settimane bianche"), estranei all'organico della scuola, senza limite numerico. Agli atti della scuola saranno conservati gli elenchi dei partecipanti. La copertura assicurativa è prestata, per ciascun partecipante, fino alla concorrenza dei massimali assicurati in polizza, avrà la durata del viaggio e sarà relativa ai rischi inerenti lo stesso;
- Genitori degli alunni quando svolgono il ruolo di membri di diritto degli organi collegiali previsti dal D.P.R. n. 416 DEL 31/05/74 e successivi o quando partecipino ad iniziative/progetti/attività regolarmente deliberate e messe in atto dagli Organi Scolastici competenti;
- Uditori ammessi alla frequenza dell'Istituto Scolastico Contraente;
- Ex alunni che frequentano "Tirocini Formativi e di Orientamento" nell'ambito di programmi di inserimento e orientamento al mondo del Lavoro (Legge 196 del 24/06/97, Regolamento n°142 del 25/03/98);
- Assistenti educatori e di lingua straniera che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici o nominati dal (M.I.U.R.)
- Tirocinanti che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici o in forza di convenzioni con singole Facoltà Universitarie o altri Enti Italiani ed Esteri.

- Volontari che prestano attività a titolo gratuito:
- d) Secondo quanto stabilito dalla Circolare Ministeriale 127 del 14/04/94;
- e) durante l'esecuzione di piccoli lavori di giardinaggio e manutenzione del verde (esclusi potature ed abbattimento di alberi)
- f) in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici.
- Revisori dei Conti in missione presso l'Istituto Scolastico durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta.

Art.18 CAPITALI ASSICURATI

I capitali assicurati sono quelli indicati nella "Tabella delle Garanzie e Massimali" che forma parte integrante del presente capitolato.

Art.19 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale assicurato è quello indicato nella "Tabella delle Garanzie e Massimali" che forma parte integrante del presente capitolato.

Art. 20 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato fino alla concorrenza del massimale convenuto, delle somme che il Contraente e/o l'Assicurato sia tenuto a corrispondere quale civilmente responsabile, ai sensi di legge anche per il fatto di persone delle quali debba rispondere a titolo di risarcimento di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali. L'assicurazione è operata anche il caso di colpa grave degli Assicurati, nonché per la responsabilità civile che possa derivare al Contraente da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

L'assicurazione è estesa a tutte le attività scolastiche, parascolastiche, extrascolastiche e interscolastiche, purché tali attività rientrino nel programma di studi o siano state regolarmente deliberate e messe in atto degli organismi scolastici competenti, nonché ai danni conseguenti a prestazioni di pronto soccorso.

A titolo puramente esemplificativo, rientrano in garanzia i danni involontariamente cagionati a terzi, oltre che durante la normale attività di studio, durante:

- le ore di educazione fisica in palestra, in piscina e sui campi sportivi in genere;
- le attività ginnico sportive extracurricolari;
- i viaggi di istruzione e le gite scolastiche all'estero;
- ogni permanenza fuori dalla scuola a scopo didattico ricreativo o sportivo senza limitazioni di orari compreso il pernottamento o soggiorni continuativi;
- le attività di ricreazione all'interno ed all'esterno della scuola, le visite guide ai musei, aziende, laboratori (purché tali visite non comportino esperimenti e prove pratiche dirette);
- le attività culturali in genere;
- le assemblee studentesche non autorizzate, purché si svolgano all'interno della scuola nonché le assemblee che abbiamo luogo in locali esterni alla scuola purché siano osservate le disposizioni della C.M. N°312 – xi Cap. del 27.12.1 979 in fatto di vigilanza.

Sono inoltre compresi:

- i danni che gli studenti possono arrecare al materiale assegnato alla scuola in comodato da ditte e società diverse da Enti Pubblici;
- i danni conseguenti all'uso eventuale di un'aula magna o di un cinema-teatro annesso alla scuola, purché non aperto al pubblico;
- i danni conseguenti alla somministrazione di generi alimentari e prodotti farmaceutici;
- i danni conseguenti alla conduzione (esclusa proprietà) dei fabbricati e degli impianti ed attrezzature scolastiche;
- la responsabilità personale di tutti gli Operatori della scuola, degli studenti e dei Genitori membri di diritto Organi Collegiali previsti dal D.P.R. n°416 del 31.05.1974;

La Società rinuncia al diritto di surrogazione nei loro confronti entro il limite del massimale previsto per sinistro che resta comunque, ad ogni effetto unico, anche nel caso di corresponsabilità delle persone sopraccitate.

