

**Polizza n° 000094.31.301615**  
Agenzia di BOLOGNA PORTA EUROPA

Codice agenzia 000094 - Codice produttore 555

<b>Contraente</b>	Istituto Comprensivo N.19 Indirizzo: Via D'azeglio, 82 - 40123 - Bologna (BO)	Codice fiscale: 91357350379
<b>Durata</b>	1 anno	Inizio: 15/09/2015 Scadenza: 15/09/2016 Tacito rinnovo: NO
<b>Prima rata</b>	Dalle ore 24.00 del 15/09/2015 alle ore 24.00 del 15/09/2016	
<b>Rateazione</b>	Annuale	
<b>Regolazione premio</b>	SI	
<b>Premio minimo annuo garantito</b>	euro 1.000,00	
<b>Allegato</b>	N° 1 allegato	

Assicurato	Qualifica	Premio annuo totale netto in euro
Assicurati non identificati	ALUNNI DOCENTI E NON DOCENTI	7.176,00

	netto	addizionale	imponibile	aliquota imposta	imposte	TOTALE
Infortunati	7.176,00	--	7.176,00	2,50	179,40	7.355,40
<b>Premio annuo euro</b>	7.176,00	--	7.176,00		179,40	<b>7.355,40</b>
Infortunati	7.176,00	--	7.176,00	2,50	179,40	7.355,40
<b>Prima rata euro</b>	7.176,00	--			179,40	<b>7.355,40</b>

MOD. POL INF 1 - ED 25/02/2014

stampato in data 10/09/2015

COPIA PER LA DIREZIONE



1 / 3



001000009403100009431301615000000015092015D

**Ulteriori dichiarazioni**

Il Contraente dichiara inoltre di:

- aver ricevuto l'informativa privacy (ex art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003 e successive modifiche ed integrazioni) MOD. POL INF 6 - ED 01/2010 e di aver rilasciato i relativi consensi
- consegnare copia all'Assicurato dell'informativa privacy (ex art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003 e successive modifiche ed integrazioni) MOD. POL INF 6 - ED 01/2010, di raccogliere il consenso sottoscritto e di trasmetterlo a Cattolica tempestivamente
- essere stato informato che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area riservata, secondo le tempistiche e le modalità pubblicate nella home page del sito internet della Compagnia (www.cattolica.it).

Il Contraente prende atto che l'assicurazione è prestata alle condizioni e con le modalità pattuite nel presente contratto, condizioni e modalità che il Contraente dichiara di conoscere e di accettare integralmente.

Il Contraente dichiara, inoltre, che il contratto è costituito esclusivamente dai seguenti documenti che ne costituiscono parte integrante:

- le condizioni di assicurazione MOD. POL INF 2 - ED 25/02/2014
- scheda tecnica n° 1
- allegato integrativo n. 5793/2015

di non averne ricevuti altri ad integrazione, che gli stessi sono stati regolarmente ricevuti e non contengono rettifiche, cancellature e/o precisazioni.

Si precisa inoltre che:

D'ACCORDO TRA LE PARTI, PER L'OPERATIVITÀ DELLA COPERTURA DI CUI ALLA PRESENTE POLIZZA, SI FA RIFERIMENTO AL NORMATIVO ALLEGATO (ED 9/2011) ED ALL'APPENDICE DI PRECISAZIONE - RISCHIO SCUOLE - CONVENZIONE BOLOGNA - ED. 09/2013.

A MAGGIOR PRECISAZIONE DI QUANTO IN ESSA INDICATO, SI SPECIFICA CHE L'ELENCO DELLE TESTE VERRÀ FORNITO IN UNA FASE SUCCESSIVA ALLA STIPULA. NEL FRATTEMPO, IN CASO DI SINISTRO, FARÀ FEDE LA DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE COMPROVANTE LA PRESENZA DELL'INFORTUNATO E LA SUA INCLUSIONE NEGLI APPOSITI REGISTRI TENUTI DAL CONTRAENTE STESSO.

Il presente contratto è stato redatto in 3 esemplari a un solo effetto in BOLOGNA il 10/09/2015.

CATTOLICA ASSICURAZIONI SOC. COOP.  
L'AGENTE O LA DIREZIONE

**ASSINEDIA S.R.L.**

IL CONTRAENTE

**AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a fornire le indicazioni richieste al momento della stipulazione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.**

IL CONTRAENTE

**Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della polizza e ai sensi del regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010, il fascicolo informativo contenente: la nota Informativa MOD. POL INF 5 - ED. 29/05/2015; le condizioni di assicurazione MOD. POL INF 2 - ED 25/02/2014; modulo di proposta, ove previsto.**

IL CONTRAENTE

**Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:**

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge

Il pagamento dell'importo dovuto alla firma della presente, è stato effettuato a mie mani in \_\_\_\_\_

L'AGENTE O L'INCARICATO

S.A. MOD. 2008.15

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

La presente scheda tecnica è parte integrante della polizza n° 000094 .31. 301615

<b>Assicurato:</b>	Studenti
<b>Qualifica:</b>	ALUNNI DOCENTI E NON DOCENTI
<b>Parametro calcolo premio:</b>	N° assicurati
<b>Valore parametro:</b>	897
<b>Premio unitario netto in euro:</b>	8,00
<b>Premio annuo totale netto in euro:</b>	7.176,00
<b>Beneficiari in caso di morte:</b>	EREDI

<b>Garanzie principali</b>	<b>Somma assicurata / Massimale in euro</b>	<b>Scoperto / Franchigia %</b>	<b>Franchigia giorni</b>	<b>Scoperto minimo in euro</b>
Morte	200.000,00	--	--	--
Invalità permanente	200.000,00	3,00	--	--
Inabilità temporanea	--	--	--	--
Rimborso spese di cura per infortunio	15.000,00	10,00	--	50,00
Rimborso spese di cura per danni estetici	--	--	--	--
Diaria da ricovero	--	--	--	--
Diaria da gessatura	--	--	--	--

**RIEPILOGO LIMITI DI INDENNIZZO, RISARCIMENTO, SCOPERTI E FRANCHIGIE**

<b>Clausole</b>	<b>Giorni</b>	<b>Limiti di indennizzo %</b>	<b>Limiti di indennizzo euro</b>
INF008 Cumulo catastrofale	--	--	1.500.000,00
INF032 Invalità permanente per infortunio	--	--	--

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

# **ALLEGATO N. 1 ALLA POLIZZA INFORTUNI ED.09/2011**

## **INDICE**

<b>DEFINIZIONI .....</b>	<b>PAG.1</b>
<b>NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE .....</b>	<b>PAG.1</b>
<b>NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI .....</b>	<b>PAG. 3</b>
<b>NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA .....</b>	<b>PAG. 10</b>
<b>CONDIZIONI PARTICOLARI .....</b>	<b>PAG. 12</b>

## DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

- per **Assicurazione**: il contratto di assicurazione;
- per **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione;
- per **Contraente**: il soggetto che stipula e sottoscrive il contratto;
- per **Assicurato**: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per **Società**: l'impresa assicuratrice;
- per **Premio**: la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- per **Sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per **Indennizzo**: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per **Infortunio**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

**Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio** - Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

**Art. 2 - Altre assicurazioni** - Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società la esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio: in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 C.C.

### **Art. 3 - Pagamento del premio -**

Il contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite. Il premio deve essere pagato all'agenzia cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società in conformità alle disposizioni di legge in vigore al momento del pagamento. Se il contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, **l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto**. Se il contraente non paga i premi successivi, **l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del codice civile

**Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione** - Le eventuali modificazioni 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 del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.

**Art. 6 - Diminuzione del rischio** - Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

**Art. 7 - Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro** - In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne abbiano avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 C.C.

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

**Art. 8 - Disdetta in caso di sinistro** - Qualora il contraente sia consumatore ai sensi dell'articolo 1469 bis del codice civile, dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

**Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.**

In ogni caso di recesso Cattolica rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Qualora il contraente non sia consumatore ai sensi dell'articolo 1469 bis del codice civile, dopo ogni denuncia di sinistro, Cattolica ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso è comunicato al contraente con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

Cattolica rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

**Art. 9 - Proroga del contratto** -

**In mancanza di disdetta, inviata all'altra Parte a mezzo di lettera raccomandata a.r. spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto di assicurazione è prorogato per un anno e così successivamente.**

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

**Art. 11 - Foro competente** - Foro competente, a scelta della parte attrice, può essere quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società o quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza.

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

## **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI**

**Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione** - L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

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

Sono compresi in garanzia anche:

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

**Art. 14 - Rischi esclusi** - Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

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

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



**Art. 15 - Rischio volo** - L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, **tranne che:**

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

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

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

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

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

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

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

**Art. 16 - Servizio militare** - Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea. In ogni caso, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successive all'inizio del servizio, l'Assicurato ha diritto di ottenere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

**Art. 17 - Limiti di età** - L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla sua naturale scadenza.

**Art. 18 - Persone non assicurabili** - Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoici.

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

**Art. 19 - Limiti territoriali** - L'assicurazione vale per il mondo intero. **L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero:** tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell' Assicurato.

