

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**

La presente polizza è stipulata tra

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Piazza Dante, 15
38122 TRENTO
P.IVA 00337460224

e

Decorrenza ore 24.00 del 30.06.2015

Scadenza ore 24.00 del 30.06.2017 con facoltà di proroga di 1 (uno) ulteriore anno

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 e proroga del contratto
- Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art.4 bis Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n. 136/2010
- Art.5 Regolazione del premio
- Art.6 Recesso a seguito di sinistro – Rinuncia
- 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 Clausola Broker
- Art.15 Rinvio alle norme di legge

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione
- Art.2 Rimborso spese mediche da infortunio
- Art.3 Diaria per ricovero
- Art.4 Inabilità temporanea
- Art.5 Rientro sanitario (valido in Italia e all'estero)
- Art.6 Rimpatrio salma (valido in Italia e all'estero)
- Art.7 Danni estetici
- Art.8 Rischio aeronautico
- Art.9 Servizio militare
- Art.10 Rischio guerra

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

- Art.1 Esclusioni
- Art.2 Limiti di età

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 Anticipazione indennizzo
- Art.6 Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza
- Art.7 Rinuncia all'azione di surroga

SEZIONE 6 CATEGORIE E CAPITALI ASSICURATI, CALCOLO DEL PREMIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Art. 1 - Definizioni

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente:	La Provincia Autonoma di Trento
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 nonché le coassicuratrici;
Broker:	RTI Marsh S.p.A. – Eurorisk Srl – Sapri Broker Srl, quale mandatario incaricato dall'Assicurato per la gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
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 un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata 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 all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

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

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare preventivamente l'esistenza di altre assicurazioni infortuni e malattia.

Art. 3 - Durata e proroga del contratto

Il contratto ha la durata di anni 2 (due), con effetto alle ore 24.00 del 30.06.2015 e scadenza alle ore 24.00 del 30.06.2017 con facoltà di proroga di 1 (uno) ulteriore anno.

Tuttavia al Contraente è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale, con lettera raccomandata da inviarsi tre mesi prima di ciascuna scadenza annuale.

E' inoltre facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 (centottanta) giorni decorrenti dalla scadenza.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio iniziale venga versato entro i 120 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 120° giorno dopo quello della decorrenza sopra riportata per il premio iniziale o dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della decorrenza per le scadenze successive, e riprende vigore dalle ore 24 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 effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del 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 c.c. nei confronti della Società stessa.

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

- a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.
- b) 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.

- c) 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.

- d) 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 60 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 – Rinuncia

La Società rinuncia al diritto di recedere dall'assicurazione dopo ciascun sinistro.

La stessa potrà esercitare il diritto di recesso con preavviso di 120 (centoventi) giorni al termine di ciascuna annualità assicurativa.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

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 (telex 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 del Contraente anche se il pagamento ne 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 del Contraente.

Art. 11 - Responsabilità del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di causa sostenute dal Contraente.

Art. 12 - 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. 13 - 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. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

Entro 90 giorni dal termine di ogni annualità ed in qualsiasi momento a semplice richiesta, la Società si impegna a fornire il dettaglio dei sinistri, con riferimento a:

- 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.

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 il RTI Marsh S.p.A. – Eurorisk S.r.l. – Sapri Broker S.r.l.

Il Contraente e la Società 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.lgs. 209/2005 ha effetto liberatorio nei confronti del Contraente e conseguentemente impegna la Società a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto. Le commissioni riconosciute al Broker incaricato sono in misura del 5%.

Art. 16 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, che abbiano per conseguenza la morte o un'inabilità permanente.

Si ritengono automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai seguenti artt. 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

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 (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 e negligenza 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, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
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 addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
19. ernie traumatiche.

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 risarcirà, 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;
7. trasporto dell'Assicurato in ospedale o clinica o presidio medico più vicino;
8. esami di laboratorio;
9. cure e visite mediche;
10. cure di rieducazione, riabilitazione ecc.

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 moneta corrente al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato.

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 per un massimo di 365 giorni, 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.

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

Art. 4 – Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle proprie occupazioni a causa di evento garantito in polizza.

Per ogni giorno la Società corrisponderà una somma, per le categorie e nei termini previsti alla Sez. 6, per un massimo di 365 giorni. Tale somma è cumulabile con le altre garanzie previste dalla presente polizza.

Art. 5 – Rientro sanitario (valido in Italia e all'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 una missione o viaggio disposto dal Contraente 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 al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, 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 € 2.500,00 per evento.