Per le attività esterne alla scuola la garanzia si intende valida solo se il Contraente ha predisposto per esse la sorveglianza prevista dalla normativa scolastica.

La garanzia è estesa anche al servizio esterno alla scuola svolto da non docenti, purché tale servizio venga svolto su preciso mandato del Capo di Istituto o del responsabile del servizio Segreteria.

Lo stesso dicasi per le lezioni di educazione fisica e l'attività sportiva in genere svolta in palestre, piscine e campi sportivi esterni alla scuola purché "in itinere" e sul luogo sia prevista adeguata sorveglianza.

L'assicurazione si intende estesa al tragitto casa-scuola e viceversa per il tempo strettamente necessario per compiere il percorso prima e dopo l'orario delle lezioni, sempreché sia configurabile una responsabilità civile a carico del Contraente.

Art. 21 ESTENSIONI DIVERSE

La copertura assicurativa si intende estesa anche a:

a) Danni da sospensione od interruzione di attività

La garanzia comprende, a parziale deroga dell'Art. 24, la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per danni arrecati a Terzi in conseguenza di interruzione o sospensione totale o parziale di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, a condizione però che tali danni siano la conseguenza di morte o di lesioni personali o di danneggiamenti a cose risarcibili a termini di polizza. La presente estensione di garanzia viene prestata nell'ambito del massimale di polizza con il limite del 25% del massimale stesso.

b) Danni da incendio

La garanzia comprende, a parziale deroga dell'Art. 49, la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per danni a cose di Terzi causati da incendio di cose di sua proprietà o da lui detenute, ferma restando l'esclusione dei danni alle cose che l'Assicurato abbia in consegna o detenga a qualsiasi titolo. Qualora l'Assicurato abbia in corso coperture assicurative prestate con rischio accessorio a polizza del ramo incendio la presente estensione di garanzia opera in eccedenza a tale copertura.

La presente estensione di garanzia viene prestata nell'ambito del massimale di polizza con il limite del 35% del massimale stesso.

c) Cartelli, insegne, striscioni pubblicitari

L'assicurazione comprende la Responsabilità Civile derivante al Contraente per la proprietà e manutenzione di cartelli pubblicitari, insegne e striscioni, ovunque installati sul territorio nazionale, con l'intesa che, qualora la manutenzione sia affidata a terzi, la garanzia opera a favore dell'Assicurato nella sua qualità di committente dei lavori. L'assicurazione non comprende i danni alle opere ed alle cose sulle quali sono installati.

d) Committenza generica

L'assicurazione comprende la Responsabilità civile imputabile all'Assicurato per danni cagionati a terzi nella sua veste di committente di operazioni, lavori e/o servizi connessi alle attività cui si riferisce l'assicurazione ed affidati ad altre Ditte, Enti o persone in genere.

e) Scambi Culturali

In ottemperanza al disposto della C.M. 358 del 23.07.1996, la polizza è estesa alla responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato e conseguentemente i genitori, il tutore o chi ne esercita la patria potestà, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, delle somme che l'Assicurato sia tenuto a corrispondere, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali e per danneggiamento a cose ed animali durante la partecipazione a scambi culturali, gemellaggi ed iniziative analoghe, limitatamente alla durata di tali attività. La garanzia è estesa alla Responsabilità Civile in cui incorra l'Assicurato per l'uso di biciclette od altri mezzi non assoggettati agli obblighi assicurativi sanciti dal Codice delle Assicurazioni Private adottato con D.Lgs. n. 209 del 7.9.2005 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alla Assicurazione Obbligatoria RCA di tutti i mezzi a motore.

e.1) Assicurazione bagaglio

La Società indennizza i danni materiali e diretti al bagaglio dell'Assicurato durante il viaggio, compresi i capi di vestiario indossati, determinati da: furto, rapina, scippo, danneggiamento, imputabili a responsabilità del vettore o dell'albergatore.

e.2) Danni ad occhiali alunni

L'assicurazione è prestata per i danni materiali diretti subiti da lenti da vista e relative montature in uso agli Alunni in conseguenza di urti accidentali occorsi nell'ambito delle strutture scolastiche nonché durante tutte le attività interne, senza limiti di orario, organizzate, e/o gestite, e/o effettuate e/o autorizzate dall'Istituto Scolastico, comprese quelle complementari, preliminari o accessorie compatibilmente e/o in conformità con la vigente normativa scolastica. Limite di indennizzo Euro 200,00.