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

**Art. 20 - Cambiamento dell'attività professionale** - Se nel corso dell'assicurazione si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate in polizza, si applicano gli artt. 1897 e 1898 C.C. Se il cambiamento dell'attività non comporta né diminuzione né aggravamento di rischio, l'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta.

**Art. 21 - Altre assicurazioni** - Fermo quanto previsto dall'Art. 2), qualora le somme assicurate con altre polizze - escluse quelle in forma collettiva non stipulate dallo stesso Assicurato - superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 15 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

**Art. 22 - Denuncia dell'Infortunio e oneri relativi** - Fermo quanto previsto dall'Art. 7), la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e dev'essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dev'essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso d'inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato, o in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla società le indagini e gli accertamenti necessari.

**Art. 23 - Criteri di indennizzabilità** - La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. **Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.**

**In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 25/A) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

**Art. 24 - Morte** - **L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio.**

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

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

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

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale

previsto per il caso di morte. **La liquidazione, semprechè non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli Artt. 60 e 62 C.C.** Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

**Art. 25/A - Invalidità permanente - L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio.**

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

Perdita totale, anatomica o funzionale di	destro	sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
un piede	40%	40%
ambedue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	3%	
una falange dell'alluce	2,5%	
una falange di altro dito del piede	1%	
un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	
un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	
un occhio	25%	
ambedue gli occhi	100%	
un rene	20%	
la milza	10%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue le orecchie	40%	
perdita totale della voce	30%	
stenosi nasale bilaterale	15%	
esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento di vertebre dorsali	10%	
vertebre dorsali	7%	
12 <sup>a</sup> dorsale	12%	
cinque lombari	12%	
esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente	5%	

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

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

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

**Art. 25/B Franchigie - Le prestazioni previste dell'Art. 25/A) sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:**

- **sulla parte di somma assicurata fino a 300,000 €:**  
se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 3% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.
- **Sulla parte di somma assicurata eccedente 300.000 € e fino a 500.000€:**  
se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.
- **Sulla parte di somma assicurata eccedente 500.000€:**  
se l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo a indennizzo; se l'invalidità definitiva supera il 10% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo sulla parte eccedente.

**Art. 26/A - Inabilità temporanea - L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:**

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

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

**Art.26/B Franchigia – L'indennizzo previsto dall'art.26/A viene corrisposto a partire dall'8° giorno successivo a quello dell'infortunio.**

**Art. 27 - Estensione dell'assicurazione alle ernie addominali da sforzo - A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 13) e fermi i criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 23) l'assicurazione è estesa limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:**

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

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

- **dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e le prestazioni della**

stessa già previste;

- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

**Art. 28 - Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere** - La Società assicura, quando previsto in polizza, il rimborso: degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle spese ospedaliere (accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio), delle terapie fisiche prestate presso centri specializzati e **semprechè prescritte dal medico curante**, delle spese farmaceutiche nonché delle rette di degenza **conseguenti ad un evento considerabile come infortunio a norme di polizza**. Nelle prestazioni previste dal capoverso che precede, s'intendono comprese anche le spese inerenti agli interventi di chirurgia plastica resi necessari per eliminare o contenere sfregi o deturpazioni di natura estetica fisiognomica subiti in occasione dei medesimi eventi dannosi considerati come infortunio. La garanzia è altresì estesa al rimborso delle spese di trasporto dell'infortunato all'istituto di cura esclusivamente con mezzi di pronto soccorso anche aerei, **fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari al 10% (dieci per cento) della somma prevista nella scheda di polizza sotto il presente titolo**. Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili). La denuncia dell'infortunio, anche agli effetti del presente articolo, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste. In caso di ritardata denuncia non vengono rimborsate le spese relative al periodo anteriore al giorno della denuncia stessa. La domanda per il rimborso di dette spese corredata dai documenti giustificativi di cui sopra deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e la degenza. Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata. Il rimborso delle spese di cui al presente articolo viene riconosciuto con lo scoperto del 10% della spesa documentata e con il minimo di euro 50,00 € per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato.

**Art. 29 - Diaria ricovero** - La Società assicura in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura a seguito di infortunio, che richieda o meno intervento chirurgico, la corresponsione dell'indennità giornaliera stabilita in polizza per ciascun giorno di degenza **per la durata massima di 90 giorni per ogni infortunio e per un periodo non superiore a 120 giorni per più sinistri che dovessero verificarsi nel medesimo anno assicurativo**. Tale garanzia è prestata in aggiunta, ove prevista, alla somma assicurata per il caso di inabilità temporanea. Per gli Assicurati di età inferiore ai 18 anni che frequentino scuole di istruzione elementare, media e secondaria e semprechè il ricovero avvenga durante il periodo scolastico, viene corrisposta a titolo di rimborso spese per recupero scolastico una ulteriore indennità di Euro 6 per ogni giorno di ricovero. **La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato od ai suoi eredi a termini della presente polizza su presentazione della documentazione attestante l'avvenuto ricovero e di copia della cartella clinica**. Il pagamento viene effettuato a ricovero ultimato. Per i ricoveri avvenuti all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia.

**Art. 30 - Cumulo di indennità** - L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente,

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

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

**Art. 31 - Deferimento di controversie ad un Collegio Medico** - Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 23), sono demandate 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 dove ha sede l'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 la 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 dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'indennizzo.

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

**Art. 32 - Diritto di surrogazione** - La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

**Art. 33 - Pagamento dell'indennizzo** - Verificata l'operatività della garanzia, eseguita la valutazione del danno, ricevuta la necessaria documentazione e concordato con l'Assicurato l'importo dell'indennizzo da corrispondere a termine di polizza, **la Società s'impegna a provvedere al pagamento entro 15 giorni.**

**Art. 34 - Indicizzazione** – (operante se richiamata in polizza) Le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice generale nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nel frontespizio, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo. **Il diritto all'adeguamento sorge quando la differenza fra detti indici sia non inferiore al 10% e gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.**

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di somme assicurate e di premio.

Qualora, in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, l'Assicurato avrà facoltà di recedere dal contratto, entro tre mesi dalla scadenza della rata di premio cui si riferisce l'ultimo adeguamento, ed il recesso

avrà effetto dalla scadenza della successiva annualità di premio.

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

**Art. 35 - Variazione di persone - Si conviene che le variazioni nel numero e nelle generalità delle persone assicurate verificatesi nel corso della garanzia, saranno comunicate per iscritto ed a mezzo raccomandata alla Società.** Le variazioni stesse saranno valide a decorrere dalla data del timbro postale di partenza della comunicazione predetta e, comunque, dalla data della ricevuta della raccomandata rilasciata dall'amministrazione postale, sempreché il personale nuovo assunto sia assicurabile a norma di polizza. **Fermo l'obbligo del Contraente di corrispondere l'eventuale maggior premio entro 15 giorni dalla presentazione della appendice, con l'applicazione, in difetto, dell'Art. 1901 C.C.**

**Art. 36 - Esonero dall'obbligo di denuncia di mutilazioni o difetti preesistenti -** Fermo il disposto dell'Art. 1) delle norme che regolano l'assicurazione in generale, il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. **Nel caso di infortunio sofferto da persona affetta da difetti fisici o mutilazioni rilevanti, l'indennità per invalidità permanente sarà liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, fermo il disposto dell' Art. 23) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni.**

**Art. 37 - Variazioni nella persona del contraente -** Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede e con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

**In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto per la parte che lo riguarda.**

Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della società contraente o della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

**Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, suoi eredi, od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.**

**Art. 38 – Raccolta dati degli assicurati.** Il Contraente, al fine di consentire alla Compagnia di ottemperare alle disposizioni del Regolamento Isvap n.27 del 14 ottobre 2008 ed eventuali successive modifiche, si impegna a fornire alla Compagnia entro 15 giorni dalla richiesta di quest'ultima i seguenti dati:  
data di adesione alla copertura assicurativa per ogni singola applicazione;

nome e cognome dell'aderente;  
codice fiscale dell'aderente;  
data effetto copertura della singola adesione;  
data scadenza della singola adesione;  
premio di prima annualità o prima rata di premio.

La Compagnia potrà sospendere il pagamento di eventuali sinistri fino a che non vengano forniti tutti i dati richiesti.

**Art. 39 - Trattamento dei dati personali** La Società s'impegna a conservare la riservatezza su tutti i dati relativi al Contraente e/o Assicurati di cui venga in possesso con il presente contratto e a non divulgare le informazioni così raccolte.

La Società raccoglie e registra tali dati personali riguardanti il Contraente e/o gli Assicurati. Essa è inoltre tenuta, ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni), ad utilizzare tali dati esclusivamente in termini compatibili con lo scopo di conclusione e gestione del contratto suddetto e a trattare i dati personali in modo lecito e secondo correttezza.

La Società s'impegna altresì, ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni), a custodire e controllare i dati personali raccolti in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi di accesso non autorizzato o il trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta.

