

POLIZZA INFORTUNI

composta da n° 18 pagine

Contraente: LICEO STATALE "GALILEO GALILEI" - VERONA" -
Sede Centrale via San Giacomo, 11 - 37135 Verona
Succursale: via Carlo Alberto, 46 - 37136 Verona

Società Assicuratrice

VNIPOLSA

Polizza numero:

119 /

INDICE

Definizioni	pag. 2
Norme contrattuali	pag. 3
Condizioni generali di assicurazioni (C.G.A.)	
- relative a tutte le garanzie	pag. 4
- relative al caso morte	pag. 8
- relative alla invalidità permanente	pag. 7
- relative al ricovero e alle spese sanitarie	pag. 10
- relative alla denuncia di sinistro	pag. 11
Condizioni particolari e franchigia	pag. 12
Premio annuo	pag. 15
Prestazioni aggiuntive	pag. 17
Polizza assistenza scuola	pag. 18

PLURASS srl

DEFINIZIONI

I seguenti vocaboli, usati nella polizza, significano:

ASSICURATO

La persona nel cui interesse è stipulata la polizza.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

POLIZZA

il documento che prova il contratto di assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta alla Compagnia.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

SFORZO

Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato.

RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti il pernottamento o degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

INGESSATURA

Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti, purché applicati in Istituto di Cura ed inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione pertanto di tutti i tutori preconfezionati.

ISTITUTI DI CURA

Ospedale, Clinica, Casa di Cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

PLURIASS SPA

1. NORME CONTRATTUALI

1.1 PROVA DEL CONTRATTO

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELLE GARANZIE

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 quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

1.3 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

La Società presta la garanzia e determina il premio sulla base delle dichiarazioni del Contraente.

Le dichiarazioni inesatte e/o le omissioni possono comportare o il mancato pagamento dell'indennizzo o un pagamento ridotto, nonché l'annullamento dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892-1893-1894 del Codice Civile.

1.4 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti e non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

1.5 DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

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

1.6 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

L'omissione della comunicazione di cui sopra può comportare la decadenza dal diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Le comunicazioni debbono avvenire per iscritto.

1.7 TACITA PROROGA DELLA POLIZZA

Al termine di scadenza non vi può essere alcun tacito rinnovo.

1.8 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo previsto dalle garanzie prestate in polizza, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 15 giorni. In tal caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, corrisponderà al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso al netto della relativa imposta.

1.9 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente.

1.10 FORO COMPETENTE

Per qualsiasi controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del contraente/ beneficiario/assicurato.

1.11 PROVA

È a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di polizza.

1.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quello che non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

PLURIASS srl

2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (C.G.A)

RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE

2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

L'Assicurazione di cui alla presente polizza vale per gli infortuni che colpissero gli Assicurati (Dirigente scolastico, Direttore SGA, Studenti anche maggiorenni, Personale Docente e A.T.A.), derivanti da tutte le attività scolastiche, interscolastiche, extrascolastiche e parascolastiche, organizzate dalla Contraente oppure da terzi ma a cui la Contraente ha esplicitamente aderito, sia all'interno che all'esterno dei locali dove vengono svolte le lezioni (per esempio: viaggi d'istruzione, stages anche all'estero, attività di alternanza scuola lavoro presso strutture ospitanti, attività ginniche, giochi della gioventù, giochi sportivi con relativi allenamenti, ecc.), in qualunque orario ed in qualunque giorno, compresi i festivi, per tutta la loro durata anche se si protraesse di varie ore rispetto a quella dichiarata nel programma, sempreché siano autorizzate dal Consiglio di Istituto o dal Dirigente scolastico.