Massimali e limiti di garanzia bagaglio.

La garanzia bagaglio è prestata fino alla concorrenza del massimale per Assicurato indicata nella "Tabella delle Garanzie e Massimali" che forma parte integrante del presente capitolato, con il limite massimo di € 150,00 per ciascun singolo oggetto.

Sono considerati "singolo oggetto" ognuno dei seguenti gruppi di oggetti:

- a) oggetti di metallo prezioso, orologi e pietre preziose;
- b) apparecchiature fotocineottiche e loro accessori;
- c) radio, televisori, registratori, apparecchiature elettroniche in genere e loro accessori.

L'eventuale indennizzo verrà corrisposto dalla Società successivamente a quello del vettore (relativamente ai danni subiti in occasione di trasporto aereo) o dell'albergatore responsabili ai sensi di legge dell'evento, fino alla concorrenza del massimale, al netto di quanto già indennizzato dagli stessi.

Esclusioni garanzia bagaglio

La garanzia non è operante per:

- a) negligenza o incuria dell'Assicurato;
- b) i danni determinati o agevolati da dolo o colpa grave dell'Assicurato, di suoi familiari o conviventi, di suoi dipendenti o di altre persone che agiscono per lui;
- c) i danni causati dall'aver dimenticato, smarrito o perduto un oggetto;
- d) i danni subito in occasione di viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'autorità pubblica competente;
- e) i danni da rottura, a meno che siano dovuti ad un incidente occorso al mezzo di trasporto;
- f) i danni dovuti al contatto con sostanze liquide;

- g) i danni causati dalla caduta di perle o pietre preziose dalla loro incastonatura;
- h) i danni causati alle attrezzature sportive durante il loro utilizzo;
- i) i danni verificatisi quando il bagaglio sia lasciato a bordo di auto o motoveicoli;
- l) i danni verificatisi durante il soggiorno in campeggio;
- m) di cui non si sia prodotta una copia autentica della denuncia vistata dalle Autorità del luogo ove si è verificato l'evento.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia:

- n) la borsa da passeggio e gli oggetti personali in essa normalmente contenuti: portafogli, portachiavi, portadocumenti, accessori, etc.
- o) il denaro, in ogni sua forma (banconote, assegni, ecc.), biglietti di viaggio, documenti, titoli e collezioni di qualsiasi natura, merci, campionari, cataloghi, souvenir, oggetti d'arte, attrezzature professionali, telefoni, occhiali da vista e da sole, lenti a contatto e caschi;
- p) gli oggetti di metallo prezioso, orologi, pietre preziose e pellicce, nel caso in cui non siano indossati;
- q) le apparecchiature fotocineottiche e loro accessori, se consegnati al vettore aereo;
- r) i beni che non risultano indicati nella denuncia sporta alle Autorità competenti;
- s) i beni acquistati durante il viaggio;
- t) i beni di consumo, intendendosi per tali, a mero titolo esemplificativo, creme, profumi, bevande, medicinali, sigarette, ecc.;
- u) i beni consegnati ad impresa di trasporto o di spedizioni quando questi non viaggiano insieme all'Assicurato.

f) Gestione Mense, Bar e Distributori Automatici – Somministrazione Cibi e Bevande

La garanzia è estesa alla gestione e/o conduzione di mense scolastiche, bar e distributori automatici di cibi e bevande, compresi i casi di avvelenamento da cibi e bevande guaste.

La presente estensione è operativa purché la somministrazione o la vendita siano avvenuti durante il periodo di validità dell'Assicurazione e sempreché la responsabilità sia ascrivibile al Contraente/Assicurato.

g) Istituti Scolastici Pubblici

Esclusivamente per gli Istituti scolastici pubblici, per le ipotesi previste e nei limiti dei massimali indicati in polizza, l'assicurazione comprende anche la responsabilità dei soggetti assicurati nei confronti dello Stato, qualora quest'ultimo eserciti azione di rivalsa nei loro confronti, escluso il caso di dolo.

h) Responsabilità fra gli assicurati

Sono compresi nel novero di terzi gli studenti, il Personale Direttivo, il Personale Docente e non Docente della scuola, nonché i Genitori membri di diritto degli Organi Collegiali previsti dal D.P.R. n°416 del 31.05.1974.