Art. 8 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- € 1.550.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 1.550.000,00 per il caso morte

per persona e di:

- € 5.200.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 5.200.000,00 per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 9 – Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze del Contraente, durante il servizio militare di leva, 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. 10 – 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, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
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 – Limiti di età

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto all'art. 2 della Sez. 5. della presente polizza.

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 80 anni.

Per le persone che raggiungano tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.

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 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 a mezzo telefax e/o telegramma.

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) MORTE

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) MORTE PRESUNTA

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) INVALIDITA' PERMANENTE

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 percentuali previste dalla *Tabella INAIL* di cui all'Allegato 1 al DPR 30.06.1965 n. 1124.

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 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.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per cause indipendenti dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, 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 morisse, la società corrisponderà la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte - ove questa fosse superiore - e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 5 – 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. 6 – Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza

Il pagamento dell'indennizzo si effettua:

1. in caso di morte, non oltre 30 giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili,
2. in caso di invalidità permanente, non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito al grado di invalidità;
3. in caso di invalidità temporanea, non oltre 30 gironi dopo l'accordo delle parti in merito all'importo dovuto.

Art. 7 - 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.

SEZIONE 6 CATEGORIE E CAPITALI ASSICURATI, CALCOLO DEL PREMIO

6.1. Commissioni Valanghe

1. Oggetto dell'Assicurazione

La garanzia prestata dalla presente polizza vale esclusivamente per gli infortuni subiti dai componenti delle Commissioni Locali per le Valanghe, durante lo svolgimento dei compiti e funzioni loro affidati, che consistono - oltre che in quelli di natura consultiva nei confronti del Sindaco per i provvedimenti che lo stesso dovrà adottare in relazione ai fenomeni nivo-meteorologici e dal pericolo di caduta di valanghe su centri abitati, opere ed impianti pubblici - in funzioni di controllo nell'ambito territoriale del Comune cui fanno capo, in ordine alla stabilità del manto nevoso e quindi al pericolo delle valanghe.

Detti controlli si esplicano anche mediante ricognizioni sul posto. Il periodo dell'anno in cui le Commissioni svolgono la loro attività prevalente va dal 15 novembre al 31 maggio dell'anno successivo, senza peraltro escludere l'operatività nel rimanente periodo dell'anno.

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	260.000,00
Invalidità Permanente	260.000,00
Inabilità temporanea	26,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso spese mediche	5.200,00

3. Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 237 Componenti delle Commissioni Valanghe.

4. Regolazione

Sulla base del numero effettivo dei componenti delle Commissioni Locali per le Valanghe.

6.2 Utenti del Sistema Educativo Provinciale

1. Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante la frequenza scolastica e la partecipazione alle attività istituzionalmente organizzate dagli Istituti scolastici, dai Comprensori e/o dai Comuni, senza eccezione alcuna. Rientrano nella presente categoria gli studenti del sistema educativo provinciale che alla conclusione dell'anno scolastico e formativo frequentato abbiano un'età non superiore ai venti anni e rientranti nelle tipologie di seguito elencate:

1. i bambini e le bambine che frequentano la scuola dell'infanzia provinciale ed equiparata;
2. gli studenti residenti in Provincia di Trento che frequentano le istituzioni scolastiche e formative del Sistema Educativo Provinciale;
3. gli studenti non residenti in Provincia di Trento che frequentano anche temporaneamente le istituzioni scolastiche e formative del Sistema Educativo Provinciale.

La copertura assicurativa riguarda specificatamente i seguenti rischi:

1. infortuni sofferti durante la frequenza dei percorsi di istruzione e formazione professionale, nonché durante la partecipazione a manifestazioni ed attività, previste dalla programmazione educativa di carattere culturale, sportivo e ricreativo, organizzate direttamente dall'istituzione scolastica e formativa o da altri soggetti, ovvero presso imprese, ivi compreso il tragitto e l'eventuale trasporto da casa alla sede di svolgimento delle predette attività e manifestazioni e viceversa;
2. infortuni sofferti nell'ambito del servizio di mensa e, limitatamente agli studenti della formazione professionale, di convivito;
3. infortuni sofferti da studenti portatori di handicap frequentanti centri educativi o terapeutici, che utilizzano servizi di trasporto istituiti ai sensi dell'art. 12 della L.P. 9 luglio 1993, n. 16.

Qualora gli studenti del Sistema Educativo partecipino a stage aziendali, tirocini formativi oppure periodi di vacanza studio organizzati dalle istituzioni frequentate, la copertura assicurativa è garantita per l'intera durata dell'evento e 24 ore su 24.

