

SCUOLA 2000

Contratto di Assicurazione multirischio per gli istituti scolastici.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota Informativa
- Glossario
- Informativa privacy
- Condizione di assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.
Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

AMISSIMA ASSICURAZIONI
AGENZIA Generale di FERMO
Viale Trento, 194 - 63900 FERMO (FM)
Tel. 0734 229238 - Fax 0734 215140



AMISSIMA ASSICURAZIONI - AOO - PR. E. N. 0013690 DEL 30/10/2018 - C.14

Gruppo Assicurativo Amissima

Fasc. FA39001 - SCUOLA 2000 ed. 02/2018

Per gli aggiornamenti del presente Fascicolo non derivanti da innovazioni normative consultare il sito www.amissimagruppo.it

Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE DANNI "RAMI ELEMENTARI" POLIZZA SCUOLA 2000

(predisposta ai sensi dell'Art.185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07/09/2005)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni del Fascicolo Informativo prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

1. INFORMAZIONI GENERALI

Il contratto è concluso con Amissima Assicurazioni S.p.A., società per azioni a socio unico appartenente al Gruppo Assicurativo AMISSIMA, iscritto con il n. 050 all'Albo dei Gruppi Assicurativi istituito presso l'IVASS ed assoggettata a direzione e controllo della Capogruppo Assicurativa AMISSIMA Holdings S.r.l., già Primavera Holdings S.r.l. Sede legale e Direzione Generale: ITALIA - Viale Certosa n. 222 - 20156 Milano tel. 02.3076.1 – telefax. 02.3086.125 – sito: www.amissimagruppo.it - indirizzo di posta elettronica certificata: amissima@pec.amissima.it. Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS: n. 1.00031 Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93).

2. INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Al 31 dicembre 2016, l'ammontare del Patrimonio Netto è pari ad Euro 281,1 milioni, di cui Capitale Sociale Euro 209.652.480,00 e Riserve Patrimoniali Euro 61,9 milioni. L'indice di solvibilità è pari al 110,66% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Avvertenza - Durata del contratto

In mancanza di disdetta, da inviare a mezzo lettera raccomandata, fax o P.E.C. (disdette@pec.amissima.it) almeno trenta giorni prima della scadenza contrattuale (sessanta giorni nel caso di polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio), il contratto si intende tacitamente rinnovato, secondo quanto previsto dall'Art. 9 – Proroga dell'assicurazione, delle Norme che regolano il contratto di Assicurazione in generale.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture offerte dal contratto sono:

- **Settore A - Infortuni**

Le garanzie assicurative offerte dal contratto, prevedono una copertura per il caso di Infortunio che abbia come conseguenza la Morte o una Invalidità Permanente, secondo quanto previsto dagli Articoli 9 e 10 delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni. È inoltre prevista una copertura per il rimborso delle spese mediche ed odontoiatriche, per il caso di ricovero anche in Day Hospital, per l'acquisto di lenti per danno oculare, per il danno estetico, per il danneggiamento al vestiario, per le lezioni di recupero, la perdita dell'anno scolastico e le spese funerarie e di trasporto salma (Artt. 2 e segg. delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni).

- **Settore B - Responsabilità Civile verso Terzi**

La copertura offerta dal contratto prevede l'obbligo di tenere indenne l'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale convenuto, delle somme che l'Assicurato è tenuto a corrispondere quale civilmente responsabile a titolo di risarcimento di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose e animali, secondo quanto previsto dall'Art. 35 – Oggetto dell'Assicurazione, delle Norme che regolano l'Assicurazione Responsabilità Civile.

- **Settore C - Tutela Legale**

La copertura opera a garanzia del rimborso delle spese giudiziali e stragiudiziali conseguenti a sinistri strettamente connessi alla attività istituzionale dell'Assicurato, secondo quanto previsto dall'Art. 45 – Oggetto dell'Assicurazione, delle Norme che regolano l'Assicurazione Tutela Legale.

- **Assistenza**

La società garantisce una serie di prestazioni di assistenza, secondo quanto previsto dalle Norme che regolano la garanzia di Assistenza (Artt. compresi tra il I ed il XIV).

Avvertenza - Cessazione della copertura

Le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura, ai sensi dell'Art. 51 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Norme comuni ai settori "A", "B" e "C".

Estensioni di copertura

È data facoltà di estendere le coperture assicurative prestate ai casi previsti dalle Condizioni Aggiuntive di polizza, operanti solo se espressamente richiamate.

Avvertenza - Esclusioni di copertura

Le "Esclusioni" di polizza espressamente indicate nelle Norme che regolano l'Assicurazione per ogni settore di riferimento, determinano i casi di inoperatività della copertura (Artt. 3, 37, 46 e VIII).

Avvertenza - Limitazioni di copertura – Franchigie e scoperti di polizza

Le coperture di polizza possono prevedere limitazioni derivanti dall'applicazione di scoperti, franchigie, minimi non indennizzabili e sottolimiti di risarcimento come previsto dagli Artt. 2, 10, 12, 13, 17, 25, 27, VI, VII e dalle Condizioni Aggiuntive.

Esempio di applicazione di franchigie, scoperti e sottolimiti di risarcimento

L'indennizzo per il caso di Invalidità Permanente viene calcolato sulla somma assicurata con rinuncia all'applicazione della franchigia, fermo restando il criterio di calcolo per la determinazione dell'indennizzo, fissato dall'Art. 10 – Invalidità Permanente, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

Ad esempio, per il caso di Invalidità Permanente, fino a 5 punti di Invalidità Permanente ogni punto verrà calcolato sul 50% della somma assicurata: Esempio: Somma assicurata: € 300.000,00; I.P. accertata 5% - I.P. liquidata: € 2.500,00.

Avvertenza - Limiti di età

Il limite massimo di età assicurabile è sancito in anni 75 (Art. 60).

4. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – NULLITÀ

Avvertenza – Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze relative alla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del contratto, possono comportare effetti sulla prestazione, secondo quanto previsto dall'Art. 51 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Norme comuni ai Settori "A", "B" e "C".

Avvertenza - Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- 1) se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- 2) se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- 3) nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.

come indicato all'Art. 51 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Norme comuni ai Settori "A", "B" e "C".

5. PREMI

Il premio va pagato alla firma del contratto nonché ad ogni scadenza di polizza successiva, come indicato all'Art. 52 - Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione, delle Norme comuni ai settori "A", "B" e "C".

Per il pagamento del premio possono essere concordate forme di frazionamento annuale, semestrale o trimestrale.

Il frazionamento semestrale comporta un aumento percentuale del 3%, mentre il frazionamento trimestrale comporta un aumento percentuale del 4%.