Art.22 PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non si considerano terzi:

- Il coniuge, i figli, i genitori dell'Assicurato nonché se con lui convivente, qualsiasi altro parente o affine;
- Le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con i Contraente, subiscano il danno in conseguenza delle mansioni cui sono adibite;
- Gli appaltatori e loro dipendenti nonché tutti coloro che, indipendentemente dal loro rapporto con il Contraente, subiscono il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'assicurazione.

Art.23 RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO STUDENTI ED OPERATORI DELLA SCUOLA ASSICURATI INAIL

L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante al Contraente per gli infortuni (escluse malattie professionali) subiti dagli studenti e dagli operatori della scuola, obbligatoriamente assicurati INAIL. Pertanto la Società risponde delle somme che il Contraente sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile verso le suddette persone ai sensi del D.P.R. n°1124 del 30 giugno 1965 artt. 10 e 11 e dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n.38.

Agli effetti di tale garanzia, il Contraente deve denunciare soltanto i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta giudiziaria a norma della legge infortuni. Tale denuncia deve essere fatta entro 3 giorni da quando ha ricevuto l'avviso per la richiesta. In caso di apertura di procedimento penale o comunque alla ricezione di qualsiasi richiesta di risarcimento in relazione all'infortunio, il Contraente è tenuto ad informare tempestivamente la Società fornendo atti, documenti, notizie e quant'altro riguardi la vertenza e consentendo alla stessa visione di ogni documento relativo ai fatti interessanti l'assicurazione. La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che il Contraente sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge.

Art. 24 ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende i danni:

- Da furto e quelli a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
- Derivanti dalla proprietà di fabbricati e dei relativi impianti fissi;
- Da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- Da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il sedicesimo anno di età;
- A cose che il Contraente abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo ed a quelle operazioni, nonché alle cose sugli stessi trasportate;

- Derivanti da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi;
- Conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovati nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento; derivanti da detenzione ed impiego di esplosivi o di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 25 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni da quando ne ha avuto conoscenza (Art.1913 c.c.).

La denuncia dovrà contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato.

Agli effetti dell'assicurazione della responsabilità civile verso i prestatori di lavoro soggetti all'assicurazione obbligatoria per gli infortuni sul lavoro, il Contraente/Assicurato deve denunciare soltanto i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta pretorile a norma della legge infortuni, e per il danno biologico solo quelli per i quali ha ricevuto richiesta di risarcimento.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 c.c.).

La denuncia può essere effettuata anche via fax, via Internet o via posta elettronica.

Art. 26 GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI

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

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati, salvo il caso in cui l'Amministrazione assicurata sia obbligata ad avvalersi del patrocinio dell'Avvocatura dello Stato e fermi restando i limiti indicati al comma precedente.

La Società non risponde, in ogni caso, di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.

Art. 27 PLURALITÀ DI COPERTURE NON CUMULABILITÀ

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato inoltri richiesta di indennizzo sia per la polizza Infortuni abbinata Convenzione21087, sia per quella Responsabilità Civile, si conviene che la Società accantonerà la somma assicurata per la copertura Infortuni in attesa di determinare l'eventuale responsabilità dell'Assicurato per i rischi di Responsabilità Civile.

Nel caso in cui l'Assicurato R.C. non sia responsabile, la Società provvede a pagamento della somma garantita dagli Infortuni. Se l'assicurato R.C. viene in seguito ritenuto responsabile dell'infortunio, la Società pagherà il danno in base alla Responsabilità Civile deducendo dall'importo risarcibile la somma pagata a titolo infortunio.

La garanzia Responsabilità Civile verso terzi è prestata alla concorrenza del massimale indicato in polizza per sinistro, che resta ad ogni effetto unico anche se coinvolgente le responsabilità civili di più di uno degli assicurati.

