LOTTO VI

CAPITOLATO DI

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Codice identificativo gara (CIG) 6769791044

La presente polizza è stipulata tra

FONDAZIONE EDMUND MACH
Via E. Mach, 1
38010 – San Michele all´Adige (TN)
P.IVA: 02038410227

e

_____

Decorrenza ore 24.00 del 31.12.2016

Scadenza ore 24.00 del 31.12.2020

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI
Art.1 Definizioni
Art.2 Identificazione degli Assicurati

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE
Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
Art.3 Durata del contratto
Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
Art.4/bis Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base al D.L.vo 136/2010
Art.5 Regolazione del premio
Art.6 Recesso a seguito di sinistro
Art.7 Modifiche dell'assicurazione
Art.8 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
Art.9 Oneri fiscali
Art.10 Foro competente
Art.11 Interpretazione del contratto
Art.12 Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
Art.13 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
Art.14 Coassicurazione e delega
Art.15 Clausola Broker
Art.16 Rinvio alle norme di legge
Art.17 Buona fede

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI
Art.1 Oggetto dell'assicurazione
Art.2 Rimborso spese mediche da infortunio
Art.3 Diaria per ricovero
Art.4 Spese di trasporto a carattere sanitario
Art.5 Rientro sanitario dall'estero
Art.6 Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)
Art.7 Danni estetici
Art.8 Servizio militare
Art.9 Rischio guerra

SEZIONE 4 ESCLUSIONI
Art.1 Esclusioni
Art.2 Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

SEZIONE 5 GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI
Art.1 Denuncia del sinistro e relativi obblighi
Art.2 Criteri di indennizzabilità
Art.3 Controversie
Art.4 Liquidazione dell'indennità
Art.5 Rinuncia all'azione di surroga
Art. 6 Anticipazione indennizzo
Art. 7 Limite di indennizzo

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO
Art.1 Somme assicurate, scoperti e franchigie
Art.2 Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

Art. 1 - Definizioni

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente:	La Fondazione Edmund Mach
Assicurato:	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società:	L'impresa assicuratrice.
Broker:	il mandatario incaricato dall'Assicurato per la gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società, e cioè Assiconsult S.r.l.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità permanente:	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad attendere alle normali occupazioni della vita quotidiana, indipendentemente dalla specifica professione esercitata o meno dall'Assicurato.
Inabilità temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Istituto di cura:	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.

Art. 2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione o nello svolgimento delle attività della Contraente

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 6 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente 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 art. 1892, 1893 e 1894 Cod. Civ..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 Cod. Civ.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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 Cod. Civ, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 Cod. Civ. per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 Cod. Civ.

Art. 3 - Durata del contratto

Il contratto ha durata quadriennale, con effetto alle ore 24.00 del 31.12.2016 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2020 e cesserà irrevocabilmente alla scadenza di detto periodo.

Tuttavia alla Contraente è concessa la facoltà di recedere annualmente dal contratto, senza oneri aggiuntivi e con preavviso di 90 (novanta) giorni.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2016, ancorché il premio venga versato entro i 90 giorni successivi da tale data.

I premi devono essere pagati alla Società o al Broker incaricato.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società dà atto che:

1. l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal contraente ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 18.01.2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del medesimo decreto;
2. il pagamento effettuato dal contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del codice civile nei confronti della Società stessa.

Art. 4 *bis* - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n. 136/2010

1. La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.
2. Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.
3. L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.
Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.
A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.
Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 120 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.
Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.
In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).
Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.
La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 6 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'idennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 180 (centottanta) giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 180 (centottanta) giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente.
In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione
Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo certo (telefax o pec - e.mail o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 9 - Oneri fiscali
Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Foro competente
Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede della Contraente.

Art. 11 - Interpretazione del contratto
Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 12 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.
Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.
E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art. 13 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
La Società alle scadenze semestrali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:
a) sinistri denunciati;
b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
d) sinistri senza seguito;
e) sinistri respinti.
Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 14 - Coassicurazione e delega
Non è consentita la coassicurazione.