Il Contraente, fermo restando quanto disposto dal codice civile in tema di adempimenti alle obbligazioni, può pagare, in ossequio a quanto previsto dall'Art. 47 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5, il premio utilizzando secondo le seguenti forme:

- a) per mezzo di assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità intestato all'intermediario espressamente in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- b) per mezzo di ordine di bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico laddove il beneficiario è l'intermediario espressamente identificato in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;

il pagamento in contanti è ammesso soltanto per le polizze auto (nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di antiriciclaggio) e per le polizze non auto di premio annuo non superiore a € 750,00 (settecentocinquanta).

Avvertenza - è facoltà della Società o dell'intermediario prevedere sconti di premio con le seguenti modalità sulla base di specifiche valutazioni o iniziative di carattere commerciale.

6. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Il premio e le somme assicurate non sono soggetti ad adeguamento.

7. RIVALSE

La rivalsa è il diritto dell'assicuratore di rivalersi nei confronti del responsabile dell'evento dannoso, una volta liquidato il danno ai termini di polizza come previsto dall'Art. 1916 c.c..

L'Art. 30 - Rinuncia al diritto di surrogazione - delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, cita: "Quando l'infortunio avvenga in occasione o conseguenza di trasporto su qualsiasi mezzo durante gite e viaggi per attività scolastiche o parascolastiche, la Società si riserva di esercitare il diritto di rivalsa nei confronti del vettore.

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

8. DIRITTO DI RECESSO

Avvertenza - Le Parti hanno la possibilità di recedere entro i termini previsti dall'Art. 61 – Facoltà di recesso, delle Norme comuni ai Settori "A", "B" e "C".

In caso di polizza annuale, emessa senza deroga al patto di tacita proroga, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata, fax o P.E.C. (per disdette inviate dal Contraente alla Società la P.E.C. dedicata è: disdette@pec.amissima.it) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Nel caso di polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio, le Parti possono recedere alla scadenza indicata in polizza, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni.

Avvertenza – Nel caso di polizza poliennale a fronte della suddetta riduzione di premio il Contraente non può esercitare la facoltà di disdetta fino alla scadenza pattuita nei primi 5 anni.

Avvertenza - In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C..

In caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso.

Per sinistro:

a) nel caso in cui il Contraente/Assicurato "è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.;

b) nel caso in cui il Contraente/Assicurato "non è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C. del Contraente. Tale facoltà viene estesa anche al Contraente, se trattasi di persona fisica.

Avvertenza in caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso. Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto delle parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

9. TERMINE DI PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Fatto salvo quanto previsto dal primo comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 c.c..

L'inadempimento da parte dell'Assicurato dell'obbligo di dare avviso del sinistro ai sensi dell'Art. 1913 c.c. (3 giorni da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza), può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità, come meglio specificato dagli Artt. 33, 42 e 48, delle Norme che regolano i vari settori di riferimento.

10. LEGGE APPLICABILE


Ai sensi dell'Art. 180 del D. Lgs. 7 settembre 2005, n° 209, il presente contratto è regolato dalla legge italiana.

La legge italiana si intende pertanto applicata al presente contratto, fatta salva espressa contraria pattuizione delle parti.

11. REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali a carico del Contraente sono:

- Per il Settore "A" – Infortuni, pari al 2,50% del premio imponibile;
- Per il Settore "B" – Responsabilità civile, pari al 22,25% del premio imponibile;
- Per il Settore "C" – Tutela Legale, pari al 21,25% del premio imponibile;

 Per la garanzia Assistenza, pari al 10% del premio imponibile.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**12. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO**

Avvertenza – In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso per iscritto, anche via P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, all'Agenzia oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c..

Le Norme comuni ai vari settori di riferimento disciplinano quali sono gli obblighi alla cui osservanza l'Assicurato deve attenersi in caso di sinistro (Artt. 33, 42 e 48).

Avvertenza - ai sensi dell'Art. 33 – Modalità per la corresponsione degli indennizzi, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, per quanto riguarda le garanzie relative ad Infortuni si applica quanto segue:

- **Momento di insorgenza del sinistro.** L'insorgenza del sinistro è il momento in cui si determina l'evento previsto dalle coperture assicurative (verificarsi dell'infortunio);
- **Modalità e termini per la denuncia del sinistro.** La denuncia deve essere presentata, per iscritto, anche via P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando l'Assicurato o i suoi aventi causa ne hanno avuto conoscenza (Art. 33). La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato e deve essere corredata dalla documentazione di cui all'Art. 33;
- **Spese per l'accertamento del danno.** Non sono previste spese salvo quelle necessarie per la produzione ed invio della documentazione attestante il diritto all'indennizzo nonché quelle previste dalla procedura arbitrale (Artt. 32);
- **Richiesta visita medica.** La visita medica può essere richiesta dalla Società, a sue spese, per la verifica del diritto all'indennizzo.

Avvertenza - Limitatamente alla garanzia Tutela Legale, la Società ha affidato la gestione dei sinistri di Tutela Legale a D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., denominata D.A.S., con sede in Verona - Via Enrico Fermi 9/B - ; a D.A.S., in via preferenziale, dovranno pertanto essere inviate tutte le denunce, i documenti ed ogni altra comunicazione relativa ai sinistri di Tutela Legale. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Artt. 45 e seguenti.

Avvertenza - in merito alla garanzia Assistenza, la gestione dei sinistri viene affidata all'impresa EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. - P.zza Trento, 8 - 20135 - Milano (MI).

Per maggiori dettagli si rinvia a quanto disposto alla Sezione ASSISTENZA.

13. RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Informazioni sulla procedura reclami ex. art. 10 Regolamento Isvap n. 24/2008

Secondo quanto previsto dal Regolamento Isvap n. 24/2008 e successive integrazioni, in tutti i casi in cui l'utente - ad esempio Contraente, Assicurato, beneficiario o danneggiato, Associazione dei Consumatori - si ritenga insoddisfatto relativamente ad un contratto o a un servizio assicurativo, potrà in prima battuta sporgere formale reclamo per iscritto alla Compagnia assicuratrice, attraverso i seguenti canali:

- a mezzo raccomandata al seguente indirizzo: Amissima Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 - 20156 Milano
- a mezzo fax 02/45402417
- a mezzo mail: reclami@amissima.it

Si precisa che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- nome, cognome e domicilio del reclamante,
- elementi che consentano un'esatta individuazione del prodotto o servizio oggetto di reclamo (a scopo semplificato e non esaustivo indichiamo numero di polizza, numero di sinistro, targa del mezzo);
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni documento utile all'esatta identificazione del caso oggetto di doglianza.

Il preposto Ufficio Reclami evade la citata doglianza entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Reclami relativi ai comportamenti degli Agenti (sez. A del Registro Unico Intermediari) e dei loro dipendenti e collaboratori Amissima Assicurazioni S.p.A. gestirà i reclami presentati con riferimento ai comportamenti degli agenti di cui si avvale per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, inclusi i reclami relativi ai comportamenti dei dipendenti e collaboratori, fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.