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Codice Civile e Codice Penale richiamati nel contratto

CODICE CIVILE

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza. In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

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

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

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui [1890] o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo. All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

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

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

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

Art. 1896 – Cessazione del rischio durante l'assicurazione. Il contratto si scioglie se il rischio cessa di esistere dopo la conclusione del contratto stesso, ma l'assicuratore ha diritto al pagamento dei premi finché la cessazione del rischio non gli sia comunicata o non venga altrimenti a sua conoscenza. I premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento della comunicazione o della conoscenza sono dovuti per intero. Qualora gli effetti dell'assicurazione debbono avere inizio in un momento posteriore alla conclusione del contratto e il rischio cessi nell'intervallo, l'assicuratore ha diritto al solo rimborso delle spese.

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

Art. 1898 - Aggravamento del rischio Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza

dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è stata comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899 Durata dell'assicurazione. L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se supera i cinque anni, l'Assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'Assicurato o dei dipendenti L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave. L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'Assicurato deve rispondere. Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

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

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

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

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

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

Art. 1914 - Obbligo di salvataggio L'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno. Le spese fatte a questo scopo dall'Assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, (1907), anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente. L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'Assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente. L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti. L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'Assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

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

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'Assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

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

Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi. L'assicuratore ha la facoltà, previa comunicazione dell'Assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'Assicurato lo richiede. Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che si dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziarie si ripartiscono tra assicuratore e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'Assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

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

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

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

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

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

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

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

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

CODICE PENALE

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

Art. 583 – Circostanze aggravanti

La lesione personale è grave e si applica la reclusione da tre a sette anni:

1. se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa ovvero una malattia o una incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un periodo superiore ai quaranta giorni.
2. Se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o un organo.

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

- 1) Una malattia certamente o probabilmente insanabile;
- 2) La perdita di un senso;
- 3) La perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;
- 4) La deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso.

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

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

- 1) Del coniuge non legalmente separato;
- 2) Di un ascendente o discendente o un affine in linea retta, ovvero dall'adottante o dall'adottato;
- 3) Di un fratello o di una sorella che con lui convivano.

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

preveduti dagli articoli 628 -629 e 630 e ad ogni altro delitto contro il patrimonio che sia commesso con violenza alle persone.

ARTICOLI DI LEGGE

Art. 10 (D.P.R. 30/06/1965 n. 1124)

Esonero della responsabilità civile del datore di lavoro. L'assicurazione a norma del presente decreto esonera il datore di lavoro dalla responsabilità civile per gli infortuni sul lavoro. Nonostante l'assicurazione predetta permane la responsabilità civile a carico di coloro che abbiano riportato condanna penale per il fatto dal quale l'infortunio è derivato. La disposizione del comma precedente non si applica quando per la punibilità del fatto dal quale l'infortunio è derivato sia necessaria la querela della persona offesa. Non si fa luogo a risarcimento qualora il giudice riconosca che questo non ascende a somma maggiore dell'indennità che, per effetto del presente decreto, è liquidata all'infortunato o ai suoi aventi diritto. Qualora si faccia luogo a risarcimento, questo è dovuto solo per la parte che eccede le indennità liquidate a norma degli articoli 66 e seguenti. Agli effetti dei precedenti commi quarto e quinto l'indennità d'infortunio è rappresentata dal valore capitale della rendita liquidata, calcolato in base alle tabelle di cui all'art. 39.

Art. 11 (D.P.R. 30/06/1965 n. 1124)

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

La persona civilmente responsabile deve altresì versare all'istituto assicuratore una somma corrispondente al valore del capitale dell'ulteriore rendita dovuta, calcolato in base alle tabelle di cui all'art. 39. La sentenza, che accerta la responsabilità civile a norma del precedente articolo, è sufficiente a costituire l'Istituto assicuratore in credito verso la persona civilmente responsabile per le somme indicate nel comma precedente. L'Istituto può altresì esercitare la stessa azione di regresso contro l'infortunato quando l'infortunio sia avvenuto per dolo del medesimo accertato con sentenza penale. Quando sia pronunciata sentenza di non doversi procedere per morte dell'imputato o per amnistia il dolo deve essere accertato nelle forme stabilite dal Codice di procedura civile.