**Art. 40 - Trattamento dei dati sensibili** Il Contraente e/o l'Assicurato presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte della Società, in particolare dei dati sensibili ai sensi del D. Lgs. del 30 giugno 2003 n° 196 (e successive modificazioni).

**Art.41 - Obbligo di consegna dell'informativa agli assicurandi e raccolta del relativo consenso**

Il Contraente si obbliga a consegnare all'Assicurando/i l'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili predisposta dalla Società ed, al fine di consentire a quest'ultima di poter prestare la garanzia assicurativa di cui al presente contratto, a raccoglierne il consenso facendo sottoscrivere la relativa modulistica predisposta dalla Società ed a conservarla presso di sé rendendola disponibile dietro richiesta della Società stessa



**CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA**

- a) - **Garanzia anonima** (operante se espressamente richiamata in polizza)- Nell'ipotesi che la presente assicurazione sia stata stipulata, a richiesta del Contraente, con rinuncia, da parte della Società, alla indicazione nominativa degli Assicurati, la Società vi consente **all'espressa condizione che il Contraente denunci, sia inizialmente che nel corso del contratto, il numero esatto di tutte le persone aventi la stessa qualifica o mansioni di quelle assicurate, comunicando le variazioni appena queste si verificano.** Qualora il numero delle persone risulti superiore a quello denunciato si applicano le disposizioni di legge.
- b) **Esistenza polizza R.C.** (operante se espressamente richiamata in polizza)- - **Nel caso che il Contraente abbia in corso con la Società Cattolica di Assicurazione una polizza di responsabilità civile che estenda la garanzia anche alle persone assicurate con la presente polizza, è espressamente convenuto che, qualsiasi indennizzo la Società dovesse pagare in base alla presente polizza, andrà computato a detrazione del risarcimento che essa dovesse corrispondere, per le stesse persone, in base alla predetta polizza di responsabilità civile.**
- c) **Responsabilità del Contraente** (operante se espressamente richiamata in polizza)- - Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art. 24 (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza, ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere a seguito di sentenza definitiva o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.
- d) **Sostituto** - La garanzia prestata con la presente polizza si intende valida nell'esplicazione delle stesse mansioni dell'Assicurato per un Sostituto quando questi si trova a sostituire l'Assicurato stesso in sua temporanea assenza od impedimento.
- e) **Limitazione ai soli infortuni professionali** - A deroga dell'Art. 13) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, si conviene che l'assicurazione vale soltanto per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata in polizza.
- f) **Limitazione ai soli infortuni extra-professionali** - A deroga dell'art. 13) delle norme che

regolano l'assicurazione infortuni si conviene che la garanzia vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. La garanzia vale durante l'espletamento di tutte le attività concernenti la normale vita domestica, sociale e di relazione compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari.

**Restano pertanto esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire mentre presta opera comunque retribuita alle dipendenze di terzi o in proprio a titolo professionale.**

Ai fini della validità della presente pattuizione, l'Assicurato dichiara di svolgere attività lavorativa alle dipendenze di terzi con mansioni interne ad orario fisso di lavoro. In caso di polizza cumulativa detta dichiarazione viene rilasciata dal Contraente per conto dei singoli assicurati.

- g) **Esonero denuncia di altre assicurazioni** - L'eventuale coesistenza di altre polizze stipulate personalmente dai singoli assicurati con altre Compagnie per la copertura degli stessi rischi, anche nel caso in cui gli interessati non ne abbiano dato notizia alla Società assicuratrice, non pregiudica la garanzia prestata con la presente polizza e, pertanto, il pagamento della relativa indennità verrà effettuato in ogni caso nella misura dovuta.
- h) **Mancinismo** - Premesso che l'Assicurato ha dichiarato di essere mancino, si conviene che le percentuali di invalidità previste dall'art. 25/A) per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.
- i) **Adozione Tabella INAIL** - Si conviene che le percentuali di invalidità permanente previste dall'Art. 25/A) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni s'intendono sostituite con quelle di cui all'Allegato 1) del D.P.R. 30 Giugno 1965, n° 1124 e successive modifiche intervenute sino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge, fermo quant'altro previsto dal medesimo Art. 25/A).
- j) **Sopravalutazioni per Invalidità Permanente** - Con riferimento all'Art. 25/A) che s'intende pienamente operante, si conviene che alcune percentuali di invalidità permanente ivi previste vengono modificate come segue:

Per la perdita totale:	destra	sinistra
di un braccio o di una mano	100%	100%
del pollice	60%	50%
della falange del pollice	40%	35%
dell'indice	60%	50%
della falangetta dell'indice	40%	35%
del medio	30%	25%
della falangetta del medio	20%	15%
dell'anulare	15%	10%
del mignolo	15%	10%
percentuale massima per la perdita totale del pollice, dell'indice e del medio di una mano, o di due delle dita anzidette	80%	80%
perdita totale della facoltà visiva di un occhio		50%
sordità completa di ambedue gli orecchi		75%

sordità completa di un orecchio

20%

- k) **Abolizione di franchigia su invalidità Permanente** - L'Art. 25/B) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni si intende abrogato, per cui l'indennizzo per invalidità permanente verrà corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia.
- l) **Invalidità permanente totale** - Con riferimento agli artt. 25/A) e 25/B) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, che restano pienamente operanti, si conviene che in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore all'80% (ottanta per cento) l'indennizzo verrà corrisposto nella misura del 100% (cento per cento) della somma assicurata.
- m) **Alpinismo fino al 3° grado** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai fino al 3° grado purché non effettuato isolatamente.
- n) **Alpinismo in genere** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai di qualsiasi grado, purché effettuato con accompagnamento di guida patentata.
- o) **Speleologia** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica della speleologia, non a carattere professionale, purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura.
- p) **Immersioni subacquee** - L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da immersioni subacquee con uso di autorespiratore comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose a condizione che non siano dovute allo svolgimento di attività professionale e che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione a ciò legalmente autorizzata.
- q) **Inabilità temporanea totale** - D'accordo fra le parti si conviene che il disposto dell'art. 26) delle norme che regolano l'assicurazione infortuni viene annullato e sostituito dal seguente:  
«L'indennizzo per l'inabilità temporanea decorre dall'undicesimo giorno da quello dell'infortunio ed è dovuto per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato anche solo in parte nella incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni.»  
**L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni ed è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente, per morte o per ricovero ospedaliero.**
- r) **Applicazione apparecchio gessato** - Se l'infortunio comporta l'immobilizzazione con applicazione di apparecchio gessato, la Società corrisponde all'assicurato un'indennità pari a quella della diaria da ricovero per infortunio fino alla rimozione della gessatura e comunque per un periodo massimo di 40 (quaranta) giorni.

- s) **Uso e guida motocarri, autofurgoni ed autocarri** - A parziale deroga dell'art. 14 punto 2 delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, resta convenuto che la garanzia vale altresì, sempre che l'Assicurato sia in possesso della prescritta e valida patente di abilitazione, durante l'uso e guida di: autofurgoni ed autocarri in genere, macchine agricole ed operatrici.
- t) **Regolazione Premio** Il premio, convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili viene anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, quale acconto di premio calcolato sulla stima preventiva degli elementi indicati in polizza e regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, a seconda delle variazioni intervenute in detti elementi durante lo stesso periodo.  
Resta fermo il premio minimo di polizza.

Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente o l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, gli elementi variabili previsti in polizza.  
Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società.

Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione dei dati ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia prestata per il nuovo periodo assicurativo resta sospesa a partire dal 15° giorno successivo a quello indicato per la scadenza del contratto e fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente o l'Assicurato abbia adempiuto ai propri obblighi, secondo quanto disposto dall'art.1901 comma 2 del Codice Civile.

Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, mediante lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio risulti maggiore del doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo..

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente o l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti necessari e le e le documentazioni probatorie in suo possesso.

- u) **Rischio in itinere** L'Assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato possa subire durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa nel tempo strettamente necessario allo stesso e con qualsiasi mezzo di locomozione

## **Appendice di precisazione**

### **Rischio scuole – Convenzione Bologna\_Ed. 07/2013**

La presente appendice forma parte integrante della polizza a cui si riferisce. D'accordo tra le parti si conviene di derogare alle condizioni generali di assicurazione dell'Allegato n. 1 alla Polizza Infortuni, ed. 9/2011, limitatamente agli articoli di seguito indicati.

#### **1) Oggetto dell'assicurazione**

A parziale deroga dell'art. 13, si conviene che l'Assicurazione vale per gli infortuni che gli alunni potessero subire durante le ore di lezione, comprese quelle di educazione fisica, di ricreazione o in qualsiasi altro momento di presenza nella scuola; in occasione dello svolgimento di attività ginnico – sportive, comprese gare e relative prove, anche extraprogramma, di gite, viaggi di istruzione, scambi educativi/culturali, stages e attività alternanza scuola-lavoro effettuati presso qualsiasi azienda anche nel periodo estivo a lezioni concluse, passeggiate, trasferimenti per recarsi in scuole, palestre distaccate e qualsiasi altro luogo pertinente all'attività svolta e viceversa purché organizzate e/o autorizzate dalla scuola; durante il tragitto da casa a scuola e per recarsi nei luoghi relativi alle attività sopraesposte e viceversa; resta inteso che i predetti trasferimenti possono essere effettuati a piedi o con qualunque mezzo di trasporto sia pubblico che privato, compresi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o scendere dai mezzi usati.