Il suddetto termine è sospeso per un massimo di 15 giorni al fine di procedere alle integrazioni istruttorie nei confronti dell'agente interessato.

Reclami relativi ai comportamenti degli intermediari quali Banche, Intermediari Finanziari, (sez. D del Registro Unico Intermediari), Broker (sez. B del Registro Unico Intermediari) e dei loro dipendenti e collaboratori.

Il reclamo relativo al comportamento degli intermediari iscritti nelle sezioni B e D del Registro Unico Intermediari, nonché quello relativo ai comportamenti dei loro dipendenti e collaboratori, dovrà essere inviato esclusivamente allo stesso intermediario, il quale provvederà ad emettere il relativo riscontro nel termine massimo di 45 giorni.

Al fine di proporre il reclamo si dovrà utilizzare il modulo presente sul sito www.ivass.it.

Qualora il reclamo presenti problematiche inerenti ad Amissima Assicurazioni S.p.A., oltre che agli intermediari iscritti nelle sezioni B e D del Registro Unico Intermediari, nonché ai loro dipendenti e collaboratori, verrà autonomamente riscontrato da entrambi entro il termine massimo di 45 giorni.

Il reclamante che non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, avrà la facoltà di ricorrere:

- all'Ivass (www.ivass.it) inoltrando l'apposito modulo
 - via posta: IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma,
 - via fax 06.42.133.206,
 - via PEC all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it.

L'esposto, comunque inviato, andrà corredato di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto.

Secondo quanto previsto dall'Art. 4 del Regolamento Isvap n. 24/2008 potranno essere inviati all'IVASS:

- a. i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del decreto e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV bis del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- b. i reclami già presentati direttamente alle imprese di assicurazione ai sensi dell'Art. 8, che non hanno ricevuto risposta entro il termine di 45 giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;
- c. i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere di cui all'Art. 7.

L'impresa fornirà riscontro all'IVASS entro 30 giorni dal pervenimento della relativa nota.

In relazione alle controversie già rimesse alla valutazione del magistrato permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

- all'arbitrato, qualora sia espressamente previsto dalle Condizioni di polizza.
- alla conciliazione paritetica, di cui il consumatore può avvalersi in presenza dei seguenti requisiti:
 - non ha già incaricato altri soggetti a rappresentarlo;
 - richiesta di risarcimento del danno derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti all'Impresa non superiore a 15.000,00 euro;
 - assenza di risposta da parte dell'Impresa;
 - diniego al risarcimento;
 - offerta accettata solamente a titolo di acconto.

Per accedere alla procedura è necessario rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema.

Qualora il reclamante intenda rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, sarà suo obbligo ricorrere in via preliminare alla Mediazione; il D. Lgs. 28/2010, così come modificato dall'Art. 84, comma 1, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, prevede, infatti, l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione civile in materia di responsabilità medica e sanitaria e per tutti i contratti assicurativi (ad esclusione del risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti).

In tal caso, l'istanza di mediazione dovrà essere presentata con l'assistenza del proprio avvocato presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia e successivamente inoltrata alla Compagnia all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata mediazione@pec.amissima.it e/o al numero di fax 02.3076.2442.

Il reclamante può anche ricorrere, in forma facoltativa, alla procedura di Negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n. 162), la quale può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

In caso di liti transfrontaliere infine, il reclamante avente domicilio in Italia potrà presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

14. ARBITRATO

Per l'accertamento relativo alle lesioni fisiche, le controversie di natura medica, nonché sui criteri di indennizzabilità, possono essere demandate ad un Collegio di tre medici. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato. Per l'accertamento del danno materiale a cose, l'ammontare del danno può essere concordato direttamente tra la Società ed il Contraente oppure tra due Periti nominati dalle parti (Contraente e Società) che in caso di disaccordo possono nominarne un terzo o direttamente o tramite nomina del Presidente del Tribunale. Le decisioni sui punti controversi, sono prese a maggioranza.

Avvertenza - è fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Assicurato di adire l'Autorità Giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Mediazione civile

Si rammenta che il D. Lgs. 28/2010, entrato in vigore in data 20 marzo 2010, ha istituito il sistema di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Per maggiori informazioni si rinvia al Decreto sopraindicato, oltretutto al Decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

Con riferimento alla mediazione civile ex D. Lgs. 28/2010, Vi informiamo che le istanze potranno essere rivolte alla presente Compagnia Assicurativa all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata mediazione@pec.amissima.it e/o al numero di fax 02.3076.2216.

Per ogni controversia relativa al contratto assicurativo, quale condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria innanzi l'organo giudiziario competente, è obbligatorio esperire il procedimento di mediazione.

L'istanza di mediazione deve essere presentata presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, con l'assistenza del proprio avvocato.

La mediazione è facoltativa, invece, per quanto concerne la risoluzione di controversie relative al risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli a motore e natanti.

La normativa esclude inoltre l'obbligo di esperire la mediazione in caso di consulenza tecnica preventiva ex art. 696-bis c.p.c. e nelle ulteriori esenzioni previste dal Decreto Legislativo del 4 marzo 2010, n. 28, così come modificato dalla Legge del 9 agosto 2013, n. 98.

RAPPORTI ASSICURATIVI VIA WEB

Avvertenza - la Società, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 22 comma 8 del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con Legge 17 dicembre 2012, n. 221, ha predisposto nella home page del sito internet www.amissimagruppo.it l'apposita area riservata "Le mie polizze", attraverso la quale Lei potrà accedere alla Sua posizione assicurativa.

Consultando il sito internet, potrà conoscere le modalità di accesso all'area riservata.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

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

AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A.

Il Rappresentante Legale

(dott. Alessandro Santoliquido)



Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

ASSICURATO:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

CONSUMATORE:

la persona fisica che, anche se svolge attività imprenditoriale o professionale, conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'esercizio di dette attività.

CONTRAENTE:

il soggetto che stipula l'assicurazione.

COSE:

sia gli oggetti materiali sia gli animali.

DAY HOSPITAL:

la degenza senza pernottamento in Istituto di cura.

INDENNIZZO:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO:

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

INVALIDITÀ PERMANENTE:

la perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parti di questi.

IN VIAGGIO:

qualsiasi località ad oltre 20 Km dalla scuola nella quale l'Assicurato si trova in gita, viaggio o soggiorno purché organizzato dalla scuola stessa.

ISTITUTO DI CURA:

ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

IVASS:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

MALATTIA:

alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALATTIA IMPROVVISA:

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

MALATTIA PREESISTENTE:

malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della polizza.

POLIZZA:

il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO:

la somma dovuta dal Contraente alla Società.

RICOVERO:

la degenza comportante pernottamento nell'Istituto di cura.