La garanzia s'intende automaticamente estesa a titolo gratuito nei confronti dei seguenti soggetti:

1. Familiari partecipanti ad iniziative/progetti/attività deliberate dall'Istituto Scolastico
2. Familiari che si trovano all'interno della scuola per lo svolgimento delle attività istituzionali dell'Istituto;
3. Familiari che volontariamente svolgono attività all'interno della scuola;
4. Tutti i supplenti anche temporanei o i reggenti, a condizione che il Personale sostituito risulti assicurato;
5. Alunni portatori di disabilità
6. Insegnanti di sostegno
7. Accompagnatori degli Studenti, qualsiasi essi siano, durante gite, visite guidate, soggiorni, viaggi di istruzione, scambi culturali o didattici, visite e uscite didattiche in genere, ecc.
8. Tirocinanti anche professionali e gli studenti che frequentano tirocini formativi di Alternanza Scuola Lavoro (A.S.L.) e di orientamento;
9. Studenti e personale di altro istituto frequentanti progetti di rete; gli studenti e gli accompagnatori degli alunni di altre scuole anche stranieri temporaneamente ospiti presso l'Istituto scolastico o presso le famiglie degli studenti.
10. Uditori e studenti iscritti in corso di anno scolastico
11. Esperti Esterni/Prestatori d'opera, occasionale o continuativa, estranei all'organico della scuola
12. Lavoratori titolari di trattamenti previdenziali di cui al D.Lgs 468/1997 e s.m.i..
13. Revisori dei Conti
14. Presidente del Consiglio di Istituto

PLURIASS srl



15. Dirigente scolastico, Genitori, studenti, docenti, Personale A.T.A. membri degli Organi Collegiali (D.Lgs. 297/1994).
16. Assistenti, educatori, operatori, addetti all'assistenza, infermieri
17. Soggetti esterni in relazione ad attività organizzate dalla scuola (compresi i lavori di giardinaggio e manutenzione del verde); soggetti esterni frequentanti corsi o attività deliberate del Consiglio di Istituto e/ promosse nel PTOF, dai dipartimenti, da singoli docenti, dal Dirigente scolastico.
18. Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e Addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione (D.Lgs. n. 81/2008)
19. Operatori scolastici componenti le squadre di prevenzione e pronto intervento previsti dalla legge
20. Operatori della scuola, nella qualità di membri di diritto degli Organi Collegiali previsti dal D.Lgs. 297/1994 e ss.mm.
21. Personale che non ha aderito alla copertura assicurativa quando si trova nella veste di accompagnatori degli studenti durante le attività della scuola (quali gite, visite guidate, soggiorni, viaggi di istruzione, scambi culturali o didattici, visite e uscite didattiche in genere) e in qualità di Membri di diritto degli Organi Collegiali d'Istituto.
22. Partecipanti a corsi post-diploma o di aggiornamento/formazione/istruzione;
23. Membri interni ed esterni delle Commissioni d'Esame di Stato e agli esami preliminari, di idoneità, integrativi e prove di equipollenza;

Rischio itinere

In copertura è compreso inoltre, il tragitto, anche con uso di veicoli, da casa al Liceo (Sede Centrale e Succursale) e viceversa, nei limiti di tempo di un'ora prima dell'inizio delle lezioni o dell'attività esterna ed un'ora dopo il termine delle stesse, compreso l'eventuale tragitto per il trasferimento del personale che svolga servizio presso più Istituti Scolastici e/o Sedi.

Limitatamente al rischio itinere, le garanzie della presente copertura assicurativa s'intendono prestate nella misura ridotta del 50%.

2.2 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee; gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto al punto **2.18** (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo,

vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

2.3 RISCHIO VOLO

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

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili).

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno.

2.4 RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

2.5 SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione resta operante durante il servizio militare in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

2.6 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

2.7 RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al punto **2.3** (rischio volo);
- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) da corse, gare, allenamenti e prove di ippica, ciclismo, football americano, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- d) da corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da movimenti tellurici;
- g) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto **2.4** (rischio guerra all'estero);
- h) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

i) gli infarti;

l) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

2.8 LIMITI DI ETÀ

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare. In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri

2.9 PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione cessa, per l'Assicurato, con il manifestarsi di patologie riconducibili all'alcolismo e/o a forme di tossicodipendenza, senza che di contro possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

2.10 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dal punto **2.18** (invalidità permanente).