#### **2) Persone assicurate**

Si conviene che le persone assicurate sono gli allievi regolarmente iscritti, il personale docente, il personale non docente e i genitori degli allievi assicurati nei limiti di quanto previsto al successivo articolo "Accompagnatori" della presente Appendice.

Ai soli fini della determinazione del premio iniziale e della sua regolazione ai sensi del successivo articolo "Regolazione del premio" della presente appendice il Contraente dichiara che al momento della stipulazione del presente contratto gli assicurati sono in numero di:

- \_\_\_\_\_ per gli allievi di scuole materne e/o elementari,
- \_\_\_\_\_ per gli allievi di scuole medie,
- \_\_\_\_\_ per gli allievi di scuole superiori,
- \_\_\_\_\_ per il personale docente e non docente,
- \_\_\_\_\_ per i genitori accompagnatori per gite e attività esterne in genere,
- \_\_\_\_\_ per gli alunni esterni,
- \_\_\_\_\_ per i collaboratori esterni autorizzati (facenti parte a Consiglio d'Istituto...),
- \_\_\_\_\_ per i revisori dei conti ministeriali in occasione di attività presso l'Istituto.

Su questo numero viene anticipato il premio.

La scuola è esonerata dall'obbligo di denunciare le generalità degli assicurati, per la loro identificazione al momento del sinistro e per il computo del premio si farà riferimento ai registri del Contraente, registri che questi mette a disposizione a richiesta della Società.

### **3) Garanzie e somme assicurate**

Ciascun assicurato è garantito per i seguenti casi:

a) morte	€ 200.000,00
b) invalidità permanente per infortunio	€ 200.000,00
c) invalidità permanente da malattia (hiv, epatite, meningite)	€ 200.000,00
d) ricovero in Istituto di Cura, per una indennità giornaliera di	€ 70,00
e) Day Hospital in Istituto di Cura, per una indennità giornaliera di	€ 35,00
f) immobilizzazione, per una indennità giornaliera di	€ vedasi normativa
g) assenza prolungata, per una indennità sostitutiva di	€ vedasi normativa
h) danni estetici rimborso delle spese sostenute fino ad un massimo di	€ 8.000,00
i) rimborso spese di cura, fino ad un massimo di (escluse spese odontoiatriche, oculistiche e lenti)	€ 15.000,00
l) cure odontoiatriche fino ad un massimo di	€ 11.000,00
m) cure oculistiche fino ad un massimo di	€ 11.000,00
n) acquisto di lenti e relativa montatura fino ad un massimo di (montatura € 75,00)	€ 350,00
o) perdita dell'anno scolastico	€ 2.000,00
p) spese funerarie (compreso eventuale rimpatrio salma)	€ 5.000,00
q) spese trasporto all'Istituto di Cura	€ 500,00
r) spese trasporto casa /scuola e viceversa	€ 300,00
s) danneggiamento del vestiario	€ 260,00
t) apparecchi acustici	€ 300,00
u) carrozzelle e tutori per portatori di handicap	€300,00
v) spese per lezioni di recupero	€ 260,00
z) contagio HIV – epatite B eC	€ 45.000,00
j) indennizzo per meningite	€ 40.000,00
y) rimborso spese per stages all'estero (compreso nel massimale della garanzia rimborso spese di cura)	
w) rischio in itinere (compreso)	

#### **4) Franchigia per Invalidità Permanente per infortunio**

L'invalidità permanente viene determinata in una misura percentuale della somma assicurata, in relazione a quanto stabilito dalle Condizioni Generali di Assicurazione ed in rapporto al grado di Invalidità Permanente accertato.

L'art. 25/B delle condizioni generali si intende abrogato e sostituito da quanto segue:

**“Le prestazioni previste dall’art. 25/A sono soggette all’applicazione delle seguenti franchigie:**

**a) non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 3 % della totale**

**b) Se l’invalidità permanente accertata è superiore al 3% , l’indennizzo opera come segue:**

**€ 500,00 per ogni punto di IP accertata compreso tra il 4% ed il 9%**

**€ 1.000,00 per ogni punto di IP accertata compreso tra il 10% ed il 29%**

**€ 1.400,00 per ogni punto di IP accertata compreso tra il 30% ed il 39%**

**€ 1.700,00 per ogni punto di IP accertata compreso tra il 40% ed il 49%**

**c) in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una Invalidità Permanente superiore al 50% verrà riconosciuta all’assicurato una Invalidità Permanente al 100% senza applicazione di alcuna franchigia.”**

#### **Pronta liquidazione per microinvalidità permanenti: fratture scheletriche, lussazioni complete, distorsioni**

In caso infortunio indennizzabile a termine di polizza dal quale derivi una o più delle seguenti lesioni:

- frattura scheletrica
- lussazione completa
- distorsione

come di seguito definite, purché non riconducibili ad eventi pregressi, l’assicurato potrà scegliere tra:

- la “pronta liquidazione”, consistente nella determinazione dell’indennizzo a forfait nella misura di euro 750,00, senza che abbia rilievo alcuno la franchigia di polizza, se pattuita, e senza che sia necessario l’accertamento medico legale e l’intervenuta stabilizzazione dei postumi. A deroga delle norme sulla DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO, tale diritto potrà essere fatto valere a semplice richiesta, purché esercitata entro 60 giorni dall’infortunio e corredata dalla presentazione di un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di un specialista ortopedico e dell’accertamento diagnostico strumentale che certifichi la lesione subita. Gli accertamenti diagnostici strumentali richiesti sono quelli indicati di seguito nella definizione di ciascuna lesione subita. Se a seguito del medesimo infortunio derivino più conseguenze lesive sopra l’indennizzo a forfait verrà corrisposto una sola volta. Per ciascun assicurato, non potrà essere riconosciuto più di un indennizzo per annualità assicurativa in base a tale modalità;

- richiedere l’accertamento del postumo indennizzabile secondo i normali criteri di liquidazione previsti dalla polizza. A seguito della scelta di questa opzione, l’assicurato non potrà richiedere la “pronta liquidazione”.

**Frattura scheletrica:** soluzione di continuo di una struttura ossea per sollecitazioni traumatiche eccedenti il suo limite di resistenza, che sia strumentalmente accertata mediante idonea indagine radiografica: raggi standard e/o RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e/o TAC (Tomografia Assiale Computerizzata). L’accertamento diagnostico strumentale deve essere, inoltre, corredata da un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di un specialista ortopedico.

Sono da escludere tutte le lesioni a strutture cartilaginee nonché le infrazioni intendendosi con queste ultime le soluzioni di continuo incomplete, non a tutto spessore, di un osso.

**Lussazione completa:** lesione di una articolazione provocata da un trauma che impone alla stessa un movimento anomalo consistente in una brusca e permanente perdita dei fisiologici rapporti reciproci tra i capi ossei dell'articolazione, che sia strumentalmente accertata mediante idonea indagine radiografica: raggi standard e/o RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e/o TAC (Tomografia Assiale Computerizzata). L'accertamento diagnostico deve essere, inoltre, corredato da un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di un specialista ortopedico. La lussazione è detta completa se la perdita dei rapporti articolari fra i capi ossei è totale, quando invece permane un contatto parziale si parla di lussazione incompleta o di sublussazione.

**Distorsione:** Lesione di una articolazione provocata da un trauma che impone alla stessa un movimento anomalo consistente in una brusca e temporanea alterazione dei fisiologici rapporti reciproci tra i capi ossei dell'articolazione, purché comporti una lesione delle strutture anatomiche capsulo-legamentose e/o tendinee che sia strumentalmente accertata mediante idonea indagine radiografica: RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e/o TAC (Tomografia Assiale Computerizzata) e/o ecografia. L'accertamento diagnostico strumentale deve essere, inoltre, corredato da un referto medico di pronto soccorso ospedaliero o di un specialista ortopedico.

#### **Assegno di assistenza aggiuntiva per Invalidità permanente maggiore del 50% (operante solo per gli alunni/allievi)**

Nel caso l'invalidità permanente accertata sia maggior e del 50% della totale, la Compagnia in aggiunta all'indennizzo dovuto ai sensi di polizza provvede al pagamento di un indennizzo di 3.100,00 euro all'anno per la durata di 3 anni.

#### **5) Estensione copertura ai rischi sportivi**

A parziale deroga dell'art. 14 punto 5) si intendono compresi in copertura gli infortuni che l'Assicurato possa subire durante lo svolgimento di qualsiasi attività sportiva, purché effettuata nell'orario scolastico con presenza di personale docente.