RISCHIO:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

SCUOLA 2000

2 / 2

SCUOLA:

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

SINISTRO:

il verificarsi del fatto dannoso o l'insorgere della controversia per i quali è prestata l'assicurazione oppure relativamente alla garanzia assistenza, il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità del servizio e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

SOCIETÀ:

Amissima Assicurazioni S.p.A..

RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA ASSISTENZA:**PRESTAZIONI:**

sono le assistenze prestate dalla Struttura organizzativa agli Assicurati ai sensi del presente contratto.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

Informativa privacy

Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03

“CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS 196/2003

Secondo quanto previsto dal D. LGS 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d'ora innanzi “il Decreto Legislativo”), AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipula di un contratto. I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce “sensibili”: tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all'adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

A) connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normative comunitaria, nonché disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile);

B) di prevenzione, di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

C) di informazione e promozione commerciale, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c). Tali comunicazioni verranno effettuate con strumenti tradizionali (telefono e posta) o automatizzati (posta elettronica, sms, MMS, fax, social media) fermo restando che l'interessato può esprimere il suo consenso limitatamente al solo canale tradizionale o automatizzato di profilazione ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte da AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

a) Comunicazioni obbligatorie: sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta ad effettuare in base a leggi, regolamenti, normative comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie: (INPS, Anagrafe Tributaria, Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali) Magistrature; Forze dell'ordine (P.S., C.C., G.d.F., W.UU.); organismi associativi ANIA e consorzi propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CARD; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.

b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente: rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, autofficine, centri di demolizione: di autoveicoli, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici o

di archiviazione, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti; società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società: è ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., ad esempio le società del Gruppo Assicurativo AMISSIMA, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela. Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione. In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 del D. LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'Art. 7 del Codice conferisce ad ogni Interessato taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede in Viale Certosa, 222 – 20156 Milano - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al Responsabile della Privacy presso la Sede della Società.
- Infine, i Suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

Condizioni generali di assicurazione

SETTORE A

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1 - CAPITALI ASSICURATI

I capitali assicurati sono quelli previsti dalla combinazione scelta ed indicata nel frontespizio di polizza.

Art. 2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

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

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

Sono compresi nelle garanzie prestate:

- l'intossicazione da cibo avariato somministrato durante la refezione scolastica nonché gli avvelenamenti acuti da ingestione di sostanze;
- le lesioni cagionate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l'annegamento, l'asfissia non di origine morbosa, l'assideramento o il congelamento;
- la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni derivanti da aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, sempreché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva o volontaria;
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza o colpi di sonno;
- gli infortuni che derivano da propria imperizia, imprudenza negligenza anche gravi;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti e delle rotture sottocutanee dei tendini, le ernie addominali traumatiche con l'avvertenza, per queste ultime, che se l'ernia, anche se bilaterale non risulta operabile secondo parere medico, verrà riconosciuta un'indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% del capitale assicurato per il caso di Invalidità Permanente totale.

Sono inoltre compresi gli infortuni subiti durante il tragitto dalla propria abitazione alla scuola e viceversa entro i limiti di tempo che vanno da un'ora prima dell'inizio delle lezioni ad un'ora dopo la fine delle lezioni medesime, effettuate a piedi o con ordinari mezzi di locomozione, compresi ciclomotori e motocicli, salvo il caso che esista un terzo responsabile che provveda alla liquidazione del danno. In caso di contagio da virus H.I.V., esclusivamente avvenuto durante lo svolgimento delle attività assicurate descritte in polizza in conseguenza di:

- puntura o ferita occasionale da oggetto infettato da virus;
- aggressioni subite dall'Assicurato;
- trasfusioni di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- contagio avvenuto in situazioni di soccorso nell'ambito dell'Istituto scolastico, a soggetti già portatori di virus H.I.V.;

La società pagherà l'indennizzo di Euro 15.000,00 qualora l'Assicurato risulti sieropositivo.

Art. 3 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

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

Art. 4 - ESTENSIONE DELLE GARANZIE AGLI OPERATORI DELLA SCUOLA

Le garanzie di polizza si intendono estese agli Operatori della scuola a condizione che gli Operatori stessi siano nominativamente identificati con apposito elenco da allegare al presente contratto e sia versato il relativo premio.

Art. 5 - ESTENSIONE DELLE GARANZIE AI GENITORI

L'assicurazione è estesa ai Genitori degli studenti assicurati quando si trovano:

- all'interno della scuola per lo svolgimento di attività connesse alle attività istituzionali della scuola stessa;
- nella veste di accompagnatori degli studenti durante gite, visite guidate, soggiorni (settimane bianche comprese), viaggi di istruzione o connessi a manifestazioni sportive, visite e uscite didattiche in genere;
- nella qualità di membri di diritto degli Organi Collegiali previsti dal D.P.R. n° 416 del 31.05.1974.

Art. 6 - ESTENSIONE DELLE GARANZIE AGLI INSEGNANTI

L'assicurazione è estesa agli Insegnanti che non hanno aderito alla copertura assicurativa ai sensi dell'Art. 4 quando si trovano nelle veste di accompagnatori degli studenti durante le gite, visite guidate, soggiorni (settimane bianche comprese), viaggi di istruzione o connessi a manifestazioni sportive, visite e uscite didattiche in genere.

Art. 7 - PATOLOGIE OCCULTE

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

Art. 8 - STATO PSICOFISICO

Tutti gli Assicurati sono garantiti, indipendentemente dal loro stato psicofisico o degli handicaps di cui siano portatori. Viene tuttavia precisato che se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto è imputabile a preesistenti situazioni fisiche e patologiche.

Art. 9 - MORTE

In caso di Morte la somma assicurata è dovuta dalla Società soltanto se la morte derivante da infortunio, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto l'infortunio stesso. Tale somma viene liquidata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione agli eredi dell'Assicurato in parti eguali. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente, ma se entro due anni dal giorno dell'infortunio e 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 Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 10 - INVALIDITÀ PERMANENTE

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

L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado di Invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro del 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, alla applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Fermo quanto sopra riportato, i punti di Invalidità Permanente verranno così calcolati:

- Fino a 5 punti di invalidità permanente ogni punto verrà calcolato sul 50% della somma assicurata;
- Da 6 a 10 punti di invalidità permanente ogni punto verrà calcolato sul 70% della somma assicurata;
- Da 11 a 50 punti di invalidità permanente ogni punto verrà calcolato sul 100% della somma assicurata;
- Oltre 50 punti di invalidità permanente verrà indennizzata l'intera somma assicurata;
- Qualora la somma assicurata sia superiore ad Euro 155.000,00, fino a 5 punti di invalidità permanente ogni punto verrà calcolato sul 30% della somma assicurata fermo restando il calcolo sopra descritto per invalidità superiori al 5%.

