



Polizza n° IAH0012493

Decorrenza dalle ore 24 del 28/02/2017 e scadenza alle ore 24 del 28/02/2021

Contratto d'assicurazione infortuni a favore dei bambini delle scuole materne, delle alunne e degli alunni delle scuole di ogni ordine e grado della Provincia di Bolzano

Stipulato tra

Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige
C.F. e P.Iva: 00390090215
Palazzo provinciale nr. 7, Via Andreas Hofer, 18
39100 Bolzano (BZ)

e

AIG EUROPE LIMITED – Rappresentanza Generale per l'Italia
C.F. e P.Iva: 08037550962
Via Della Chiusa, 2
20123 Milano (MI)



AIG Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia - Via della Chiusa, 2 - 20123 Milano

Tel: +39 02 36901, Fax: +39 02 3690222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano / C.F. / P.I. 08037550962 - REA Milano n. 1999051

Sede Secondaria di AIG Europe Limited - Registrata in Inghilterra e nel Galles con il numero 01486260

Sede legale: The AIG Building, 58 Fenchurch Street, Londra EC3M 4AB, Regno Unito - Capitale Sociale Sterline 197.118.479

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 Rinvio alle norme di legge
- Art.15 Trattamento dei dati
- Art.16 Estensione territoriale
- Art.17 Clausole vessatorie

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione
- Art.2 Danni estetici
- Art.3 Rimborso spese mediche e farmaceutiche e di trasporto
- Art. 3 bis Rimborso spese dentarie
- Art.4 Rischio aeronautico

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 CATEGORIA ASSICURATA, CAPITALI ASSICURATI, SOTTOLIMITI, FRANCHIGIE E CALCOLO DEL PREMIO

- Art. 1 Somme assicurate, franchigie e scoperti
- Art. 1.1 Utenti del Sistema Educativo Provinciale
- Art. 2 Capitali assicurati
- Art. 3 Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione



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 Bolzano.
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.
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 la categoria riportata alla Sezione 6 della presente polizza, per la quale 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.



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 quattro, con effetto dalle ore 24.00 del 01/03/2017 e scadenza alle ore 24.00 del 28/02/2021.

Alle Parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale, con lettera raccomandata da inviarsi almeno 180 (centottanta) giorni prima di ciascuna scadenza annuale.

L'Assicurazione cessa alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta da nessuna delle parti.

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 60 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della decorrenza sopra riportata per il premio iniziale o dalle ore 24 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 dell'Assicuratore al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 l'Assicuratore 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 Assicuratore 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 90 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 90 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 180 (centottanta) 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 tramite posta certificata (PEC) o altro mezzo certo (telex, lettera raccomandata) indirizzata alla Società.

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 - 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, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

- il numero identificativo attribuito dalla Società (in formato "numero");
- la data del sinistro (in formato "data");
- la data di accadimento dell'evento se non coincidente con quella del sinistro (in formato "data");
- la descrizione dettagliata dell'evento (in formato "testo");
- lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia) (in formato "testo");
- l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Società) (in formato "valuta");
- l'importo liquidato dalla Società a titolo d'indennizzo (in formato "valuta");
- la data di avvenuto pagamento (in formato "data").

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti il suo rapporto contrattuale con la Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 14 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 15 - Trattamento dei dati

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 16 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per mondo intero.

Art. 17 - Clausole vessatorie

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società offerente, che dovrà provvedervi entro e non oltre la data di effetto della polizza.

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'invalità permanente.

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 - 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. 3 - Rimborso spese mediche e farmaceutiche e di trasporto

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, nonché delle spese farmaceutiche rese necessarie a seguito dell'infortunio. Sono inoltre incluse le spese a carico dell'Assicurato per il trasporto in ambulanza o con qualsiasi altro mezzo pubblico o privato anche con l'elicottero. Inoltre sono comprese come sottolimito il rimborso delle spese sostenute per la sostituzione di occhiali o lenti a contatto danneggiate a seguito di infortunio, sino ad un massimo di € 500,00 per Assicurato, con il limite di € 200,00 per la montatura. Le garanzie sono prestate con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per sinistro.

Art. 3 bis - Rimborso delle spese dentarie

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, per parcelle mediche, accertamenti diagnostici in genere. La garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per sinistro.

Art. 4 - 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 aeroclub.



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:

- € 300.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 150.000,00 per il caso morte

per persona e di:

- € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 5.000.000,00 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.

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 75 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 provocato (descrizione della dinamica dell'incidente), dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata 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.