2.11 CUMULO DI INDENNITÀ

Le indennità per ricovero sono cumulabili tra loro e con tutte le altre garanzie. L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

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

2.12 ESONERO

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, salvo quanto previsto al punto **2.9** (Persone non assicurabili). Viene tuttavia confermato che l'indennizzo e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolati a norma della presente polizza.

2.13 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Sulla base delle "indicazioni del Ministero della P.I. prot. N. 2170 del 30/5/96, si precisa che:

le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto **2.10** (Criteri di indennizzabilità riportati nelle Condizioni generali di Assicurazione - CGA) 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.

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

2.14 LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di **€ 3.000.000,00**.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

2.15 RINUNCIA ALLA RIVALSA

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.

RELATIVE AL CASO MORTE

2.16 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida tale somma, in parti uguali, agli eredi.

2.17 MORTE PRESUNTA

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

RELATIVE ALLA INVALIDITÀ PERMANENTE

2.18 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un arto superiore 70%
- una mano o un avambraccio 60%
- un pollice 18%
- un indice 14%
- un medio 8%
- un anulare 8%
- un mignolo 12%
- la falange ungueale del pollice 9%
- una falange di altro dito della mano 1/3 del dito

Per:

- anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola 25%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera 20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera 10%
- blocco della prono supinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano 7%
- paralisi completa del nervo radiale 35%
- paralisi completa del nervo ulnare 20%
- esiti di rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale 5%

Per:

- amputazione di un arto inferiore:
- al di sopra della metà della coscia 70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio 60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba 50%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un piede 40%
- ambedue i piedi 100%
- un alluce 5%
- la falange ungueale dell'alluce 2,5%
- un altro dito del piede 1%

Per:

- anchilosi dell'anca in posizione favorevole 5%
- anchilosi del ginocchio in estensione 5%
- esiti di frattura del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 2%
- esiti di frattura del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 3%
- lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio 9%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto 10%
- anchilosi della sotto astragalica 5%
- paralisi completa dello sciatico popliteo esterno 15%
- esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille 4%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un occhio 25%
- ambedue gli occhi 100%

Per:

- sordità completa di un orecchio 10%
- sordità completa di ambedue gli orecchi 40%
- stenosi nasale assoluta monolaterale 4%
- stenosi nasale assoluta bilaterale 10%
- esiti di frattura scomposta di una costa 1%
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:
- una vertebra cervicale 12%
- una vertebra dorsale 5%
- 12° dorsale 10%
- una vertebra lombare 10%
- esiti di frattura di un metamero sacrale 3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente 5%
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo 2%
- perdita anatomica di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria 15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica 8%

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

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

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

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

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

2.19 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

A richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 25.000,00

RELATIVE AL RICOVERO E ALLE SPESE SANITARIE

2.20 RIMBORSO SPESE SANITARIE

Se l'Assicurato In conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma prevista per anno assicurativo, le spese sostenute:

nel corso del ricovero in Istituto di Cura:

- trasporto dell'Assicurato in ambulanza dal luogo dell'infortunio all'Istituto di Cura;
- visite mediche e specialistiche;
- farmaci;
- esami di laboratorio;
- rette di degenza in Istituto di Cura;
- onorari medici (chirurgo, aiuto, assistente, anestesista) e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- tickets;

dopo il ricovero oppure in assenza di ricovero in Istituto di Cura:

- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dall'Istituto di Cura e necessari per la riabilitazione della parte anatomica sinistrata purché effettuati entro 20 giorni dalla data di dimissioni dall'Istituto di Cura oppure dalla data di prescrizione;
- tickets;
- visite mediche specialistiche;
- accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio;

A cura ultimata, la Società effettua il rimborso delle garanzie sopra riportate su presentazione, in originale, dalle relative notule, distinte, ricevute o fatture debitamente quietanzate.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione dell'indennizzo e dell'importo liquidato.

Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro.

Le spese sostenute all'estero nei paesi non aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

2.21 INDENNITÀ DI RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 180 giorni, su presentazione di cartella clinica.

Qualora il ricovero venga effettuato in regime di degenza diurna (**Day Hospital**) di almeno sei ore continuative, l'indennità giornaliera di degenza verrà corrisposta in ragione del 50% della somma assicurata per un periodo massimo di 180 giorni.

2.22 INDENNITÀ DI RICOVERO A SEGUITO DI MALATTIA

Per malattia s'intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Se la malattia ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza su presentazione di cartella clinica.

La garanzia viene prestata esclusivamente a seguito di insorgenze acute con esclusione delle situazioni patologiche insorte e/o rilevatesi precedentemente alla stipula del contratto, anche se emergenti successivamente con manifestazioni improvvise. La garanzia è prestata fino ad un massimo di 60 giorni per ricovero.

Sono esclusi dall'assicurazione i ricoveri:

- per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- per la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- per le cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione.

RELATIVE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO

2.23 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Compagnia o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, **entro 20 giorni** dal sinistro o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Compagnia.

PLURIASS s.r.l.



CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 1) SOMME ASSICURATE

Ciascun Assicurato è garantito per le seguenti somme assicurate secondo i criteri espressi dalle specifiche condizioni di assicurazione.

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
morte	€ 100.000,00 per assicurato/per evento
invalidità permanente	€ 200.000,00 per assicurato/per evento
indennità di ricovero ospedaliero	€ 60,00 per assicurato/per evento/al giorno
Day Hospital	€ 60,00 per assicurato/per evento/al giorno
indennità di ricovero da malattia	€ 25,00 per assicurato/per evento/al giorno
danni estetici permanenti	€ 25.000,00 per assicurato/per evento
ingessatura	€ 25,00 per assicurato/per evento/al giorno
danni al vestiario	€ 250,00 per assicurato/per evento
rimborso spese sanitarie	€ 15.000,00 per assicurato/per evento
spese di primo trasporto	€ 1.000,00 per assicurato/per evento
cure per protesi dentarie	€ 10.000,00 per assicurato/per evento
acquisto lenti	€ 500,00 per assicurato/per evento
acquisto montatura	€ 150,00 per assicurato/per evento
Noleggio taxi	€ 30,00 per assicurato/per evento
rimborso spese per stages all'estero	€ 2.000,00 per assicurato/per evento
perdita dell'anno scolastico	€ 3.000,00 per assicurato/per evento
estensione garanzie ai genitori degli studenti e ai soggetti di cui al punto 2.1	compresa
attivazione di una polizza vita	compresa
regolazione premio con flessibilità del 10%	compresa

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE E FRANCHIGIA (operanti solo se indicate)

Prestazione	CP	Somma assicurata
Contagio da virus H.I.V.	330	€ 50.000,00

Art. 2) - GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE

A parziale deroga delle C.G.A., in caso di Invalidità Permanente, la Società calcolerà l'indennizzo sulla somma assicurata, in proporzione al grado di **Invalidità accertata** secondo la tabella di seguito riportata:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	INDENNIZZO PER OGNI PUNTO DI INVALIDITA' ACCERTATO
Pari o inferiore al 5%	€ 250,00
Superiore al 5% sino al 10%	€ 650,00
Superiore al 10% sino al 25%	€ 1.150,00
Superiore al 25% sino al 60%	€ 1.400,00
Superiore al 60%	Il 100% della somma assicurata

Art. 3) - DANNI ESTETICI PERMANENTI

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza danni estetici permanenti che si manifestino entro un anno dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la

Società corrisponderà un indennizzo secondo la sottoindicata tabella, calcolato sulla base della somma assicurata in polizza.

La valutazione tabellare del danno estetico (dopo detrazione dell'eventuale franchigia) verrà sommata alla eventuale percentuale di invalidità permanente, se esistente, derivante dalle altre conseguenze indennizzabili dell'infortunio.