Art. 14 (legge N. 22 del 12/6/1984)

Azione di rivalsa da parte dell'I.N.P.S. nei confronti dei responsabili

- 1) L'Istituto erogatore delle prestazioni previste dalla presente legge è surrogato, fino alla concorrenza del loro ammontare, nei diritti dell'assicurato o dei suoi superstiti verso terzi responsabili e le loro compagnie di assicurazione;
- 2) Agli effetti del precedente comma, dovrà essere calcolato il valore del capitale della prestazione erogata, mediante i criteri e le tariffe, costruite con le stesse basi di quelle allegato al decreto ministeriale 19 febbraio 1981, in attuazione dell'art. 13 della legge 12 agosto 1962, n. 1338, che saranno determinati con decreto del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, sentito il consiglio di amministrazione dell'istituto nazionale della previdenza sociale.

11/2011

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

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

Gentile Cliente,

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

Quali dati raccogliamo

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

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

Perché Le chiediamo i dati

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

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

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

Come trattiamo i Suoi dati

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

Quali sono i Suoi diritti

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

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

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

– NOTE –

1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.

3) Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.

4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento

di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.

5) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., cui è affidata, quale capogruppo, la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società

del Gruppo. Per la normativa antiriciclaggio, e limitatamente alle polizze di ramo vita, i dati relativi all'avvenuta segnalazione di operazioni considerate sospette potranno essere comunicati solo ad altre società del Gruppo interessate quali intermediari finanziari (incluse le imprese assicurative operanti nei rami vita).

6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; clinica convenzionata da Lei scelta; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).

7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

Informativa B UNIPOL

- Ed. 01/07/2011

Appendice N. 1 di deroga Condizioni TUTELA LEGALE

Norme che regolano l'assicurazione tutela giudiziaria

Art. 1 – ASSICURATI

Il numero degli assicurati (Studenti e Operatori Scolastici) al momento della stipula della polizza, come comunicato dal Contraente, è quello indicato nei frontespizi di polizza e corrisponde alla totalità degli stessi.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia alla Società delle generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri del Contraente che dovrà quindi esibirli alla Società a semplice richiesta, anche per eventuali accertamenti e controlli.

Qualora nel corso dell'anno si iscrivano alla Scuola altri Alunni o prendano servizio per la prima volta Operatori Scolastici, la Società fissa una percentuale di tolleranza del 3% rispetto a quelli inizialmente dichiarati, entro la quale la stessa non procederà alla richiesta del versamento della quota annuale di premio.

Qualora un assicurato si trasferisca presso altro Istituto scolastico, l'assicurazione segue presso il nuovo Istituti 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.

Art 2 MASSIMALI E LIMITI ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE

Il massimale assicurato è quello indicato nella indicata nella "Tabella delle Garanzie e Massimali" che forma parte integrante del presente capitolato, per ogni singolo sinistro indipendentemente dal numero dei sinistri occorsi durante l'intera annualità assicurativa.

Quando un fatto una violazione o un'inadempienza hanno carattere continuativo e ripetitivo, il sinistro si intende verificato nel momento della loro prima manifestazione.

Le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro. In caso di imputazione a carico di più persone assicurate e dovute al medesimo fatto, il sinistro è unico a tutti gli effetti.

Art. 3 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assume a proprio carico l'onere delle spese giudiziali e stragiudiziali che l'Assicurato o persone delle quali o con le quali debba rispondere, sostengano, in sede extragiudiziaria e/o giudiziaria, per l'esercizio di pretese al risarcimento danni a persone e/o cose subiti per fatti illeciti di terzi nonché per la difesa penale e/o civile per reati colposi, o per resistere all'azione di risarcimento danni cagionati a terzi connessi all'attività dell'Istituto Scolastico Assicurato.

In tale ultimo caso, qualora esista valida polizza di responsabilità civile, la garanzia viene prestata dalla presente polizza per le spese rimaste a carico dell'Assicurato ex Art. 1917 Codice Civile.

L'assicurazione è prestata per gli eventi verificati nell'ambito delle strutture scolastiche nonché durante tutte le attività scolastiche, parascolastiche, extrascolastiche e interscolastiche, purché tali attività rientrino nel programma di studi o siano state regolarmente deliberate e messe in atto dagli organismi scolastici competenti.