Se si tratta di alunno la denuncia va compilata dall'insegnante o da chi aveva la responsabilità dell'alunno o dell'alunna nel momento in cui si è verificato l'infortunio utilizzando l'apposito modulo. La denuncia dell'infortunio deve essere firmata anche da chi esercita la patria potestà sull'assicurato e va inoltrata al legale rappresentante dell'istituzione scolastica, che provvederà ad inoltrarla alla Società.

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 scritto alla Società entro 48 (quarantotto) ore.

L'assicurato, i suoi famigliari o gli aventi diritto, devono permettere alla Società di eseguire tutti i controlli medici, le ricerche o gli esami sull'infortunio che essa ritenga indispensabili.

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.

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 Società si obbliga a riconoscere all'Assicurato, dietro presentazione dei documenti giustificativi e previa visita da parte del medico fiduciario della Società 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.

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 competere per l'art.1916 Cod.Civ. verso i responsabili dell'infortunio.



SEZIONE 6 CATEGORIA ASSICURATA, CAPITALI ASSICURATI, SOTTOLIMITI, FRANCHIGIE 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 alla categoria qui di seguito evidenziate e per le garanzie e massimali specifici.

Art. 1.1 - Utenti del Sistema Educativo Provinciale

1) L'assicurazione vale per gli infortuni subiti da bambini, alunni e alunne (di seguito denominati "alunne e alunni") iscritti e frequentanti le scuole dell'infanzia sia pubbliche che convenzionate, le scuole elementari e secondarie di I° grado e II° grado sia pubbliche che paritarie, le scuole professionali, le scuole agrarie, forestali e le scuole di economia domestica nella provincia di Bolzano, nonché dagli alunni e alunne dell'Istituto per l'educazione musicale in lingua tedesca e ladina (tutte le scuole qui citate, di seguito sono denominate scuole) e dagli alunni e alunne che su autorizzazione del competente dirigente o direttore partecipano temporaneamente come ospiti alle attività scolastiche oppure ad uno scambio interscolastico, dove risultano coperti dalla garanzia sia gli alunni italiani che eventuali ospiti stranieri, per le iniziative ed attività di seguito indicate.

2) La garanzia è prestata anche per quei soggetti che frequentano eventi formativi e di aggiornamento professionale e di maestro artigiano.

La garanzia assicurativa è prestata per le seguenti attività (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- a) attività svolte nell'orario delle lezioni, comprese la ricreazione, le esercitazioni ginniche e ginnico-sportive, sia esse mattutine che pomeridiane o serali;
- b) il tempo dedicato alle refezioni;
- c) il tempo di presenza nelle scuole o in altri luoghi, anche oltre l'orario normale di lezione, per lo svolgimento di attività ricreative, linguistiche, musicali, corali, ginnico-sportive, anche agonistiche e durante gite, passeggiate ed escursioni;
- d) durante la permanenza nei collegi di proprietà della Provincia o direttamente gestita da essa;
- e) durante le visite guidate, i viaggi d'istruzione ed in generale durante qualsiasi attività inter-extra-parascolastica;
- f) durante la preparazione, gli allenamenti e le gare dei giochi sportivi studenteschi e le manifestazioni sportive, anche agonistiche, nell'areale scolastico, nell'ambito della rete di scuola, a livello distrettuale, provinciale o nazionale in orario scolastico od extrascolastico, promossi ed organizzati dalle autorità scolastiche, dall'Amministrazione provinciale o dalla Federazione Internazionale degli sport scolastici. – Tali attività devono svolgersi con la guida di insegnanti ed istruttori, che devono necessariamente dipendere dall'amministrazione scolastica o provinciale (esempi: maestri di sci, di nuoto, di tennis);
- g) durante i corsi di guida organizzati all'interno delle scuole ai sensi dell'articolo 116 del decreto legislativo n. 285 del 30/04/1992 e della deliberazione della Giunta provinciale n. 4827 del 22/12/2003;
- h) durante le funzioni religiose connesse con l'attività scolastica ed inter-, para- o extrascolastica, che si svolgono nell'ambito delle scuole, purché promosse ed organizzate dalle stesse;
- i) durante il percorso dall'abitazione alla scuola e viceversa, alla refezione scolastica, al doposcuola, alla chiesa dove si svolgono le funzioni religiose connesse con l'attività scolastica, o extrascolastica, ai luoghi ed impianti sportivi, alla sede dove hanno luogo i corsi e le competizioni sportive scolastiche, da casa o da scuola all'Azienda Sanitaria oppure agli istituti di cura, sanitari o riabilitativi delle funzioni psicomotorie e sensoriali;
- j) durante tutte le attività di sostegno e sorveglianza in orario extrascolastico in conformità all'articolo 16 della LP n. 7/74, purché vengano effettuate da scuole dell'infanzia e dalle scuole;
- k) rientrano altresì nell'assicurazione gli infortuni provocati alle persone partecipanti di cui alle leggi provinciali n. 45/76, n. 5/87 e n. 18/88 (iniziative di formazione, apprendimento della seconda lingua e di lingue straniere) da accompagnatori, coordinatori, insegnanti, personale scolastico nel caso di partecipazione ad attività scolastica in scuole della provincia di Bolzano, da famiglie ospitanti e da persone (compresi i familiari) incaricate anche temporaneamente od occasionalmente di accompagnare, assistere e sorvegliare le suddette persone;
- l) nonché durante la permanenza presso l'Azienda Sanitaria oppure presso istituti di cura, sanitari o riabilitativi delle funzioni psicomotorie e sensoriali per il tempo necessario agli accertamenti diagnostici, agli interventi terapeutici, e agli esercizi riabilitativi;
- m) durante il percorso alle altre strutture e ai luoghi di ritrovo per ogni altra attività programmata dalla scuola o viceversa;
- n) durante lo svolgimento di tirocini scolastici anche all'esterno della scuola;
- o) qualsiasi ulteriore attività scolastica organizzata o anche solo in parte organizzata dall'Amministrazione provinciale o da terzi che perseguono uno scopo educativo od agonistico;
- p) qualsiasi attività degli organi scolastici provinciali in cui sono rappresentati gli alunni e le alunne.