Esclusivamente per l'estensione del presente articolo sono operanti le seguenti condizioni:

**Sulla garanzia di Invalidità Permanente da Infortunio si applicano le seguenti franchigie:**

**a) non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 5 % della totale**

**b) Se l'invalidità permanente accertata è superiore al 5% , l'indennizzo opera come segue:**

**€ 500,00 per ogni punto di IP accertata compreso tra il 6% ed il 10%**

**€ 1.000,00 per ogni punto di IP accertata compreso tra il 11% ed il 29%**

**€ 1.400,00 per ogni punto di IP accertata compreso tra il 30% ed il 39%**

**€ 1.700,00 per ogni punto di IP accertata compreso tra il 40% ed il 49%**

**c) in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una Invalidità Permanente superiore al 50% verrà riconosciuta all'assicurato una Invalidità Permanente al 100% senza applicazione di alcuna franchigia."**



Si precisa, inoltre, che sulla garanzia di Invalidità Permanente non sarà operante la garanzia di **“Pronta liquidazione per microinvalidità permanenti: fratture scheletriche, lussazioni complete, distorsioni”**.

#### **6) Diaria da Ricovero - Day Hospital**

L'art. 29 delle condizioni generali si intende abrogato e sostituito da quanto segue:

“La Società assicura in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura a seguito di infortunio, che richieda o meno intervento chirurgico, la corresponsione dell'indennità giornaliera pattuita nella presente appendice per ciascun giorno di degenza contabilizzato dall'Istituto di cura **per la durata massima di 365 giorni per ogni infortunio**.

Qualora il ricovero sia effettuato in regime di degenza diurna (Day-Hospital) la Società liquida l'indennità giornaliera pattuita per ciascun giorno di degenza contabilizzato dall'Istituto di cura e **per un massimo di 180 giorni per ciascun anno assicurativo**.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato o ai suoi eredi a termini della presente polizza su presentazione della documentazione attestante l'avvenuto ricovero e di copia della cartella clinica. Il pagamento viene effettuato a ricovero ultimato. Per i ricoveri avvenuti all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia.”

#### **7) Indennità giornaliera di immobilizzazione**

La condizione particolare r) Applicazione apparecchio gessato si intende abrogata e sostituita da quanto segue.

Qualora l'infortunio, indennizzabile ai sensi di polizza, comporti applicazione di una immobilizzazione, - intendendosi per tale l'inabilità temporanea dovuta all'applicazione di mezzi di contenzione costituiti da fasce gessate od altri mezzi immobilizzanti, fissi, rigidi ed applicati in Istituti di Cura da personale medico specializzato, allo scopo di favorire il processo di guarigione di lesioni scheletriche e/o capsulo legamentose, - la Società liquida a titolo forfetario una somma pari a 350,00 euro per arti inferiori e una somma pari a 250,00 euro per arti superiori..

#### **8) Indennità sostitutiva per assenza prolungata (operante solo per alunni /allievi)**

In caso di infortunio che non comporti da parte della Compagnia alcun esborso ma che abbia determinato l'assenza dell'assicurato da scuola per almeno 6 giorni consecutivi (certificati da documentazione medica del pronto soccorso e scolastica) , la Compagnia corrisponde un'indennità forfetaria pari a 80,00 euro a titolo di contributo generico per oneri vari.

In caso di assenza pari o superiore a 15 giorni consecutivi, l'indennità forfetaria è pari a 250,00 euro, per assenza pari o superiore a 20 giorni consecutivi, l'indennità forfetaria è pari a 400,00 euro.

#### **9) Danni estetici**

Si conviene che, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborserà all'Assicurato nei limiti del massimale pattuito nella presente appendice le spese sostenute per interventi di chirurgia ricostruttiva, allo scopo di ridurre o eliminare i danni estetici corrispondenti a lesione al viso con sfregi o con deformazioni permanenti.

## **10) Rimborso spese da infortunio**

L'art. 28 delle condizioni generali di assicurazione si intende abrogato e sostituito da quanto segue.

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, la Società, nei limiti del massimale pattuito nella presente appendice e con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di 50,00 euro, rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute per:

### ***In caso di ricovero in Istituto di Cura:***

- a) assistenza medica, medicinali, accertamenti diagnostici;
- b) interventi chirurgici;
- c) le cure ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nel periodo di ricovero;
- d) rette di degenza, **esclusa ogni spesa alberghiera**;
- e) il primo acquisto e relativa applicazione di apparecchi protesici resi necessari da amputazione di arti, subite durante la validità della polizza;
- f) trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di Cura per il ricovero;
- g) esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche **nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero**;
- h) trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali, escluse le spese di natura alberghiera, **nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero**.

**L'onere a carico della Società per l'insieme delle prestazioni di cui ai precedenti punti f) g) h) non potrà superare il 20% del massimale pattuito.**

**Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario nazionale, la Compagnia in sostituzione del rimborso liquida una diaria giornaliera di 75,00 per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti. La diaria sostitutiva si cumula con la diaria per degenza con il limite di 145,00 euro al giorno.**

### ***In caso di cure ambulatoriali:***

- i) applicazione di apparecchi gessati, immobilizzazione di arti, riduzione di fratture;
- l) accertamenti diagnostici, assistenza medica e medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché relativi ad un evento che richieda le prestazioni di cui al precedente punto i), ed effettuati nei sessanta giorni successivi alla rimozione dell'apparecchio immobilizzante;
- m) trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'ambulatorio, purché poi l'Assicurato venga sottoposto ad una delle cure elencate al precedente punto i).

**L'onere complessivo a carico della Società per questa garanzia "cure ambulatoriali" non potrà superare il 20% del massimale pattuito.**

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto, a cure terminate, su presentazione, in originale, delle ricevute, notule e/o distinte quietanzate. Qualora l'Assicurato abbia ottenuto un rimborso da Ente pubblico o privato, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto previa dimostrazione, da parte dell'Assicurato stesso, attraverso la documentazione originale, delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico di terzi.

La Società - a richiesta dell'Assicurato - restituisce gli originali con l'apposizione della data di pagamento e dell'importo liquidato.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi saranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Restano espressamente escluse da questa prestazione le spese odontoiatriche, oculistiche e lenti regolate dal successivo articolo "Rimborso spese odontoiatriche, oculistiche e lenti" della presente appendice.

### **11) Rimborso spese odontoiatriche, oculistiche, lenti, apparecchi acustici, carrozzelle e tutori**

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, la Società, rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute per:

- cure odontoiatriche e protesi dentarie, nei limiti del massimale pattuito nella presente appendice, con l'intesa che il rimborso della relativa spesa è previsto solo per la prima protesi, **sempreché applicata entro un anno dal giorno dell'infortunio; il rimborso delle cure odontoiatriche e delle protesi dentarie avverrà con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di 75,00 € per sinistro**
- cure oculistiche, nei limiti del massimale pattuito nella presente appendice, **e purché sostenute entro un anno dal giorno dell'infortunio stesso; con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di 75,00 € per sinistro**
- acquisto di lenti e relativa montatura (quest'ultima fino a 75,00 euro di spesa), nei limiti del massimale pattuito nella presente appendice comprese le lenti a contatto, la cui rottura sia stata determinata da infortunio che abbia provocato lesioni obiettivamente constatabili. **e sempreché la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio stesso.**
- la riparazione e/o l'acquisto e/o il noleggio di apparecchi acustici, sedie a rotelle e tutori per portatori di handicap danneggiati a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza. **Il limite massimo per testa/anno assicurativo è pari a 300,00€**

### **12) Indennità Perdita anno scolastico**

Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza l'alunno assicurato abbia riportato lesioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, la Società garantisce il pagamento dell'indennità forfetaria pattuita nella presente appendice.

Il pagamento dell'indennità verrà riconosciuto previa certificazione rilasciata dalla Segreteria Scolastica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenze conseguenti alle lesioni e previa dimostrazione, mediante certificato medico, che tali assenze siano diretta conseguenza dell'infortunio denunciato.

### **13) Spese funerarie**

In caso di morte dell'assicurato per infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale pattuito nella presente appendice, le spese funerarie comprese quelle per l'eventuale rimpatrio della salma.

### **14) Danneggiamento vestiario**

In conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società indennizza l'Assicurato, nei limiti del massimale pattuito nella presente appendice, il danno subito in base al valore commerciale che il vestiario danneggiato aveva al momento del sinistro.

### **15) Spese di trasporto all'Istituto di Cura**

Qualora a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato deve essere trasportato in ambulatorio oppure in Istituto di Cura, la Società, nel limite del massimale pattuito nella presente appendice, rimborsa all'assicurato le spese sostenute e documentate per il trasporto al luogo di soccorso con mezzi adeguati alle condizioni di salute dell'infortunato. Il rimborso avviene nella misura del 100% e fino alla concorrenza di 500,00 per testa/anno e fino al 2.600,00 euro per testa/anno se l'emergenza richiede l'eliambulanza.