A titolo puramente esemplificativo, la garanzia vale anche durante:

- le ore di educazione fisica in palestra, in piscina e sui campo sportivi in genere;
- le attività ginnico sportive extracurricolari;
- i viaggi di istruzione e le gite scolastiche all'estero;
- ogni permanenza fuori dalla scuola a scopo didattico ricreativo o sportivo senza limitazioni di orari compreso il pernottamento o soggiorni continuativi;
- le attività di ricreazione all'interno ed all'esterno della scuola, le visite guidate ai musei, aziende, laboratori (purché tali visite non comportino esperimenti e prove pratiche dirette);
- le attività culturali in genere;
- le assemblee studentesche non autorizzate, purché si svolgano all'interno della scuola nonché le assemblee che abbiano luogo in locali esterni alla scuola purché siano osservate le disposizioni della C.M. n°31 2 – XI Cap. del 27.12.1979 in fatto vigilanza.

Sono assicurate le seguenti spese:

- per l'intervento di un legale;
- peritali;
- di giustizia nel processo penale;
- del legale di controparte, in caso di transizione autorizzata dalla Società, o quelle di soccombenza in caso di condanna dell'Assicurato.

Art. 4 GARANZIE AGGIUNTIVE

- A) **Sicurezza sul Lavoro** – difesa penale per reati colposi e per contravvenzioni conseguenti all'inosservanza delle disposizioni previste dal D.Lgs. n. 81 del 9.4.08 (quale committente) e successive modifiche in materia di sicurezza sul lavoro. La garanzia è estesa alle spese, competenze e onorari del legale per ricorsi avverso sanzioni, per violazioni amministrative, originariamente camminate di importo superiore a Euro 1.000,00.
- B) **Tutela Della Privacy D.Lgs. 196/2003** – difesa penale per reati colposi e la presentazione di ricorsi in sede amministrativa per sanzioni pecuniarie originariamente di importo superiore a Euro 1.000,00.
- C) **Spese non riconosciute congrue all'Avvocatura dello Stato** – per i dipendenti dello Stato, nei casi di giudizi per responsabilità civile, penale ed amministrativa, promossi nei loro confronti in conseguenza di atti connessi

con l'espletamento del servizio o con l'assolvimento degli obblighi istituzionali e conclusi con sentenza o provvedimento che escluda la loro responsabilità, la Società garantisce, nei limiti del massimale, il rimborso delle spese legali rimaste a loro carico, perché non ritenute congrue dall'Avvocatura dello Stato ai sensi dell'Art 18 del D.L. 25/3/1997 n. 67.

- D) **Sanzioni amministrative di vario genere** – la garanzia prevede il rimborso di spese, competenze e onorari per i ricorsi avverso le sanzioni per violazioni amministrative, nonché per la gestione e definizione del ricorso, fino alla concorrenza del massimale di Euro 2.500,00 per controversia, con il limite di 2 vertenze per Istituto, fermo restando il massimale annuo.
- E) **Consulenza Giuridica** – La Società fornirà, a richiesta scritta degli Assicurati, consulenza giuridica consistente in pareri scritti nonché chiarimenti su Leggi, decreti e normativa vigente.
- F) **Tutela Giudiziarla della Circolazione** – L'assicurazione vale per le spese indicate all'Art. 65 sostenute a tutela degli interessi degli assicurati indicati in polizza nei seguenti casi:
1. Vertenze per ottenere il risarcimento dei danni subiti alla persona e/o cose per fatto illecito di terzi durante la guida di mezzi di trasporto per i quali l'assicurato sia abilitato alla guida o quale conducente di mezzi non soggetti ad assicurazione obbligatoria.
 2. Difesa in procedimenti penali: per delitti colposi o a contravvenzioni punibili con arresto o con ammenda.
 3. Assistenza legale in procedimenti per ottenere la restituzione della patente o il dissequestro del veicolo.
 4. Procedimenti di opposizione a sanzioni amministrative di importo non inferiore a Euro 150,00.
 5. Vertenze con assicurazioni private in relazione all'interpretazione di clausole contrattuali e gestione dei sinistri su polizze RCA e garanzie accessorie (furto, incendio, infortuni del conducente). Sono escluse le vertenze relative a polizze stipulate con la Società assicuratrice che presta le presenti estensioni di garanzia.
 6. Vertenze per ottenere il risarcimento dei danni subiti alla persona e/o a cose per fatto illecito di terzi quale pedone, anche in occasione dell'uso, quale passeggero di qualsiasi mezzo di trasporto, sia esso stradale, ferroviario, aereo, marittimo, fluviale, lagunare, purché abilitato al trasporto di passeggeri.