Tabella di riferimento delle valutazioni del grado percentuale dei danni estetici permanenti

- gravissima deformazione del viso	40%
- perdita completa del cuoio capelluto	15%
- perdita di tutto il naso	30%
- perdita di un padiglione auricolare	11%
- perdita di un labbro	15%
- perdita di un emilabbro	10%
- perdita di ambedue le labbra	25%
- perdita di un occhio senza la possibilità di applicare protesi estetica	10%
- perdita della mandibola	30%

- Esiti cicatriziali al volto

- a) cicatrici lineari visibili a distanza di conversazione , per ogni 4 centimetri 3%
- b) cicatrici a superficie estesa visibili a distanza di conversazione, per ogni cmq. 1%

Esiti cicatriziali al collo:

cicatrici a superficie estesa ipertrofiche, discromiche o retraenti visibili a distanza di conversazione.

fino a 20cmq	da 0% a 5%
da 20 cmq. A 50 cmq.	da 5% a 10%
oltre 50 cmq.	da 10% a 15%

La garanzia non è operante per danni estetici al tronco, all'addome e agli arti.

Le cicatrici multiple o perdite di sostanza (parti molle e/o ossee) al volto, sono valutabili al massimo con le stesse cifre percentuali previste per la "gravissima deformazione del viso".

Nel caso di danni estetici permanenti plurimi l'indennizzo viene stabilito mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione. In ogni caso la percentuale della invalidità permanente indennizzabile complessiva, ivi compresa quella derivante dalle altre conseguenze dell'infortunio, non potrà superare il valore massimo del 100%.

La Società ASSICURATRICE non corrisponderà alcun indennizzo per danni estetici permanenti quando questi sono di grado non superiore al 3%; se, invece , essi risultano superiori a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui il grado dei danni estetici permanenti sia pari o superiore al 25%, la Società liquiderà l'indennizzo senza applicazione di franchigia.

Art. 4) - INGESSATURA

Qualora a seguito di infortunio garantito a termini di polizza, all'Assicurato venga applicata in Istituto di Cura una ingessatura e/o apparecchi protesici inamovibili agli arti inferiori/superiori, applicati e/o da rimuovere da personale medico, la Società corrisponderà una diaria giornaliera per un massimo di 40 giorni per ogni sinistro. Tale garanzia viene prestata con una franchigia di 3 giorni.

Art. 5) - DANNI AL VESTIARIO

In conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute per l'acquisto del suo vestiario in sostituzione di quello danneggiato avente analogo valore.

Art. 6) - SPESE DI PRIMO TRASPORTO

Qualora a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato debba essere trasportato in Ambulatorio oppure in Istituto di Cura, la Società rimborsa all'Assicurato, purché documentate, le spese sostenute per il ripristino della tappezzeria del veicolo che ha effettuato il primo trasporto, imbrattata o danneggiata a causa del trasporto stesso necessario per il soccorso dell'Assicurato.

Art. 7) CURE e PROTESI DENTARIE

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti della somma prevista in polizza e per infortunio indennizzabile a termini di polizza, le spese relative alla prima protesi, sempreché applicata entro un anno dal giorno dell'infortunio, con il limite massimo di € 500,00 per dente.

Art. 8) - ACQUISTO LENTI

La Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma assicurata, le spese sostenute dall'assicurato per l'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, che risultassero danneggiate a seguito d' infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che abbia comportato una lesione al viso riscontrata da un medico e sempreché la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio stesso.

Il documento da presentare ai fini del rimborso della spesa: in assenza di fattura dei vecchi occhiali danneggiati, fattura di acquisto dei nuovi. Sono comprese in garanzia anche le spese sostenute per l'acquisto della relativa montatura fino alla concorrenza della somma assicurata.