L'assicurato può utilizzare i buoni TAXI consegnati dalla Compagnia insieme alla polizza e in questo caso il rimborso sarà effettuato direttamente dalla Compagnia alla spett.le CO.TA.BO fino ad un massimo di 260,00€ per testa /anno assicurativo.

### **16) Spese di trasporto tragitto casa scuole e viceversa**

Qualora a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza che causi l'immobilizzo (documentabile) degli arti inferiori dell'Assicurato deve essere, la Società rimborsa le spese per il trasporto casa scuola e viceversa nel periodo post -infortunio nel limite del massimale pattuito nella presente appendice (300,00 € per test/anno) e comunque per un periodo massimo di 30 giorni.

### **17) Spese per lezioni di recupero**

Si conviene che nel caso di ricovero subito dall'assicurato durante il periodo scolastico, per gli assicurati frequentanti scuole di istruzione elementare, media inferiore e media superiore, viene corrisposto l'indennizzo forfetario pattuito nella presente appendice a titolo di rimborso spese per recupero scolastico.

### **18) Rimborso spese per gite, viaggi di istruzione, scambi culturali e stages all'estero**

Qualora l'Istituto Scolastico organizzi gite, viaggi di istruzione, scambi culturali oppure stages con Paesi stranieri, la Società rimborsa, le spese sostenute per:

- le cure ospedaliere rese necessarie da malattia che colpisca l'assicurato mente si trova all'estero;
- il rientro sanitario con il mezzo di trasporto più idoneo alle condizioni di salute dell'assicurato qualora quest'ultimo sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto in conseguenza di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza o di malattia improvvisa ;
- il rientro anticipato dell'assicurato dovuto a decesso di un familiare;
- il viaggio di un familiare dell'assicurato partecipante allo stage, gita, viaggio di istruzione reso necessario a seguito di ricovero superiore a 5 giorni consecutivi dovuto ad infortunio o malattia improvvisa dell'assicurato.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule distinte e ricevute debitamente quietanziate.

Si precisa che tali spese contribuiscono all'esaurimento del massimale annuo pattuito nella presente appendice per la garanzia Rimborso Spese Mediche e che la garanzia è estesa fino ad un massimo di 1.000,00 pro capite alle malattie improvvise che insorgano negli assicurati partecipanti con il rimborso delle relative spese successive fino a 5 gg certificabili mediante documentazione medica.

### **19) Rischio in itinere**

La garanzia prestata con la suindicata polizza vale per gli infortuni che gli assicurati possono subire durante il percorso dalla propria abitazione alla scuola e viceversa, nel tempo compreso nell'ora precedente l'inizio delle attività scolastiche e nell'ora successiva al termine delle stesse anche se detti percorsi oltre che a piedi vengono effettuati con mezzi di locomozione pubblici o privati. .

### **20) Regolazione del Premio**

**Entro 60 giorni dalla fine di ogni anno assicurativo il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il numero effettivo degli iscritti durante l'anno medesimo, affinché la Società possa procedere al regolamento premio definitivo.**

Qualora, in base alla dichiarazione suddetta, il numero effettivo vari rispetto al numero iniziale in misura non superiore al 10%, la Società prenderà atto della variazione con apposita appendice, senza procedere al regolamento del premio.

Nel caso invece, di variazione superiore al predetto 10%, le differenze attive o passive risultanti dal regolamento dovranno essere pagate nei 15 giorni successivi alla presentazione dell'appendice.

### **21) Diritto di rivalsa**

Si dà atto che qualora il sinistro sia conseguenza di un infortunio in qualità di trasportati su autopullman in occasione di gite e viaggi per attività scolastiche o parascolastiche, la Società si riserva il diritto di rivalsa nei confronti del responsabile del sinistro medesimo.

### **22) Obbligo di consegna dell'informativa dell'assicurando / i e raccolta del relativo consenso**

Il Contraente si obbliga a consegnare all'Assicurando/i l'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili predisposta dalla Compagnia ed, al fine di consentire a quest'ultima di poter prestare la garanzia assicurativa di cui al presente contratto, a raccoglierne il consenso facendo sottoscrivere la relativa modulistica predisposta dalla Compagnia ed a conservarla presso di sé rendendola disponibile dietro richiesta.

### **23) Legge n° 62 del 18 aprile 2005 (Enti Pubblici)**

Esclusivamente per gli istituti scolastici pubblici il presente contratto deve necessariamente avere validità 1 anno e cessare alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta; fino ad allora tutti gli alunni iscritti, nonché il personale docente e non docente, risulteranno assicurati alle condizioni su esposte.

### **24) Massimale catastrofale**

Nel caso di evento che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, **l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo massimo di euro 15.000.000,00.**

## **25) Premio annuo per Assicurato**

Il premio finito annuo (comprensivo di imposte) viene stabilito in 8,20 pro capite.

Il premio complessivo annuo finito non potrà essere inferiore a 100,00 euro.

## **26) Accompagnatori**

La garanzia è estesa a titolo GRATUITO agli infortuni occorsi ai genitori degli alunni assicurati durante le gite, quando partecipano nella veste di accompagnatori, indette dall'Istituto scolastico e durante le riunioni organizzate dalla Contraente all'interno della scuola.

Tale estensione viene prestata esclusivamente per i casi di Morte, Invalidità Permanente, Indennità da ricovero e nei limiti dei massimali pattuiti per ciascuna garanzia nella presente appendice.

## **27) Variazione delle persone assicurate**

L'eventuale inserimento nel corso dell'anno scolastico di ulteriori assicurati purchè in misura non superiore al 10% della totalità degli iscritti al registro della scuola per gli alunni e del libro paga ( o altro registro) per il restante personale, avverrà in maniera automatica e gratuita.

Qualora detto limite fosse superato, è fatto obbligo al Contraente di darne comunicazione scritta (lettera raccomandata, telegramma, fax) all'Agenzia presso la quale la polizza è assegnata. L'Assicurazione rispetto alle nuove persone ha effetto dalle ore 24 del giorno della comunicazione, previo pagamento del relativo premio.

In mancanza di tale comunicazione verrà applicata – in sede di sinistro – la regola proporzionale per ciascun assicurato esclusivamente per l'eccedenza della percentuale suindicata, tenuto presente che l'indennizzo e /o risarcimento non potrà comunque superare la somma assicurata per le singole garanzie e fermo quanto disposto all'articolo "Massimale catastrofale".

## **28) Estensione per contagio accidentale HIV**

In caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile nei termini di polizza e comprovata da referto della prestazione di pronto soccorso o dalla cartella clinica del ricovero, la società corrisponde un indennizzo pari a euro 45.000,00.

**L'indennizzo non verrà riconosciuto per le persone affette da emofilia e tossicomania nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro.**

Resta comunque intesi che con la liquidazione dell'indennizzo cessa la copertura assicurativa oggetto del presente contratto.

La presente copertura è estesa anche al contagio provocato accidentalmente da ago di siringa.

In tal caso, l'assicurato che ritiene di essere contagiato da H.I.V. a seguito di tale evento, deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, darne avviso a mezzo certo alla società o all'agenzia.

E' fatto altresì obbligo all'assicurato di inviare per raccomandata alla società una relazione dettagliata dell'evento dannoso.

Entro 6 giorni dall'evento denunciato l'assicurato deve sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V. presso un Centro specializzato.

Nel caso l'assicurato risulti sieropositivo non verrà corrisposto l'indennizzo previsto e l'assicurazione si intende automaticamente cessata nei suoi confronti.

Qualora invece i risultati di detti esami risultassero negativi l'assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso Centro specializzato, ad un successivo test immunologico entro i 180 giorni successivi.

Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima; l'assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'istituto di analisi prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.

La Società in caso di sieropositività accertata in occasione del secondo test immunologico, liquiderà l'indennizzo previsto pari a euro 45.000,00.

**Resta inteso che l'indennizzo per contagio HIV potrà essere pagato per un solo caso per anno assicurativo**

### **29) Estensione per contagio epatite B e C**

La garanzia si intende estesa al rischio di contagio da virus dell'EPATITE B e C, nel limite del massimale indicato in polizza per tale garanzia pari a 45.000,00 euro. Il contagio da Epatite B e C deve essere avvenuto durante l'espletamento dell'attività descritte all'articolo "Oggetto dell'assicurazione".

Con la liquidazione dell'indennizzo cessa la copertura assicurativa.

Sono confermati i termini previsti per la denuncia del sinistro ed obblighi relativi indicati nel precedente articolo, alle cui modalità ci si riferisce anche per il seguente articolo (denuncia a Cattolica del sinistro entro cinque3 giorni, accertamenti diagnostici entro 6 giorni per il primo test e 180 per il secondo). Qualora il primo test per l'epatite risultasse positivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; viceversa se fornirà un risultato negativo, l'assicurato entro i 180 giorni successivi, dovrà sottoporsi al secondo test; se da questo risulterà che l'assicurato è positivo al virus dell'Epatite si procederà come segue:

-se l'EPATITE è di tipo C si liquiderà il 60% della somma assicurata;

-se l'EPATITE è di tipo B si valuterà il grado di Invalidità Permanente accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri di seguito elencati:

#### **a) Valutazione del grado di Invalidità Permanente**

Il grado di Invalidità viene valutato - non prima che sia trascorso un anno dalla denuncia - secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia, di cui al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124. La valutazione è concordata tra il Medico dell'assicurato ed il Consulente Medico di Cattolica che terranno conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa generica dell'assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Ove, a giudizio sia del Medico dell'assicurato sia del Consulente Medico di Cattolica, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi e qualora l'assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che risulterebbero se l'assicurato stesso si fosse sottoposto al trattamento terapeutico proposto e questo avesse avuto completo successo.