I tragitti citati nel presente articolo possono essere percorsi a piedi o con qualsiasi altro mezzo pubblico o privato. Sono coperti dall'assicurazione anche gli infortuni che avvengono durante il trasporto oppure all'atto di salire o scendere dai mezzi di trasporto.

Le attività di cui al presente articolo, ed in generale qualsiasi attività scolastica ed inter- extra- o parascolastica o connessa alla partecipazione in qualsiasi forma alla vita scolastica, devono essere promosse od organizzate da organi scolastici competenti direttamente o tramite terzi.

Si conviene fra le parti che la garanzia si intende estesa agli infortuni occorsi ai partecipanti a corsi, viaggi, soggiorni od altre iniziative in genere per l'incentivazione di lingue straniere, nonché della seconda lingua, inclusi i corsi settimanali intensivi, organizzati e promossi in Italia ed all'estero direttamente o tramite terzi dalla Provincia Autonoma di Bolzano (ai sensi delle leggi provinciali n. 45/76, n. 5/87 e n. 18/88);

q) la garanzia assicurativa si estende sui partecipanti di corsi, corsi formativi, convegni e esami, i quali si svolgono nell'ambito della formazione professionale e di maestro artigiano e su base delle seguenti leggi provinciali: LP 29/1977, LP 40/1992, LP 1/2008, LP 58/1988, LP 7/2000;

la protezione assicurativa vale per le seguenti attività:

1. durante i corsi e gli esami, i quali si tengono nelle scuole professionali provinciali o in altre strutture pubbliche e private, inclusi officine, laboratori, cucine, altri locali dove si svolge l'attività e cantieri di pratica;
2. durante viaggi studio, gite scolastiche e lezioni outdoor sul territorio o all'estero;
3. durante lo svolgimento di tirocinio o praticantato curricolare sul territorio o all'estero.

Art. 2 - Capitali assicurati

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

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	50.000,00
Invalità Permanente dal 3% al 20%	50.000,00
Invalità Permanente oltre il 20% e fino al 40%	100.000,00
Invalità Permanente oltre il 40% e fino al 100%	150.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche e di trasporto	10.000,00
Rimborso delle spese dentarie	10.000,00

Invalità Permanente

Relativamente alla garanzia invalidità permanente, a parziale deroga dell'art. 2 sezione 5, si precisa che il capitale assicurato è soggetto alle franchigie indicate nella tabella riportata al punto 2 della presente Sezione.

Rimborso spese mediche da infortunio

Le garanzie descritte all'art.3 sezione 3 (Rimborso spese mediche e farmaceutiche e di trasporto) si intende operante con il massimale previsto nella tabella anzidetta all'art. 2 è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per sinistro.

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 € 500,00 per Assicurato, con il limite di € 200,00 per la montatura;
2. il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, con il limite per sinistro di € 10.000,00; 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 € 10.000,00.



Art. 3 - Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per categoria assicurata sulla base dei tassi e premi sotto riportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.5 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone assicurate.

TABELLA "SCOMPOSIZIONE DEL PREMIO"

Categoria	Base calcolo premio	Premio lordo per unità	Premio Lordo Totale Anticipato
Art. 1.1 Utenti del Sistema Educativo Provinciale	Numero preventivo alunni/allievi 85.000 (ottantacinquemila)	Euro 3,4577	Euro 293.904,00