Estratto della tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente (Tabella INAIL)

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio	5	
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12

SCUOLA 2000

4 / 15

	Destro	Sinistro
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11	

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), 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%.

Nel caso in cui l'infortunio liquidabile a termini di polizza determini una Invalidità Permanente superiore al 50% verrà riconosciuta all'Assicurato un Invalidità Permanente pari al 100%.

Art. 11 - RIMBORSO SPESE MEDICHE (ESCLUSE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE)

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

- in caso di ricovero per:
 - accertamenti diagnostici;
 - ticket e onorari medici prima del ricovero;
 - degenza in Istituto di cura per assistenza medica, infermieristica;
 - rette di degenza;
 - medicinali e terapie varie;
 - esami;
 - onorari della equipe che effettua l'intervento chirurgico;
 - diritti di sala operatoria;
 - materiale d'intervento (ivi comprese le endoprotesi);
- dopo il ricovero o se non vi è stato ricovero, per:
 - analisi;
 - accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa; - tickets;
 - visite mediche specialistiche;
 - cure, medicinali;
 - assistenza infermieristica;
 - interventi chirurgici ambulatoriali;
 - applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione;
 - noleggio apparecchiature terapeutiche ed ortopediche, stampelle;
 - presidi ortopedici;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 - protesi oculari esclusi gli occhiali.

Art. 12 - SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE

Fermo quanto previsto dall'Art. 48 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, la Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti del capitale assicurato, le spese odontotecniche rese necessarie da infortunio ma limitatamente alla prima protesi sempreché applicata entro due anni dal giorno dell'infortunio e nel limite massimo di Euro 517,00 per dente.

Art. 13 - DIARIA DA RICOVERO

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

Quando l'Assicurato non possa, a causa di gesso od apparecchi immobilizzatori (agli arti superiori o inferiori), applicati e rimossi necessariamente da personale medico o paramedico nelle apposite strutture, partecipare attivamente e con profitto alle lezioni in aula e quindi rimanendo immobilizzato in casa, sarà corrisposto un indennizzo di Euro 10,00 per ogni giorno con il massimo di Euro 250,00. Questo indennizzo non cumula con eventuali altri indennizzi dovuti per diaria da ricovero o day hospital.

Art. 14 - SPESE DI TRASPORTO

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

Art. 15 - ACQUISTO LENTI PER DANNO OCULARE

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti del capitale assicurato, le spese per l'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, rese necessarie da danno oculare e sempre che la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio stesso.

Art. 16 - DANNO ESTETICO

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

Art. 17 - SPESE DI TRASPORTO CASA-SCUOLA

La Società rimborsa allo studente, nei limiti del capitale assicurato, le spese da lui sostenute per il trasporto da casa a scuola e viceversa, qualora diventi portatore, al di fuori dell'Istituto di cura, di gessature e/o di apparecchi protesici al bacino e/o agli arti inferiori, applicati e rimossi da personale medico e/o paramedico, con il limite di Euro 16,00 al giorno e per un massimo di trenta giorni consecutivi escluse le festività.

Art. 18 - RIMBORSO PER ROTTURA OCCHIALI

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti del capitale assicurato, le spese per la riparazione, o la sostituzione se non riparabili, di sue lenti e montature di occhiali da vista danneggiate in conseguenza di un infortunio.

Art. 19 - DANNEGGIAMENTO DEL VESTIARIO

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti del capitale assicurato, le spese per il suo vestiario danneggiato in conseguenza di un infortunio.

Art. 20 - SPESE PER LEZIONI DI RECUPERO

Qualora lo studente sia rimasto assente dalle lezioni per un periodo consecutivo superiore a 30 giorni a seguito di infortunio, la Società rimborserà, previa presentazione di adeguata documentazione fiscale e scolastica e nei limiti del capitale assicurato, le spese sostenute per lezioni private di recupero. Nel caso in cui lo studente Assicurato, nonostante le lezioni di recupero, non abbia conseguito la promozione e la Società abbia pagato le spese riferite alle suddette lezioni, non potrà godere dei benefici previsti al successivo Art. 21.

Art. 21 - PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

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

Art. 22 - SPESE FUNERARIE

La Società rimborsa agli aventi diritto, nei limiti del capitale assicurato, le spese funerarie sostenute in caso di infortunio mortale dell'Assicurato.

Art. 23 - SPESE PER IL TRASPORTO DELLA SALMA

La Società in caso di infortunio mortale dell'Assicurato avvenuto in un paese straniero (esclusi la Repubblica di San Marino e lo Stato Città del Vaticano) rimborsa agli aventi diritto, nei limiti del capitale assicurato, le spese per il rimpatrio della salma.

Art. 24 - MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà agli aventi diritto il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Artt. 60 e 62 c.c.

Resta inteso che se, dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata maggiorata degli interessi legali.

A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 25 - RISCHIO VOLO

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

- per persona:
 - Euro 517.000,00 per il caso di Morte;
 - Euro 517.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;
- per aeromobile:
 - Euro 4.132.000,00 per il caso di Morte;

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni individuali e/o collettive stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni. Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato al momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Art. 26 - RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

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

Art. 27 - LIMITAZIONE DELLE GARANZIE PER SINISTRI CATASTROFICI

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico evento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 4.132.000,00. Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 28 - ESONERO DALLA PREVENTIVA DENUNCIA DELLE GENERALITÀ DEGLI STUDENTI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità di ogni singolo studente. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri del Contraente che dovrà quindi esibirli alla Società a semplice richiesta, anche per eventuali accertamenti e controlli. Il Contraente dovrà inoltre fornire alla Società gli elenchi degli studenti che non dovessero risultare assicurati al momento della stipula della polizza.

Art. 29 - DEROGA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze di assicurazione contro gli infortuni che esso e/o gli Assicurati avessero in corso con altre Compagnie di Assicurazione.

Art. 30 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

Quando l'infortunio avvenga in occasione o conseguenza di trasporto su qualsiasi mezzo durante gite e viaggi per attività scolastiche o parascolastiche, la Società si riserva di esercitare il diritto di rivalsa nei confronti del vettore. Negli altri casi la Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

Art. 31 - CONTROVERSIE - INDICAZIONE MINISTERIALE P.I. PROT. N° 2170 DEL 30.05.1996

Le controversie possono essere risolte:

- ricorrendo alla magistratura ordinaria,
- in via arbitrale come regolato dal successivo Art. 32 a insindacabile giudizio dell'Assicurato.