## b) Tabella di liquidazione dell'Indennizzo

Fermo restando quanto previsto al comma a) precedente, si conviene che:

- 1) nessun indennizzo è dovuto se l'invalidità è inferiore al 25% della totale;
- 2) i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore della totale, danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella, in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata:

% di invalidità permanente accertata	indennizzo % del capitale assicurato	% di invalidità permanente accertata	indennizzo % del capitale assicurato
25	5	65	70
26	8	66	73
27	11	67	76
28	14	68	79
29	17	69	82
30	20	70	85
31	23	71	88
32	26	72	91
33	29	73	94
34	32	74	97
dal 35 al 63	dal 35 al 63	75 ed oltre	100
64	67		

% di invalidità permanente accertata	indennizzo % del capitale assicurato
25 - 30	15
31 - 40	27
41 - 50	45
>= 51	100

c) Il diritto indennizzo per l'invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'assicurato muore prima dell'indennizzo, già concordato o comunque offerto in misura determinata sia stato pagato, Cattolica liquida agli eredi il relativo importo.

**Resta inteso che l'indennizzo per epatite B e C potrà essere pagato per un solo caso per anno assicurativo**

### **30) Rimborso spese mediche per meningite**

Nel caso in cui l'Assicurato successivamente al 90° giorno dalla data di inizio della frequenza dell'anno scolastico contragga nel corso delle attività coperte in polizza la meningite e la malattia non comporti postumi invalidanti, la Società corrisponde un indennizzo forfetario pari a 40.000€. Tale indennizzo può essere pagato una sola volta per anno assicurativo.

### **31) Invalidità Permanente da Malattia per HIV, epatite virale, meningite**



La Società corrisponde un indennizzo in caso di contagio per HIV, epatite virale, meningite avvenuto successivamente al 90° giorno dalla data di inizio della frequenza dell'anno scolastico che ha per conseguenza una invalidità permanente, purchè la malattia sia insorta dopo la data effetto del contratto e si manifesta entro un anno dalla cessazione del contratto.

La società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette causate dalla malattia denunciata. **Se la malattia colpisce una persona già affetta da altre patologie non è pertanto indennizzabile l'aggravamento dello stato di salute da esse derivanti. In caso di denuncia di più di una patologia invalidante, ognuna sarà oggetto di valutazione separata.**

**Le invalidità permanenti per malattia già accertate durante la vigenza di questo contratto non saranno ulteriormente valutate sia in caso di aggravamento che in caso di coesistenza con nuove invalidità per malattia insorte successivamente che verranno quindi valutate in modo autonomo escludendo il pregiudizio riconducibili alle invalidità già accertate.**

**Tuttavia, se la precedente malattia non è stata indennizzata in quanto la percentuale accertata risultava inferiore alla franchigia, e la nuova malattia concorre con la precedente, la valutazione verrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio derivante dalla precedente patologia.**

**La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata entro 540 giorni dalla prima diagnosi e non potrà essere oggetto di ulteriore valutazione dopo tale data, anche in caso di aggravamento. Entro tale termine la valutazione verrà effettuata anche indipendentemente dalla guarigione clinica**

**Tale indennizzo può essere pagato una sola volta per anno assicurativo**

### **32) Denuncia di sinistro, modalità di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente da malattia e calcolo dell'indennizzo**

E' necessario allegare alla denuncia del sinistro la seguente documentazione:

- certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- certificato medico attestante l'avvenuta stabilizzazione della malattia;
- copia della cartella clinica e/o ogni altro documento utile per la valutazione del danno;
- certificato medico che indica il grado di invalidità permanente residuo.

L'assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici richiesti dalla società eventualmente chiedendo la collaborazione dei medici che lo hanno visitato e curato.

La valutazione del grado di invalidità è fatta con riferimento alle percentuali indicate nella tabella n. 5 Invalidità permanente da malattia.

Nei casi non previsti nella tabella n. 5 Invalidità permanente da malattia, la percentuale di invalidità viene accertata facendo riferimento alla tabelle allegate al D.P.R. n° 1124 del 30 giugno 1965 (tabelle INAIL) senza tener conto delle modifiche successivamente intervenute alle tabelle. Infine se l'invalidità non fosse prevista nemmeno nella tabelle INAIL si terrà conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'assicurato, indipendentemente dalla professione dichiarata in polizza.

La determinazione dell'indennizzo, calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità individuato secondo quanto previsto dal presente articolo, è effettuata in base alle percentuali indicate nella tabella sottostante

La determinazione dell'indennizzo, calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente indicata in polizza (200.000€) in proporzione al grado di invalidità accertato, è effettuato in base alle seguenti franchigie:

- nessuno indennizzo se il grado di invalidità permanente è inferiore o pari al 75% dell'invalidità totale;
- indennizzo pari a 100.000 € se il grado di invalidità permanente è compresa tra il 76% ed l'85% della totale;
- indennizzo pari a 200.000 € se il grado di invalidità permanente è pari o superiore all'86%

### **33) Pagamento del premio**

La Società si impegna a ritenere automaticamente e gratuitamente assicurati alunni e/allievi che si trovassero nell'accertata impossibilità a pagare il premio, sempre che il loro numero non sia superiore al 10% del totale degli alunni e/o allievi per i quali è stato pagato il premio.

A rettifica del primo capoverso dell'art. 3 "Pagamento del premio" delle condizioni contrattuali, l'assicurazione ha effetto dalle h. 24 del giorno indicato in polizza anche se il premio o la prima rata di premio non sono state pagate per le quali la Società concede 45 giorni di dilazione. I sinistri eventualmente occorsi nel periodo di dilazione sono liquidabili solo successivamente al pagamento del premio

### **34) Raccolta dati degli assicurati**

Il Contraente, al fine di consentire alla Società di ottemperare alle disposizioni del Regolamento Isvap n.27 del 14 ottobre 2008 ed eventuali successive modifiche, si impegna a fornire alla Società entro 15 giorni dalla richiesta di quest'ultima i seguenti dati:

- data di adesione alla copertura assicurativa per ogni singola applicazione;
- nome e cognome dell'aderente;
- codice fiscale dell'aderente;
- data effetto copertura della singola adesione;
- data scadenza della singola adesione;
- premio di prima annualità o prima rata di premio.

La Compagnia potrà sospendere il pagamento di eventuali sinistri fino a che non vengano forniti tutti i dati richiesti.

### **35) Terremoto**

A parziale deroga dell'art. 14 punto 10) si intendono compresi in copertura gli infortuni causati da movimenti tellurici.

**FERMO IL RESTO.**

## NOTA INFORMATIVA – POLIZZA INFORTUNI RISCHIO SCUOLE BOLOGNA – ED. 09/2012

**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.**

### GLOSSARIO

Accompagnatore	Il genitore dell' alunno assicurato
Assicurazione o contratto	Il contratto di assicurazione.
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione e paga il premio.
Day hospital	La permanenza diurna in istituto di cura (senza pernottamento) con finalità terapeutiche o chirurgiche. Non è considerato day hospital la permanenza in istituto presso il Pronto Soccorso.
Durata	Periodo di validità della polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla scheda di polizza.
Franchigia	La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'assicurato.
Gessatura	Immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, i collari, i tutori e simili), applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche. Non è equiparata a gessatura l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali.
Indennizzo	Prestazione in denaro dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.
Invalidità permanente	La perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Parti	Il contraente e la Società.
Polizza	Il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio	La prestazione in denaro dovuta dal contraente alla Società.
Ricovero /degenza	La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.
Rischio	La possibilità che si verifichi il sinistro.
Rischio in itinere	Gli infortuni che gli assicurati possono subire per investimento da veicoli durante il percorso dalla propria abitazione alla scuola e viceversa, anche con ciclomotori e motocicli, nel tempo compreso nell'ora precedente l'inizio delle lezioni e nell'ora successiva al termine delle lezioni anche se detti percorsi oltre che a piedi vengono effettuati con mezzi di locomozione in pubblico servizio e per incidenti successi al veicolo pubblico stesso.
Sforzo	Evento straordinario e improvviso in cui, per evincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di una energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Società Cattolica di Assicurazione, Soc. Coop.
Trasporto in Istituto di cura	Trasferimento di persone infortunate o malate al più vicino centro medico in grado di prestare le cure del caso.