Le garanzie della presente estensione di garanzia non sono operanti se:

- il conducente non è abilitato alla guida;
- il veicolo guidato dall'assicurato non è coperto da polizza RCA obbligatoria;
- il conducente ha commesso illecito in stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti;
- la controversia ha per oggetto danni derivanti dalla partecipazione a gare o competizioni sportive.

Art. 5 ESCLUSIONI

L'assicurazione non vale, per le spese relative a vertenze:

- di natura fiscale;
- derivanti dalla proprietà o dalla circolazione di imbarcazioni o aeromobili;
- derivanti da fatti dolosi dell'Assicurato;
- conseguenti a comportamenti colposi posti in essere oltre 1 anno prima della data di effetto dell'assicurazione;
- relative a forniture di beni o a prestazioni di servizi che il Contraente/Assicurato effettui;
- denunciate alla Società trascorsi due anni dalla cessazione della validità della polizza.

Sono inoltre escluse dalla garanzia:

- il pagamento di multe, ammende, e sanzioni in genere;
- gli oneri fiscali (bollatura, documenti, spese di registrazione, di sentenze e atti in genere ecc.);
- le spese per controversie relative a rapporti di Lavoro o vertenze sindacali;
- le spese per controversie riguardanti la circolazione di veicoli o natanti;
- le spese per controversie nei confronti di Enti Pubblici di previdenza ed assistenza obbligatori;
- le spese di natura contrattuale nei confronti della Società.

Art. 6 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso scritto alla Società entro 30 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Unitamente alla denuncia dovranno essere forniti tutti gli atti ed i documenti occorrenti e una precisa descrizione del fatto che ha originato il sinistro. In ogni caso l'Assicurato deve trasmettere, con la massima urgenza, gli atti giudiziari e, comunque, ogni altra comunicazione relativa al sinistro.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 Codice Civile.

Art 7 GESTIONE DELLE VERTENZE

L'assicurato, dopo aver effettuato la denuncia del sinistro nomina per la tutela dei suoi interessi un legale da lui scelto tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove egli ha il domicilio o hanno sede gli Uffici Giudiziari competenti, segnalandone immediatamente il nominativo alla società.

La Società, preso atto della designazione del legale, assume a proprio carico le spese relative. L'Assicurato, pena il rimborso delle spese sostenute dalla Società, non può dare corso ad azioni di natura giudiziaria, raggiungere accordi o transazioni in sede stragiudiziale o in corso di causa, senza il preventivo benestare della Società stessa che dovrà pervenire all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta. Negli stessi termini e con adeguata motivazione, dovrà essere comunicato all'Assicurato il rifiuto del benestare. L'Assicurato deve trasmettere con massima urgenza, al legale da lui prescelto tutti gli atti giudiziari e la documentazione giudiziaria relativa al sinistro, regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali vigenti. Copia di tutti gli atti giudiziari preposti dal legale devono essere trasmessi alla Società.

In caso di disaccordo tra l'Assicurato e la Società in merito alla gestione dei sinistri, la decisione verrà demandata da un arbitro designato di comune accordo, dal Presidente del Tribunale competente del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

Ciascuna delle parti contribuirà alla metà delle spese arbitrali, quale sia l'esito dell'arbitrato. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Art. 8 DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia prestata per le controversie determinate da fatti verificatosi del periodo di validità della polizza e precisamente dopo le ore 24 del giorno di decorrenza dell'assicurazione.

Ai fini del comma precedente, i fatti che hanno dato origine alla controversia si intendono avvenuti nel momento iniziale della violazione della norma o dell'inadempimento; qualora il fatto che dà origine al sinistro si protragga attraverso più atti successivi, il sinistro stesso si considera avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto.

Le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro. In caso di imputazione a carico di più persone assicurate e dovute al medesimo fatto, il sinistro è unico a tutti gli effetti.

Art. 9 COESISTENZA CON ASSICURAZIONI DI RESPONSABILITÀ CIVILE

La garanzia prevista dalla presente polizza opera ad integrazione e dopo esaurimento di ciò che è dovuto dall'assicurazione di Responsabilità Civile per le spese di resistenza e soccombenza.

Integrazioni migliorative

In deroga all'art. 1. Norme generali, si stabilisce che la retroattività per imputazioni penali è fissata in 36

mesi; la ultra attività (postuma) è fissata in mesi 60.

Fermo il resto:

La Società

Il Contraente