Art. 15 - Clausola Broker
Broker incaricato dall'Assicurato, ai sensi di legge e riconosciuto dall'Impresa di assicurazioni per la gestione ed esecuzione della presente polizza è ASSICONSULT S.r.l., Via Esperanto n. 1, Bolzano, RUI n. B000060355.
Il Contraente e l'Impresa si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del broker incaricato. Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di comunicazione ufficiale del broker all'Impresa.
I pagamenti saranno effettuati tramite il broker incaricato della gestione della polizza e tale procedura è accettata dall'Impresa. Il pagamento eseguito in buona fede al broker o ai suoi collaboratori, ai sensi dell'art. 118 del D.L.vo 209/2005 ha effetto liberatorio nei confronti del Contraente e conseguentemente impegna l'Impresa a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.
La remunerazione del broker è a carico dell'Impresa che si aggiudica l'appalto.
La remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso broker, all'Impresa aggiudicataria.

Art. 16 - Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 17 – Buona fede
La mancata comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte o incomplete dichiarazione rese all'atto della stipulazione della polizza, non comporteranno decadenza dal diritto di risarcimento né riduzione dello stesso, semprechè il Contraente o l'Assicurato non abbia agito con dolo.
La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.
La Contraente è esonerata dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici, o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

SEZIONE 3 - RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività istituzionali svolte dalla Contraente, compreso il rischio *in itinere*, che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente o inabilità temporanea

Sono compresi in garanzia:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
3. contatto con corrosivi;
4. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
5. l'annegamento;
6. l'assideramento o congelamento;
7. la folgorazione;
8. i colpi di sole o di calore o di freddo;
9. le lesioni, anche sottocutanee, (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
10. gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
11. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
12. gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
13. gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia, negligenza e inosservanza di norme anche gravi;
14. gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti;
15. gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
16. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
17. gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
18. ernie traumatiche da sforzo, anche addominali e strappi muscolari derivanti da sforzo.

Art. 2 – Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di prestazioni sanitarie, rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 5.200,00 per persona assicurata.

Tale somma indennizzerà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'Assicurato per le spese sostenute in occasione di:

1. onorari dei chirurghi e dell'equipe medica;
2. uso della sala operatoria;
3. rette di degenza in ospedali o cliniche;
4. medicinali prescritti dal medico curante;
5. onorari dei medici;
6. accertamenti diagnostici.

Art. 3 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art. 4 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto con ogni mezzo compresa eliambulanza dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo autoambulanza.

Il rimborso avverrà nei limiti di un massimale pari a € 2.600,00 per evento.

Art. 5 – Rientro sanitario dall'estero

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 2.600,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio

che lo colpiscano nel corso di ogni attività istituzionale prevista e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art. 6 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)
La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 2.600,00.

Art. 7 – Danni estetici
Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 5.200,00 per evento.

Art. 8 – Servizio militare
Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze della Contraente, durante il servizio militare, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.
L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale, nonché quali obiettori di coscienza.

Art. 9 – Rischio guerra
A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

SEZIONE 4 - ESCLUSIONI

Art. 1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 10, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottanta anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Tuttavia, laddove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizione di legge o di contratti collettivi nazionali di lavoro la presente esclusione non troverà applicazione.

SEZIONE 5 - GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 30° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 2 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità 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 derivante dalle condizioni preesistenti.

a) <u>MORTE</u>

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

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

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

b) <u>MORTE PRESUNTA</u>

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

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

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) <u>INVALIDITA' PERMANENTE</u>

a) Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di

accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

b) Invalidità Permanente Parziale

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano) in base alle seguenti percentuali della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato:

	destro	**sinistro**	
- per la perdita totale di un arto superiore	70%	60%	
- per la perdita della mano o dell'avambraccio	60%	50%	
- per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	60%	
- per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	50%	
- per la perdita di un piede	40%	40%	
- per la perdita del pollice	18%	16%	
- per la perdita dell'indice	14%	12%	
- per la perdita del mignolo	12%	10%	
- per la perdita del medio	8%	6%	
- per la perdita dell'anulare	8%	6%	
- per la perdita di un alluce			5%
- per la perdita di ogni altro dito del piede			3%
- per la sordità completa di un orecchio			10%
- per la sordità completa di ambedue le orecchie			40%
- per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio			25%

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulta compresa in garanzia l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile: fino a trenta giorni d'indennità per inabilità temporanea, se tale indennità è contemplata in polizza;
- se non risulta operabile: indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso d'invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente.