## A. INFORMAZIONI GENERALI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1. Informazioni generali

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa, sede legale e sede sociale in Italia, Lungadige Cangrande n° 16 – 37126 Verona – tel. 0458391111 – fax 0458391112 – sito internet: [www.cattolica.it](http://www.cattolica.it) – e-mail: [cattolica@cattolicaassicurazioni.it](mailto:cattolica@cattolicaassicurazioni.it)

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966 Registro delle Imprese di Verona n° 00320160237; iscrizione all'albo Imprese ISVAP n. 1.00012, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Aibo dei gruppi assicurativi al n. 019.

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 1.287 milioni di euro (capitale sociale: 162 milioni di euro – totale riserve patrimoniali: 1.057 milioni di euro).

L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 5,65 ed è determinato dal 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 contratto è stipulato nella forma "senza obbligo di disdetta". Pertanto, la copertura assicurativa cessa automaticamente alla scadenza del contratto indicata nella scheda di polizza come indicato al punto 23) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni di assicurazione.

### 3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni che gli alunni potessero subire durante le ore di lezione, comprese quelle di educazione fisica, di ricreazione o in qualsiasi altro momento di presenza nella scuola; in occasione dello svolgimento di attività ginnico – sportive, comprese gare e relative prove, anche extraprogramma, di gite, viaggi di istruzione, scambi educativi/culturali, stages e attività alternanza scuola-lavoro effettuati presso qualsiasi azienda anche nel periodo estivo a lezioni concluse, passeggiate, trasferimenti per recarsi in scuole, palestre distaccate e qualsiasi altro luogo pertinente all'attività svolta e viceversa purché organizzate e/o autorizzate dalla scuola; durante il tragitto da casa a scuola e per recarsi nei luoghi relativi alle attività sopraesposte e viceversa; resta inteso che i predetti trasferimenti possono essere effettuati a piedi o con qualunque mezzo di trasporto sia pubblico che privato, compresi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o scendere dai mezzi usati.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al punto 1) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni di assicurazione.

Il presente contratto ha per oggetto le seguenti garanzie, operanti se richiamate nell'appendice di precisazione allegata alle condizioni di assicurazione

- *morte per infortunio*; meglio descritta e disciplinata nell'art. 24 delle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *invalidità permanente per infortunio*; meglio descritta e disciplinata nell'art. 25/A delle condizioni generali di assicurazione e al punto 4) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *invalidità permanente per malattia per HIV, epatite virale, meningite*; meglio descritta e disciplinata al punto 30) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *diaria da ricovero per infortunio*; meglio descritta e disciplinata nell'art. 29 delle condizioni generali di assicurazione e al punto 6) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio
- *day hospital*; meglio descritta al punto 6) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *diaria da gesso*; meglio descritta al punto 7) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *assenza prolungata*; meglio descritta al punto 8) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *danno estetico*; meglio descritta al punto 9) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *rimborso spese di cura per infortunio*; meglio descritta e disciplinata nell'art. 28 delle condizioni generali di assicurazione e al punto 10) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *cure odontoiatriche*; meglio descritta al punto 11) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;

- *cure oculistiche*; meglio descritta al punto 11) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *lenti*; meglio descritta al punto 11) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *perdita anno scolastico*; meglio descritta al punto 12) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *spese funerarie*; meglio descritta al punto 13) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *trasporto istituto di cura*; meglio descritta al punto 15) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *spese di trasporto tragitto casa scuole e viceversa*; meglio descritta al punto 16) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *danneggiamento vestiario*; meglio descritta al punto 14) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *apparecchi acustici*; meglio descritta al punto 11) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *carrozze e tutori per portatori di handicap*; meglio descritta al punto 11) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *spese per lezioni di recupero*; meglio descritta al punto 17) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio
- *rimborso spese mediche per contagio HIV*; meglio descritta al punto 27) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *rimborso spese mediche per contagio epatite B e C*; meglio descritta al punto 28) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *rimborso spese mediche per meningite*; meglio descritta al punto 29) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- *rimborso spese per stages all'estero*; meglio descritta al punto 18) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio
- *rischio in itinere*; meglio descritta al punto 19) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni generali di assicurazione cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

**AVVERTENZA:** L'assicurazione non comprende gli infortuni causati dalla guida di veicoli o natanti senza abilitazione a norma di legge in vigore, da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, da guerra, insurrezioni, eruzioni vulcaniche. Per l'elenco dettagliato delle esclusioni si rinvia all'appendice di precisazione allegata al contratto o, se non presente, all'art. 14 delle condizioni contrattuali. La garanzia ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo per la copertura infortuni.

**AVVERTENZA:** Al verificarsi di un infortunio e/o malattia compreso nell'assicurazione, l'assicurato ha diritto ad una prestazione in denaro sulla base della somma assicurata scelta ed al netto di eventuali franchigie e/o scoperti previsti in polizza. Si rinvia ai punti 4), 5), 10) e 11) dell'appendice di precisazione allegata alle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Esempio:

*"somma assicurata per invalidità permanente per infortunio 100.000€*

*franchigia pari al 3% assoluta*

*in caso di sinistri con accertamento di un'invalidità pari al 10% (sulla base delle percentuali indicate nella tabella 1 delle condizioni generali di assicurazione)*

*indennizzo pagato all'assicurato pari a 7.000€ (l'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale di invalidità permanente accertata al netto dell'eventuale franchigia) "*

**AVVERTENZA:** L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla sua naturale scadenza, come meglio specificato all'art. 17 delle condizioni contrattuali.

#### **4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità**

**AVVERTENZA:** le dichiarazioni inesatte e reticenti del contraente o dell'assicurato relative a circostanza che influiscono sulla valutazione del rischio possono essere causa di annullamento del contratto e/o di limitazione dell'indennizzo dovuto, secondo quanto previsto dagli artt.1892-1893 – 1894 C.C. e come indicato all'art. 1 delle condizioni generali di contratto cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

#### **5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione**

L'assicurato deve comunicare per iscritto alla Società i mutamenti che producono una diminuzione o aggravamento del rischio secondo quanto previsto dall'art. artt.1897 – 1898 C.C. e come indicato agli artt 5 – 6 delle condizioni generali di contratto cui si rinvia per la disciplina delle conseguenze derivanti alla mancata comunicazione. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la risoluzione del contratto.

## **6. Premi**

Il pagamento del premio da parte del contraente deve essere eseguito annualmente alle scadenze pattuite ed indicate nel contratto e può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Il presente contratto non prevede frazionamento infrannuale del premio.

**AVVERTENZA: La Società e/o l'intermediario possono applicare sconti sul premio di tariffa sulla base di valutazioni tecnico – commerciali.**

## **7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate**

Le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice generale nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (già costo della vita) elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica. L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato nel frontespizio, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

**Il diritto all'adeguamento sorge quando la differenza fra detti indici sia inferiore al 10% e gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.**

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art.34 delle condizioni generali di contratto.

## **8. Diritto di Recesso**

**AVVERTENZA: dopo ogni denuncia di sinistro la Società può recedere dal contratto entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo mediante raccomandata a.r. con effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento. Si rinvia all'art. 8 delle condizioni di assicurazione per la disciplina degli aspetti di dettaglio**

## **9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda. (art.2952 CC)

## **10. Legge applicabile al contratto**

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

## **11. Regime fiscale**

La polizza è soggetta all'imposta nella misura del 2,5%

## **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

### **12. Sinistri – Liquidazione indennizzo**

**AVVERTENZA: Per la copertura infortuni il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data in cui è avvenuto l'infortunio. Entro 30 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'assicurato, o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa. La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli artt. 7-22 delle condizioni generali di contratto.**

La Società sostiene le spese di accertamento del danno (ad esempio visita medico-legale, eventuali accertamenti sulla dinamica del sinistro) mentre restano a carico dell'assicurato le certificazioni mediche ad uso assicurativo.

Per i sinistri infortuni è facoltà della Società sottoporre l'assicurato a visita medico legale da parte di un proprio medico fiduciario qualora lo ritenga necessario.

### **13. Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop. – Servizio Reclami

Lungadige Cangrande n° 16 – 37126 Verona (Italia)

Fax: 045/8372354

E-mail: [reclami@cattolicaassicurazioni.it](mailto:reclami@cattolicaassicurazioni.it)

Indicando i seguenti dati:

- Nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- Numero della polizza e nominativo del contraente;
- Numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;
- Indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

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 n° 21 – 00187 Roma – Fax 06/42133206, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo all'ISVAP deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o del perito di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito [http://ec.europa.eu/internal\\_market/finservices-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm).

Si ricorda che permane la facoltà di ricorrere all'autorità Giudiziaria.

### **14. Arbitrato**

Eventuali controversie di natura medica sulla determinazione dell'indennizzo possono essere risolte in via arbitrale mediante l'incarico di un collegio di tre medici. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato.

**AVVERTENZA: resta ferma la facoltà dell'assicurato di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.**

\*\*\*\*

CATTOLICA ASSICURAZIONI È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA.

**Il legale rappresentante  
(dott. Giovan Battista Mazzucchelli)**