Art. 9) - RIMBORSO SPESE PER STAGES ALL'ESTERO

Qualora la Direzione Didattica organizzi scambi di classe oppure stages con Paesi stranieri, la Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale previsto in polizza, le spese sostenute per:

- cure ospedaliere rese necessarie da malattia che colpisca l'Assicurato mentre si trova all'estero;
- per il rientro anticipato o posticipato sostenute dall'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia verificatosi all'estero;
- per rientro anticipato dell'Assicurato dovuto a decesso di un familiare;
- per il viaggio di un familiare dell'Assicurato partecipante allo stages reso necessario a seguito di ricovero superiore a 5 giorni consecutivi, dovuto ad infortunio o malattia dell'Assicurato.

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

Art. 10) - PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

A seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, che dovesse comportare la perdita dell'anno scolastico, la Compagnia liquiderà all'Assicurato un importo forfettario pari a **€ 3.000,00**. La perdita dell'anno scolastico e la sua causa devono risultare da dichiarazione rilasciata dall'Istituto Scolastico.

Art. 11) - ATTIVAZIONE DI UNA POLIZZA VITA

Qualora in dipendenza degli eventi assicurati con la presente polizza la Compagnia dovesse liquidare un indennizzo di importo superiore a € 5.000,00 (cinquemila), sarà attivabile, a discrezione del Beneficiario dell'indennizzo stesso, una polizza vita gestita dalla Compagnia nell'ambito del Ramo Vita.

In tale contratto l'indennizzo liquidato, o parte di esso, costituirà il premio unico e, il Beneficiario dell'indennizzo sarà Contraente e/o beneficiario della polizza vita.

PLURIASSETTI

Art. 12) - PERSONE ASSICURATE

L'Istituto Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati.

Per la loro identificazione si farà riferimento alle risultanze dei registri tenuti dal Contraente, il quale si obbliga a dare in visione in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Compagnia di fare accertamenti e controlli.

Resta fermo l'obbligo di effettuare le comunicazioni di cui al successivo **Art.13)**.

Art. 13) - NUMERO DEGLI ASSICURATI

Il Contraente dichiara che, al momento della stipula del presente contratto, gli assicurati sono:

Attività degli assicurati	Numero degli assicurati
Dirigenti	1
Personale docente	110
Personale non docente	28
Studenti	1390
Totale complessivo	1529

Art. 14) - PREMIO ANNUO - MODALITA' DI ADESIONE

Il premio finito annuo per ciascun Assicurato viene pattuito in € _____ (in lettere _____), comprensivo di accessori e imposte, e ciò anche se il periodo di frequenza dovesse risultare inferiore alla durata dell'anno scolastico.

Il versamento del premio deve avvenire in forma cumulativa con parametro il numero complessivo degli assicurati risultanti dai registri tenuti dal Contraente e/o riportati in polizza.

Art. 15) - REGOLAZIONE PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio indicato in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio, fermo l'eventuale premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro sessanta giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente deve comunicare alla Compagnia per iscritto i dati necessari affinché la stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 15 giorni successivi alla comunicazione da parte della Compagnia. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di differenza attiva a favore della Compagnia.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo alla annualità per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione premio, la Compagnia, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri verificatisi nel periodo al quale si riferisce la omessa regolazione.

La Compagnia ha diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

Art. 16) - FLESSIBILITA' DEL 10% SULLA REGOLAZIONE DEL PREMIO

A parziale deroga di quanto riportato all'Art. 15) - REGOLAZIONE PREMIO, qualora alla fine dell'anno scolastico non si riscontri una variazione numerica superiore o inferiore al

10% del numero complessivo degli assicurati dichiarato in polizza, la Società non procederà al conguaglio del premio.

Art. 17) – RIMBORSO NOLEGGIO TAXI

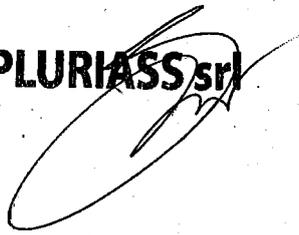
Qualora l'Assicurato, a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, dovesse utilizzare un taxi per ricovero urgente presso pronto Soccorso o Istituto di Cura, la Società rimborserà, dietro esibizione di regolare fattura o ricevuta, l'importo del costo della corsa fino ad un massimo di €. 50,00.