Art. 32 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

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

Art. 33 - MODALITÀ PER LA CORRESPONSIONE DEGLI INDENNIZZI

I sinistri devono essere denunciati per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 3 giorni anche via fax. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 c.c.. La corresponsione dell'indennizzo avrà luogo a guarigione avvenuta, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale, debitamente quietanzati (ticket, notule del medico, ricevute del farmacista, conti dell'ospedale e/o clinica, spese di trasporto, ecc.). Per le spese sostenute all'estero il rimborso verrà eseguito in Italia ed in valuta italiana al cambio medio desunto dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato. Se l'importo da liquidare non supera Euro 155,00, è facoltà del Contraente di trasmettere la documentazione di spesa via fax. Qualora l'Assicurato fruisca di prestazioni analoghe a quelle previste dalla presente polizza da parte di altri enti (Servizio Sanitario Nazionale, Compagnie di Assicurazioni), la presente assicurazione assumerà carattere integrativo, per cui la Società sarà tenuta al rimborso della sola eventuale differenza dagli stessi non rimborsata.

Art. 33 BIS - RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE

Qualora il Contraente contemporaneamente alla presente polizza infortuni, abbia in corso con la nostra Società anche la polizza di "Responsabilità Civile - Settore B" 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. 9 (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione dell'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della precedente polizza infortuni ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere commutato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(valide solo se espressamente richiamate nel frontespizio dattiloscritto di polizza)

- A) FRANCHIGIA ASSOLUTA DEL 3% PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE (il richiamo di questa condizione annulla quanto previsto nel terzo comma dell'Art. 10 - Invalidità Permanente)**
 A parziale deroga dell'Art. 10 si conviene che non si farà luogo ed indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3%.
 Se essa risulterà superiore a della percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.
- B) CALCOLO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE (il richiamo di questa condizione annulla quanto previsto nel terzo comma dell'Art. 10 - Invalidità Permanente)**
 Fermo quanto previsto dall'Art. 10 - Invalidità Permanente - i punti di Invalidità Permanente verranno così calcolati:
- Fino a 7 punti di Invalidità Permanente ogni punto verrà calcolato sul 15% della somma assicurata;
 - Da 8 a 10 punti di Invalidità Permanente ogni punto verrà calcolato sul 50% della somma assicurata;
 - Da 11 a 50 punti di Invalidità Permanente ogni punto verrà calcolato sul 100% della somma assicurata;
 - Oltre 50 punti di Invalidità Permanente verrà indennizzata l'intera somma assicurata.

SETTORE B**NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE****Art. 34 - MASSIMALE ASSICURATO**

Il massimale assicurato è quello indicato nel frontespizio di polizza.

Art. 35 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale convenuto, delle somme che il Contraente e/o l'Assicurato sia tenuto a corrispondere quale civilmente responsabile, ai sensi di legge anche per il fatto di persone delle quali debba rispondere a titolo di risarcimento di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali.

L'assicurazione è operante anche nel caso di colpa grave degli Assicurati, nonché per la responsabilità civile che possa derivare al Contraente da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

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

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

- le ore di educazione fisica in palestra, in piscina e sui campi sportivi in genere;
- le attività ginnico sportive extracurricolari;
- i viaggi di istruzione e le gite scolastiche all'estero;
- ogni permanenza fuori dalla scuola a scopo didattico ricreativo o sportivo senza limitazioni di orari compreso il pernottamento o soggiorni continuativi;
- le attività di ricreazione all'interno ed all'esterno della scuola, le visite guidate ai musei, aziende, laboratori (purché tali visite non comportino esperimenti e prove pratiche dirette);
- le attività culturali in genere;
- le assemblee studentesche non autorizzate, purché si svolgano all'interno della scuola nonché le assemblee che abbiano luogo in locali esterni alla scuola purché siano osservate le disposizioni della C.M. n° 312 - XI Cap. del 27.12.1979 in fatto di vigilanza.

Sono inoltre compresi:

- i danni che gli studenti possono arrecare al materiale assegnato alla scuola in comodato da ditte e società diverse da Enti Pubblici;
- i danni conseguenti all'uso eventuale di un'aula magna o di un cinema-teatro annesso alla scuola, purché non aperto al pubblico;
- i danni conseguenti alla somministrazione di generi alimentari e prodotti farmaceutici;
- i danni conseguenti alla conduzione (esclusa proprietà) dei fabbricati e degli impianti ed attrezzature scolastiche;
- la responsabilità personale di tutti gli Operatori della scuola, degli studenti e dei Genitori membri di diritto degli Organi Collegiali previsti dal D.P.R. n° 416 del 31.05.1974 compreso la responsabilità civile dei Genitori nella veste di accompagnatori durante le gite e visite didattiche. La Società rinuncia al diritto di surrogazione nei loro confronti entro il limite del massimale previsto per sinistro che resta comunque, ad ogni effetto unico, anche nel caso di corresponsabilità delle persone sopracitate.

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

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

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

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

Art. 36 - PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non si considerano terzi:

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

Art. 37 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende i danni:

- provocati da persone non in rapporto di dipendenza con il Contraente e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;
- da furto e quelli a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
- derivanti dalla proprietà di fabbricati e dei relativi impianti fissi;
- da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il sedicesimo anno di età;
- a cose che il Contraente abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate e scaricate;
- di cui il Contraente debba rispondere ai sensi degli Artt. 1783, 1784, 1785 bis, e 1786 c.c.;
- a mezzi di trasporto sotto carico o scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni, nonché alle cose sugli stessi trasportate;
- derivanti da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi;
- conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento; derivanti da detenzione ed impiego di esplosivi o di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- legati a responsabilità derivante direttamente o indirettamente da nanotecnologie e/o lavorazioni che comportino l'utilizzo di nanotecnologie dei settori auto, vernici e tessile.

Per nanotecnologie si intende (US National Nanotechnology Initiative 2007): ricerca e sviluppo di tecnologie su scala atomica, molecolare o macromolecolare dell'ordine da 1 a 100 nanometri(nm) approssimativamente; creazione e utilizzo di strutture, dispositivi e sistemi con nuove proprietà e funzioni come risultato delle loro dimensioni piccole e/o intermedie; capacità di controllare o manipolare su scala atomica.

Art. 38 - RESPONSABILITÀ FRA GLI ASSICURATI

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



Gruppo Assicurativo Amissima

Fasc. FA39001 - SCUOLA 2000 ed. 02/2018

Per gli aggiornamenti del presente Fascicolo non derivanti da innovazioni normative consultare il sito www.amissimagruppo.it

Art. 39 - STATO PSICOFISICO DEGLI STUDENTI

Tutti gli studenti sono assicurati indipendentemente dal loro stato psicofisico.

Art. 40 - CONTRAENTE E BENEFICIARIO - INDICAZIONE MINISTERIALE P.I. PROT. N° 2170 DEL 30.05.1996

Si conviene, come da indicazione Ministeriale prot. n° 2170 del 30.05.1996, che Contraente e Beneficiario della polizza deve intendersi anche l'Amministrazione scolastica per il fatto dei propri docenti, studenti e di tutti gli altri addetti all'Istituto assicurato, nell'esercizio dell'attività svolta per conto del medesimo.