L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso di indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute, fino alla concorrenza dell'importo previsto all'art. 2 della Sezione 3.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

Art. 3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

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

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

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competerle per l'art.1916 Cod.Civ. verso i responsabili dell'infortunio.

Art. 6 – Anticipazione indennizzo

In tutti i casi in cui l'infortunio dia luogo ad una invalidità permanente, la Compagnia assicuratrice si obbliga a riconoscere all'assicurato, dietro presentazione dei documenti giustificativi e previa visita da parte del medico fiduciario della Compagnia assicuratrice stessa, un'anticipazione parziale per l'indennizzo, e ciò non prima che siano trascorsi 90 (novanta) giorni dal giorno dell'evento infortunistico. L'anticipazione ha luogo nel caso in cui il grado di invalidità permanente superi l'aliquota del 10% (dieci per cento) ed è limitata nella misura massima di un terzo dell'indennizzo valutabile allo stato, con riserva di successiva revisione e conguaglio.

Art. 7 – Limite di indennizzo

In caso di sinistro che coinvolga più assicurati anche di diverse categorie la Società liquiderà fino ad un massimo indennizzo di € 20.000.000,00.

SEZIONE 6 - SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti
L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate, e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.
Il Contraente si riserva la facoltà di richiedere alla Compagnia aggiudicataria, in sede di comunicazione di aggiudicazione/richiesta emissione del contratto, l'attivazione di tutte o di parte delle categorie assicurate di seguito elencate.

CATEGORIA 1 – STUDENTI E TIROCINANTI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato -
1. studente iscritto o frequentante la scuola, che alla conclusione dell'anno scolastico e formativo frequentato abbiano un età superiore ai venti anni (anche di nazionalità estera)
2. studente universitario, corsista, borsista, tirocinante, dottorandi e figure a queste assimilabili di qualsiasi età

- subisca durante la partecipazione all'attività istituzionalmente organizzata dalla Fondazione senza eccezione alcuna.

A puro titolo esemplificativo e non limitativo sono coperti gli infortuni subiti durante la partecipazione ad iniziative o manifestazioni, corsi, stages, tirocini, durante la frequenza, permanenza e trasferimento da struttura a struttura sia in Italia che all'estero; rientrano in garanzia tutti gli infortuni occorsi nelle medesime circostanze di cui sopra anche quanto accaduti presso aziende private o presso strutture pubbliche equiparabili, omologhe, assimilabili o collegate, attraverso cui si esplica l'attività istituzionale dell'Istituto scolastico.
S'intende compreso il rischio in itinere.

Persone assicurate:
studente iscritto o frequentante la scuola, corsista, borsista, dottorando, tirocinante e figure a queste assimilabili che alla conclusione dell'anno scolastico e formativo frequentato abbiano un età superiore ai venti anni (anche di nazionalità estera)

Capitali Assicurati
L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Morte	€	260.000,00
Invalidità Permanente	€	260.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio	€	5.200,00
Diaria da ricovero	€	52,00

Premio anticipato: calcolato su n. 300 (centotrenta) studenti

Regolazione: sulla base del numero effettivo degli studenti

CONDIZIONE SPECIALE VALIDA PER CATEGORIA STUDENTI

Rimborso spese mediche da infortunio
In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 12.000,00 per assicurato.
Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'assicurato per le spese sostenute in occasione di:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe medica
- uso della sala operatoria
- rette di degenza in ospedali o cliniche
- medicinali prescritti dal medico curante
- onorari dei medici
- accertamenti diagnostici
- trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica o medico specialista
- esami di laboratorio
- cure e visite mediche
- cure di rieducazione, riabilitazione ecc.
- Rimborso spese occhiali
- Rimborso spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, con il limite per sinistro di € 2.600,00