Allegata alla ricevuta/fattura della corsa, L'Assicurato dovrà esibire anche il certificato di Pronto Soccorso o altra documentazione comprovante l'avvenuto ricovero.

Art. 18) – ALTRO

Per quanto non abrogato o modificato dalle presenti Condizioni Particolari valgono le Condizioni Generali di polizza.

PLURIASS srl



PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

330 - CONTAGIO DA VIRUS H.I.V. - Obblighi dell'assicurato relativi alle modalità di accertamento del danno.

L'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato dal virus **HIV** a causa di un evento accidentale ed esterno occorsogli nello svolgimento dell'attività scolastica per la quale è prestata l'assicurazione, **deve** darne notizia entro 5 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento, a mezzo telegramma o fax indirizzato all'Agenzia che gestisce la polizza.

Contemporaneamente deve inviare alla Società, a mezzo raccomandata, descrizione dettagliata dell'infortunio, certificata dall'Ente presso il quale si è verificato l'evento accidentale o per il quale l'assicurato svolge la sua attività.

Entro 10 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test **HIV** presso un centro specializzato indicato dalla Società Assicuratrice.

Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo, l'assicurazione nei suoi confronti cesserà immediatamente ed il premio sarà diminuito dalla prima scadenza annua successiva.

Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test presso il medesimo centro e, se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, entro un anno dalla data di denuncia dell'evento la Società liquiderà l'intera somma assicurata indicata nelle Prestazioni Aggiuntive delle Condizioni Particolari di polizza (art.1) .

Tutte le spese mediche relative al test **HIV** restano a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese verranno rimborsate dalla Società.

L'assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato deve essere identificato, pena la decadenza della garanzia assicurativa, al momento di sottoporsi al test immunologico.

L'assicurato dovrà inoltre sottoscrivere, al momento della denuncia del sinistro, l'apposita "informativa consenso" ai sensi della legge sulla privacy del 31 dicembre 1996, n. 675 .

Il rispetto dei termini della denuncia dell'infortunio e degli altri obblighi sopra indicati è essenziale per la validità della copertura assicurativa e pertanto l'inosservanza dei predetti termini comporta la decadenza da ogni diritto all'indennizzo.

PLURIASS srl

CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente le disposizioni dei sottoelencati articoli il cui testo è parte integrante del presente contratto di assicurazione.

- Art. 1.3** - Dichiarazioni del Contraente
- Art. 1.6** - Altre assicurazioni (in caso di sinistro)
- Art. 1.7** - Tacita Proroga della polizza
- Art. 1.8** - Recesso in caso di sinistro
- Art. 2.8** - Limiti di età
- Art. 2.9** - Persone non assicurabili
- Art. 2.13** - Controversie

Il Contraente si impegna ad informare l'Assicurato, se diverso dalla sua persona, degli obblighi a suo carico gli stessi assume responsabilità e conseguenze.

Il Contraente

La Compagnia **PLURIASS sri**

Polizza Assistenza Scuola

GARANZIA ASSISTENZA SCUOLA BASE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Le seguenti prestazioni vengono erogate in caso di infortunio o malattia a favore dell'Assicurato.

La garanzia non è operante per eventi provocati da guerra, terremoti, alluvioni, maremoti, rischi di energia nucleare.

1.1 INFORMAZIONI SANITARIE

La Centrale Operativa attua un servizio di informazioni sanitarie in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private, ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione, tickets, ecc.);
- assistenza diretta ed indiretta in Italia ed all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia ed all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

1.2 PARERI MEDICI IMMEDIATI

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà, tramite i propri medici, le informazioni ed i consigli richiesti.

1.3 INVIO DI UN MEDICO

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità di prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

Il Contraente

La Compagnia assicuratrice

PLURIASS sri