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	260.000,00
Invalidità Permanente	260.000,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso spese mediche	5.200,00

3. Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 89.570 alunni.

4. Regolazione

Sulla base del numero effettivo degli alunni iscritti.

5. Condizioni valide per la presente categoria

Termini per la denuncia dei sinistri

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1 della Sez. 5, il termine per la denuncia dei sinistri si intende aumentato a mesi 6 (sei).

La denuncia dovrà essere corredata dal certificato medico attestante l'infortunio attestante l'infortunio rilasciato al momento dell'accadimento e dall'ulteriore certificazione medica attestante la presumibile esistenza di postumi invalidanti derivanti dall'infortunio stesso, postumi che potranno essere accertati nei termini previsti dall'art. 2 della Sez. 5.

Il termine previsto al precedente comma 1 sarà applicato anche alla garanzia Rimborso spese mediche da infortunio, per la quale il Contraente procederà ad inoltrare la denuncia soltanto per le spese sostenute, documentante e rimborsabili di importo superiore alla franchigia per sinistro contrattualmente prevista.

Rimborso spese mediche da infortunio

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 2 della Sez. 3, si intendono compresi in garanzia:

1. il rimborso delle 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;
2. il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, con il limite per sinistro di € 2.600,00; in alternativa al rimborso delle spese dentarie e/o per apparecchi ortodontici 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 €2.600,00.

La garanzia *Rimborso spese mediche da infortunio* è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per sinistro.

Diaria da ricovero

La garanzia è prestata nei termini previsti dall'art. 3 della sez.3, con l'applicazione di una franchigia di 2 (due) giorni.

6.3 Minori ed Adulti in affido

1. Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato (minori ed adulti) subisca durante il periodo di accoglimento e/o affidamento (24 ore su 24) promosso per iniziativa del Servizio Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Trento. S'intende compreso il rischio *in itinere*.

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	260.000,00
Invalità Permanente	260.000,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso spese mediche	5.200,00

3. Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 300 persone.

4. Regolazione

Sulla base del numero effettivo dei Minori ed Adulti in affido.

5. Condizioni valide per la presente categoria

Rimborso spese mediche da infortunio

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 2 della Sez. 3, si intendono compresi in garanzia:

1. il rimborso delle 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;
2. il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, con il limite per sinistro di € 2.600,00; in alternativa al rimborso delle spese dentarie e/o per apparecchi ortodontici 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 €2.600,00.

La garanzia *Rimborso spese mediche da infortunio* è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per sinistro.

Diaria da ricovero

La garanzia è prestata nei termini previsti dall'art. 3 della sez.3, con l'applicazione di una franchigia di 2 (due) giorni.

6.4 Giovani in servizio civile

1. Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato (giovani in servizio civile) subisca durante il servizio civile (24 ore su 24) promosso per iniziativa della Provincia Autonoma di Trento.

S'intende compreso il rischio *in itinere*.

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	260.000,00
Invalità Permanente	260.000,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso spese mediche	5.200,00

3. Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 199 persone.

4. Regolazione

Sulla base del numero effettivo di Giovani in Servizio Civile.

5. Condizioni valide per la presente categoria

Rimborso spese mediche da infortunio

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 2 della Sez. 3, si intendono compresi in garanzia:

1. il rimborso delle 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;
2. il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, con il limite per sinistro di € 2.600,00; in alternativa al rimborso delle spese dentarie e/o per apparecchi ortodontici 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 €2.600,00.

La garanzia *Rimborso spese mediche da infortunio* è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per sinistro.

Diaria da ricovero

La garanzia è prestata nei termini previsti dall'art. 3 della sez.3, con l'applicazione di una franchigia di 2 (due) giorni.

6.5 Bambini ospiti del Centro per l'infanzia

1. Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato (bambini ospiti del centro per l'infanzia) subisca durante il periodo di assistenza da parte del Centro per l'Infanzia della Provincia Autonoma di Trento (24 ore su 24).

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	260.000,00
Invalità Permanente	260.000,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso spese mediche	5.200,00

3. Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 42 bambini .

4. Regolazione

Sulla base del numero effettivo di Bambini.

5. Condizioni valide per la presente categoria

Rimborso spese mediche da infortunio

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 2 della Sez. 3, si intendono compresi in garanzia:

1. il rimborso delle 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;
2. il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, con il limite per sinistro di € 2.600,00; in alternativa al rimborso delle spese dentarie e/o per apparecchi ortodontici 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 €2.600,00.

La garanzia *Rimborso spese mediche da infortunio* è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per sinistro.