S'intendono comprese anche le spese sostenute per la sostituzione di occhiali o lenti a contatto danneggiate durante l'attività scolastica **a seguito di infortunio** sino ad un massimo di € 520,00 per assicurato, con il limite di € 155,00 per la montatura.
La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.
Le spese sostenute all'estero saranno rimborsate in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'assicurato.

Nota bene: in alternativa al rimborso delle spese dentarie e/o per apparecchi ortodontoci sostenute e documentate, qualora la cura non possa essere immediatamente effettuata e/o si protragga nel tempo, è possibile optare per un indennizzo forfettario pari a € 1.000,00 per ogni dente rotto, scheggiato o comunque danneggiato a seguito dell'infortunio, fermo il limite di indennizzo di € 12.000,00**.**

CATEGORIA 2 - CONDUCENTI E TRASPORTATI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Assicurazione è valida per i conducenti ed i trasportati dei veicoli costituenti il parco mezzi di proprietà del Contraente.

Il trasporto di persone è limitato ai soggetti che a qualunque titolo operino per conto della Fondazione.

Capitali Assicurati
L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Morte	€	260.000,00
Invalidità Permanente	€	260.000,00
Inabilità Temporanea	€	26,00

Premio anticipato: n. 100 (novanta) mezzi di proprietà del Contraente;

Regolazione: sulla base del numero effettivo dei mezzi di proprietà del Contraente;

CATEGORIA 3 - COLLABORATORI / CONSULENTI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per gli Infortuni subiti dagli Assicurati che, con contratto scritto di collaborazione, frequentano la Fondazione in qualità di tecnici, consulenti, istruttori o altre figure assimilabili, nonché i membri esterni dei componenti gli organi del Comitato Scientifico, del Comitato di Istruzione per la formazione e del Comitato di Certificazione, compresi ex alunni che collaborano a qualunque titolo alle attività organizzate dalla Fondazione Contraente.

S'intende compreso il rischio in itinere.

Capitali Assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Morte	€	260.000,00
Invalidità Permanente	€	260.000,00

Premio: flat – categoria non soggetta alla regolazione del premio a fine annualità assicurativa

A titolo informativo si precisa che le giornate di presenza ammontano a ca. 750 all'anno.

CATEGORIA 4 - AMMINISTRATORI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati:

- componenti il Consiglio di Amministrazione compreso il Presidente, i componenti il Comitato di Certificazione ed i Revisori della Fondazione;

nello svolgimento delle mansioni svolte per conto dell'Istituto/Agenzia di appartenenza quali: partecipazione a riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, compreso il rischio in itinere.

Capitali Assicurati
L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Morte	€	260.000,00
Invalidità Permanente	€	260.000,00

Persone assicurate: - n° 15 (quindici) persone componenti il Consiglio di Amministrazione compreso il Presidente ed i Revisori della Fondazione;

Premio lordo procapite: € ……..

CATEGORIA 5 - DIRIGENTI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali subiti dagli Assicurati: Dirigenti della Contraente, compreso il rischio in itinere.

CAPITALI ASSICURATI
L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Morte 5 volte la R.A.L. con il massimo di € 800.000,00
Invalidità Permanente 6 volte la R.A.L. con il massimo di € 900.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio € 5.000,00

Premio anticipato: calcolato su preventivo retribuzioni € 300.000,00

Regolazione: sulla base delle retribuzioni a consuntivo

Premio annuo lordo: € …….

BENEFICIARI
Eredi legittimi o testamentari

FRANCHIGIE
non si applica alcuna franchigia

Si prende atto che il premio annuo lordo è così suddiviso:
Rischi Professionali 50%
Rischi Extraprofessionali 50%