Art. 41 - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO STUDENTI ED OPERATORI DELLA SCUOLA ASSICURATI INAIL L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante al Contraente per gli infortuni (escluse malattie professionali) subiti dagli studenti e dagli Operatori della scuola, obbligatoriamente assicurati INAIL. Pertanto la Società risponde delle somme che il Contraente sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile verso le suddette persone ai sensi del D.P.R. n°1124 del 30 giugno 1965 artt. 10 e 11 e dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38.

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

Art. 42 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso per iscritto, anche mediante P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza (Art. 1913 c.c.). L'inadempienza di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 c.c.).

Art. 43 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

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

SETTORE C

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE**Art. 44 - MASSIMALE ASSICURATO**

Il massimale assicurato è quello indicato nel frontespizio di polizza.

Art. 45 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assume a proprio carico, nel limite del massimale assicurato, l'onere delle spese giudiziali e stragiudiziali esclusivamente conseguenti a sinistri strettamente connessi all'attività istituzionale dell'Assicurato nell'espletamento del servizio.

Sono assicurate le seguenti spese:

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

La presente garanzia opera esclusivamente a favore del Contraente e di tutti gli Operatori della scuola e i Genitori membri di diritto degli Organi Collegiali previsti dal D.P.R. n° 416 del 31.05.1974.

- gli oneri fiscali (bollature documenti, spese di registrazione di sentenze ed atti in genere);
- le spese per controversie derivanti da fatti dolosi dell'Assicurato;
- le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario;
- le spese per controversie riguardanti la circolazione di veicoli o natanti;
- le spese per le controversie relative ai rapporti di lavoro e vertenze sindacali;
- le spese per controversie nei confronti di Enti Pubblici di previdenza ed assistenza obbligatori;
- le spese per le controversie di natura contrattuale nei confronti della Società.

Art. 47 - DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia viene prestata per le controversie determinate da fatti verificatisi nel periodo di validità della garanzia e precisamente:

- a) dopo le ore 24 del giorno di decorrenza dell'assicurazione per i casi di responsabilità extracontrattuale o per i procedimenti penali;
- b) trascorsi 90 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione per gli altri casi.

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

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

Art. 48 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso per iscritto, anche mediante P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec-amissima.it, scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza (Art.1913 c.c.).

Unitamente alla denuncia, l'Assicurato è tenuto a fornire tutti gli atti e i documenti occorrenti e una precisa descrizione del fatto che ha originato il sinistro. In ogni caso l'Assicurato deve trasmettere, con la massima urgenza, gli atti giudiziari e, comunque, ogni altra comunicazione relativa al sinistro. L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 c.c..

Art. 49 - GESTIONE DELLE VERTENZE

L'Assicurato, dopo aver fatto all'Agenzia che ha in gestione il contratto oppure alla Società la denuncia del sinistro nomina per la tutela dei suoi interessi un legale da lui scelto tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove egli ha il domicilio o hanno sede gli Uffici Giudiziari competenti, segnalandone immediatamente il nominativo alla Società.

La Società, preso atto della designazione del legale, assume a proprio carico le spese relative. L'Assicurato, pena il rimborso delle spese sostenute dalla Società, non può dare corso ad azioni di natura giudiziaria, raggiungere accordi o transazioni in sede stragiudiziale o in corso di causa senza il preventivo benestare della Società stessa che dovrà pervenire all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta. Negli stessi termini e con adeguata motivazione dovrà essere comunicata il rifiuto del benestare. L'Assicurato deve trasmettere, con la massima urgenza, al legale da lui prescelto tutti gli atti giudiziari e la documentazione giudiziaria relativa al sinistro, regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali in vigore. Copia di tutti gli atti giudiziari predisposti dal legale devono essere trasmessi alla Società. In caso di disaccordo tra l'Assicurato e la Società in merito alla gestione dei sinistri, la decisione verrà demandata ad un arbitro designato di comune accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma dell'Art. 54. Ciascuna delle Parti contribuirà alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Art. 50 - COESISTENZA CON ASSICURAZIONI DI RESPONSABILITÀ CIVILE

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

NORME COMUNI AI SETTORI A, B E C

Art. 51 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITÀ

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

Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c..

- se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c..

Art. 52 - PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio 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, ai sensi dell'Art. 1901 c.c..

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

Art. 53 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il Mondo intero.

Art 54 - FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

Qualora il Contraente e/o l'Assicurato sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3 D. Lgs. 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione della polizza sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Art. 55 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il numero degli assicurati (studenti iscritti alla scuola, personale docente e non) al momento della stipula della presente polizza, come comunicato dal Contraente, è quello indicato nei frontespizi di polizza.

La Società rinuncia comunque all'applicazione dell'Art.1898 ultimo comma del Codice Civile (regola proporzionale) se nel corso del medesimo anno scolastico tale numero dovesse aumentare a causa di nuove iscrizioni causate da trasferimenti di studenti nonché di personale docente e non, che risulteranno comunque assicurati.

Art. 56 - DEROGA AL PATTO DI TACITA PROROGA

La polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta. E' comunque facoltà del Contraente di non interrompere alla scadenza contrattuale le garanzie di cui alla presente polizza qualora entro la data di scadenza comunichi all'Agenzia presso la quale è assegnato il contratto la Sua volontà di prorogare per un altro anno l'assicurazione. In questo caso il termine per il pagamento del premio, a deroga dell'Art. 1901 c.c. secondo comma, viene elevato a 30 giorni, restando inteso che il premio stesso sarà soggetto al ricalcolo in base al numero degli alunni del nuovo anno scolastico e al numero degli Operatori della scuola da comprendere in garanzia, fermo il premio pro capite.

Art. 57 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 58 - ONERI FISCALI

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

Art. 59 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 60 - LIMITI DI ETÀ

La copertura non vale per l'Assicurato che abbia raggiunto l'età di anni 75.

Art. 61 - FACOLTÀ DI RECESSO

Per contratti di durata annuale (con tacito rinnovo)

Le Parti possono recedere alla scadenza annuale indicata in polizza mediante disdetta inviata con lettera raccomandata, fax o P.E.C..

Per contratti di durata poliennale con riduzione del premio (sconto per poliennalità di durata massima 5 anni)

Le Parti, nel caso di polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio, possono recedere alla scadenza indicata in polizza, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Per sinistro

a) nel caso in cui il Contraente/Assicurato "è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.;

b) nel caso in cui il Contraente/Assicurato "non è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C..

Gruppo Assicurativo Amissima

Tale facoltà viene estesa anche al Contraente, se trattasi di persona fisica.

In caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso.