Diaria da ricovero

La garanzia è prestata nei termini previsti dall'art. 3 della sez.3, con l'applicazione di una franchigia di 2 (due) giorni.

6.6 Progetti speciali

1. Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni, che l'Assicurato (partecipanti ai progetti di mobilità promossi con contributo finanziario comunitario ed attuati dal Servizio Europa - Ufficio Fondo Sociale Europeo) subisca, durante l'intero progetto (24 ore su 24)

S'intende compreso il rischio in itinere.

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	260.000,00
Invalidità Permanente	260.000,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso spese mediche	5.200,00

3. Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 90 assicurati

4. Regolazione

Sulla base del numero effettivo dei partecipanti ai progetti.

5. Condizioni valide per la presente categoria

Rimborso spese mediche da infortunio

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 2 della Sez. 3, si intendono compresi in garanzia:

1. il rimborso delle 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;
2. il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, con il limite per sinistro di € 2.600,00; in alternativa al rimborso delle spese dentarie e/o per apparecchi ortodontici 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 €2.600,00.

La garanzia *Rimborso spese mediche da infortunio* è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per sinistro.

Diaria da ricovero

La garanzia è prestata nei termini previsti dall'art. 3 della sez.3, con l'applicazione di una franchigia di 2 (due) giorni.

6.7 Addetti impianti a fune e piste di sci

1. Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per gli Infortuni subiti dagli Assicurati (dipendenti incaricati a qualunque titolo della vigilanza tecnica e sorveglianza degli impianti a fune e delle piste di sci) nell'esercizio del loro incarico, compreso il rischio itinere.

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	260.000,00
Invalità Permanente	260.000,00

3. Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 22 persone

4. Regolazione

Sulla base del numero effettivo delle persone.

6.8 Addetti carro ponte

1. Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati (persone non dipendenti del Contraente) che, in numero massimo di tre persone alla volta possono trovarsi sul carro ponte BARIN Mod. ABC 10, montato su autocarro, durante operazioni di verifica e controllo dei ponti stradali.

L'utilizzo del carro ponte è previsto per un numero non superiore ai 60 giorni/anno

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	520.000,00
Invalidità Permanente	520.000,00
Inabilità temporanea	52,00

3. Calcolo premio

Il premio anticipato è calcolato su n. 3 persone

4. Regolazione

La categoria non è soggetta a regolazione premio.

4. Condizioni valide per la presente categoria – Franchigie

Sulla parte di somma assicurata sino a € 260.000,00 l'indennità per invalidità permanente è dovuta senza applicazione di franchigie.

Sulla parte in eccesso a € 260.000,00 non è dovuta alcuna indennità per invalidità permanente pari o inferiore al 5%.

Per inabilità temporanea è prevista una franchigia di 5 giorni e un massimo di 60 giorni.

6.9 Personale addetto al Servizio Cassa ed Economato

1. Oggetto dell'Assicurazione

La presente copertura opera in caso di infortunio conseguente ad aggressione o violenza a scopo di rapina o estorsione, anche all'esterno degli uffici della Contraente.

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	260.000,00
Invalità Permanente	260.000,00

3. Calcolo premio

Il premio anticipato è calcolato su un numero complessivo **di 56 persone**, così ripartite:

- Ufficio Previdenza e Stipendi, 3 persone;
- Servizio Catasto, 44 persone;
- Castello del Buonconsiglio, 9 persone.

4. Regolazione

Sulla base del numero effettivo delle persone.

6.10 Guidatori e trasportati

1. Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione è valida per i guidatori ed i trasportati degli automezzi costituenti il parco autoveicoli di proprietà del Contraente.

Il trasporto di persone è limitato a soggetti che a qualunque titolo operino per conto della Provincia Autonoma di Trento.

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	260.000,00
Invalidità Permanente	260.000,00
Inabilità temporanea	52,00
Diaria da ricovero a seguito di infortunio	52,00

3. Calcolo premio

Il premio anticipato è calcolato su 1.297 mezzi di proprietà del Contraente.

4. Regolazione

Sulla base del numero effettivo dei mezzi.

6.11 Medici tirocinanti

1. Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione è valida per gli infortuni che gli assicurati possono subire durante lo svolgimento del tirocinio teorico-pratico per la formazione in medicina generale ai sensi del decreto legislativo 368/99 e s.m., compreso il rischio in itinere.

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	260.000,00
Invalità Permanente	260.000,00

3. Calcolo premio

Il premio anticipato è calcolato su 52 persone.

4. Regolazione

Sulla base del numero effettivo di persone.