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto delle parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

ASSISTENZA

Modalità per la richiesta di assistenza

Per usufruire delle "Garanzie di Assistenza" l'Assicurato ha l'obbligo di contattare la "Struttura organizzativa", in funzione 24 ore su 24, di EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A..

al seguente numero telefonico: 02 / 58286723

Oppure, se non può telefonare, inviando un fax al n. 02 / 58477201

oppure un telegramma a:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 – Milano (MI)

In ogni caso comunichi innanzi tutto con precisione:

1. il tipo di assistenza di cui necessita
2. Nome e Cognome dell'Assicurato
3. Numero di polizza
4. Indirizzo del luogo in cui si trova
5. Il suo recapito telefonico dove la Struttura organizzativa provvederà a richiamare nel corso dell'assistenza
6. L'inadempimento di questi obblighi comporta la perdita del diritto alle prestazioni.

Validità

La garanzia è operante per i sinistri occorsi all'Assicurato durante tutte le attività previste all'Art. 2 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni - Settore 'A' - del presente Fascicolo Informativo.

NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA DI ASSISTENZA

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestati dalla Società tramite la struttura organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

Art. I - CONSULENZA MEDICA

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa sia necessario valutare lo stato di salute dell'Assicurato per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, la Struttura Organizzativa fornisce la consulenza medica tramite un collegamento telefonico diretto effettuato dai medici della Struttura Organizzativa e l'Assicurato, l'insegnante o il medico curante.

Art. II - RIENTRO SANITARIO IN VIAGGIO

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'Assicurato in viaggio, accertate tramite contatti telefonici diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione, tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, il suo trasporto in un ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa organizza interamente il trasporto, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa con i mezzi e nei tempi che i medici della Struttura Organizzativa, dopo il consulto con il medico sul posto, riterranno più idonei alle condizioni dell'Assicurato:

- l'aereo sanitario;
- l'aereo di linea classe economica eventualmente in barella;
- il treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- l'autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

La Società terrà a proprio carico i relativi costi.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere

Le prestazioni non sono altresì dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addiventano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa il nome dell'ospedale ed il reparto presso il quale è ricoverato unitamente al nome e al recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché sia possibile stabilire i necessari contatti.

L'Assicurato non deve prendere dunque iniziative senza avere prima interpellato la Struttura Organizzativa che interverrà direttamente.

Art. III - RIENTRO ANTICIPATO IN VIAGGIO

Qualora l'Assicurato in viaggio debba rientrare alla sua residenza, prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, in caso di avvenuto decesso in Italia come da data risultante su certificato di morte rilasciato all'anagrafe, esclusivamente di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la Struttura Organizzativa provvede a fornire all'Assicurato un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato. La Società terrà a proprio carico i relativi costi.

La prestazione non è operante se l'Assicurato non può fornire alla Struttura Organizzativa adeguate informazioni sui sinistri che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.

Tali informazioni saranno successivamente, ed a richiesta della Struttura Organizzativa, documentate.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova ed il recapito telefonico.

Art. IV - SEGNALAZIONE DI UN CENTRO SPECIALIZZATO IN ITALIA ED ALL'ESTERO

Qualora l'Assicurato in caso di infortunio o malattia debba sottoporsi ad un accertamento diagnostico o debba essere ricoverato per un intervento, la Struttura Organizzativa, sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro specialistico più idoneo per il caso.

L'Assicurato deve comunicare il nome del suo medico curante e il suo recapito telefonico.

Art. V - VIAGGIO DI UN FAMILIARE/SOSTITUTO DI DOCENTE ACCOMPAGNATORE

Nel caso in cui l'Assicurato in viaggio sia ricoverato in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa e i medici ritengano che non sia trasferibile prima di 10 giorni, oppure l'Assicurato in viaggio in qualità di docente accompagnatore si trovi nell'impossibilità di occuparsi degli altri partecipanti al viaggio purché assicurati, in seguito ad infortunio o malattia improvvisa o altra causa di forza maggiore, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, di andata e ritorno per permettere ad un familiare convivente o altro docente accompagnatore, residente in Italia:

a) di recarsi presso l'Assicurato ricoverato;

b) di raggiungere gli assicurati e prendersene cura. La Società terrà a proprio carico i relativi costi.

Non sono previste le spese di soggiorno del familiare o del docente accompagnatore.

L'Assicurato deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare o del docente accompagnatore affinché la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

Art. VI - ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ

(La prestazione viene fornita direttamente agli accompagnatori nel caso in cui l'Assicurato non avesse ancora raggiunto la maggiore età).

Qualora l'Assicurato in viaggio, in conseguenza di infortunio o malattia improvvisa, furto del bagaglio o del denaro, rapina, debba sostenere delle spese impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa provvederà a pagare sul posto, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo complessivo di Euro 155,00.

Qualora l'ammontare delle fatture superasse l'importo complessivo di Euro 155,00, la prestazione diventerà operante nel momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

L'importo delle fatture pagate dalla Struttura Organizzativa non potrà mai comunque superare la somma di Euro 2.600,00.

La prestazione non è operante se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

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

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

Art. VII - PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

In caso di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato in viaggio, su prescrizione medica scritta, non è in condizione di intraprendere il viaggio di rientro al domicilio nella data prestabilita, la Struttura Organizzativa provvederà a prenotare un

La Società terrà a proprio carico le spese di albergo (camera e prima colazione) per un massimo di tre giorni successivi alla data stabilita per il rientro fino ad un importo massimo complessivo di Euro 42,00 giornaliero per Assicurato ammalato. Non sono previste le spese di albergo diverse da quelle indicate. L'Assicurato deve informare la Struttura Organizzativa dell'impossibilità di intraprendere il viaggio affinché la stessa possa provvedere a prenotargli un albergo. Al suo rientro deve presentare la documentazione relativa alla causa che ha reso necessario il prolungamento del soggiorno.

Art. VIII - ESCLUSIONI

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse, movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo a condizione che l'assicurato vi abbia preso parte attiva;
- dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o il tentato suicidio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- malattie nervose e mentali, malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della polizza;
- espianto e/o trapianto di organi.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Struttura Organizzativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Art. IX - VALIDITÀ TERRITORIALE

Italia o Europa, secondo il tipo di "opzione" scelta.

Art. X - ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 c.c., all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente a Amissima Assicurazioni S.p.A. nel termine di tre giorni a pena di decadenza.

Nel caso in cui si attivasse altra impresa, le presenti prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione.

Art. XI - PRESCRIZIONE

Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 c.c..

Art. XII - DICHIARAZIONE

L'Assicurato libera dal segreto professionale relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa assicurazione i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.

Art. XIII - LEGGE APPLICABILE

La polizza è regolata dalle legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana. Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove il convenuto ha la residenza, il domicilio o la sede.

Qualora il Contraente e/o l'Assicurato sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3 D. Lgs. 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione della polizza sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Art. XIV - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni di legge.