



Polizza Infortuni Istituti Scolastici

L'AQUILA - 07363

Agenzia

07363

Cod.

08

Ramo

47658979

Polizza

Cod. Prod.

Contraente

FONDAZIONE EFFICIENZA ENERGETICA

Cognome e Nome

VIA ACQUASANTA 5 - L'AQUILA - 67100 - AQ

Indirizzo

93052870669

Partita IVA/Codice Fiscale

Effetto e scadenza

dalle ore 24 del **07/02/2020** alle ore 24 del **07/02/2021** Frazionamento **ANNUALE**

Premio di polizza

alla firma fino al	07/02/2021	Rate Successive Scadenti il	07/02
Premio imponibile	€ 429,26	Premio imponibile	€ 429,26
Imposte (2,50%)	€ 10,74	Imposte (2,50%)	€ 10,74
Premio lordo	€ 440,00	Premio lordo	€ 440,00

Quota Helvetia **100%**

polizza sostituita n° = = =

Garanzie	Somme Assicurate per persona
<input checked="" type="checkbox"/> Morte	€ 50.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> Invalidità Permanente da Infortunio	€ 130.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> Diaria da ricovero da infortunio	€ 50,00
<input checked="" type="checkbox"/> Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> Danno Estetico	€ 0,00
<input checked="" type="checkbox"/> Spese odontoiatriche in seguito ad infortunio	€ 150,00
<input checked="" type="checkbox"/> Perdita anno scolastico	€ 0,00

Sono valide ed operanti esclusivamente le garanzie richiamate con apposita "crocettatura" e nelle quali sia riportata la relativa somma assicurata.

Il Contraente

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

Emessa a Milano il 07/02/2020 n. 3 originali, con annessi nr. 19 fogli intercalari che ne formano parte integrante

Prima rata incassata il		L'Agente	
-------------------------	--	----------	--

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo n° 209 del 7/9/2005 ed in conformità con quanto disposto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto dichiara di aver preventivamente ricevuto il Set informativo contenente il DIP - Documento Informativo Precontrattuale mod. H247 DIP - Ed. 10/2022, il DIP aggiuntivo mod. H247 DIP-AGG - Ed. 07/2023 e le Condizioni di Assicurazione mod. H247 - Ed. 10/2022.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'INFORMATIVA PRIVACY prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e si impegna a fornire copia conforme al testo ricevuto, in nome e per conto del Titolare, agli eventuali altri interessati di cui lo stesso abbia conferito o conferirà al Titolare i dati personali.

Agli effetti della validità della garanzia, il Contraente dichiara:

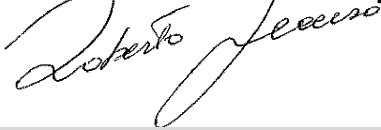
- di non avere e di non essere a conoscenza che le persone assicurate abbiano difetti fisici, malattie croniche, o che comportino l'assunzione di una terapia farmacologica continuativa, e menomazioni;
- di non aver avuto polizze infortuni o malattia annulate per sinistro;
- che la polizza è liberamente stipulata in aggiunta ed indipendentemente da obblighi assicurativi di leggi vigenti e future.

La polizza è stipulata in base alle dichiarazioni del Contraente sopradescritte ed è regolata dalle Norme che regolano l'assicurazione in generale e dalle Norme che regolano l'assicurazione infortuni che il Contraente dichiara di conoscere ed accettare.

AVVERTENZA - Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente al momento della stipulazione del contratto relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assicurato e sulla determinazione del premio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e comunque compromettere il diritto alla prestazione, nonché la cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile).

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

Il Contraente



CONDIZIONI DA APPROVARSI SPECIFICAMENTE

Il Contraente dichiara inoltre di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli delle Norme che regolano l'assicurazione in generale e delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni:

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2 - Altre assicurazioni; Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente/Assicurato; Art. 8 - Recesso in caso di sinistro; Art. 9 - Durata del contratto; Art. 12.1 - Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause); Art. 15 - Persone non assicurabili; Art. 16 - Controversie - Arbitrato irrituale.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 24 - Invalidità permanente.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO

Art. 34 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio

Il Contraente

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio è previsto con periodicità annuale. E' inoltre prevista la possibilità di frazionare il pagamento del premio in rate semestrali.

I mezzi di pagamento del premio accettati dalla Società, ai sensi della vigente normativa antiriciclaggio D.Lgs. n° 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni, sono: assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico e denaro contante, con i limiti e le modalità previsti dalle vigenti norme.

1 - Calcolo del premio lordo annuo

Il premio annuo lordo si intende così determinato:

Assicurati	N° Assicurati	Premio Lordo per Assicurato
a) Studenti /Alunni	100	€ 4,00
b) Personale Docente / Non Docente / Personale Direttivo e Amministrativo	10	€ 4,00
Premio lordo annuo complessivo	110	€ 440,00
Premio minimo lordo annuo		€ 440,00

2 - Identificazione delle Persone assicurate

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia alla Società delle generalità degli assicurati. Per la loro identificazione, si farà riferimento alle risultanze dei registri d'iscrizione e degli altri documenti obbligatoriamente tenuti dall'Istituto scolastico, che il Contraente si impegna ad esibire, in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

3 - Regolazione del premio

Il premio convenuto in tutto o in parte sulla base di elementi variabili viene:

- Anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, quale acconto di premio calcolato sulla stima preventiva del numero degli Assicurati nell'anno considerato;
- Regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del delle variazioni intervenute in base al numero definitivo degli Assicurati nell'anno considerato o nel periodo di minor durata.

a) Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio

Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente o l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società, in relazione a quanto previsto dal contratto, gli elementi variabili previsti in polizza. Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società.

Resta fermo il premio minimo stabilito in polizza.

b) Inosservanza dell'obbligo di comunicazione dei dati o dell'obbligo di pagamento (polizze con tacito rinnovo o pluriennali)

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti e/o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può concedergli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni trascorsi i quali la garanzia cui si riferisce la regolazione resta sospesa dalle ore 24:00 del giorno in cui scade uno degli adempimenti di regolazione sopra indicati e fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai propri obblighi, ai sensi dell'art. 1901 Cod. Civ., salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente per ottenere quanto spettante.

Inoltre, la Società ha il diritto di trattenere in acconto l'eventuale premio anticipato in via provvisoria per le rate successive all'annualità assicurativa cui si riferisce la mancata regolazione o il mancato pagamento della differenza attiva.

Per i sinistri verificatisi nel periodo cui si riferisce la mancata regolazione, il risarcimento dovuto è ridotto, in base alla regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Cod. Civ., tenuto conto del rapporto tra il premio anticipato in via provvisoria e la differenza attiva di regolazione dovuta.

Qualora però il Contraente non fornisca i dati occorrenti per la regolazione, resta ferma la sospensione della garanzia di cui all'art. 1901 del Cod. Civ. e la Società non è tenuta a corrispondere alcun risarcimento anche con riguardo al periodo al quale si riferisce la mancata regolazione, oltre che per quelli verificatisi successivamente.

La garanzia resta altresì sospesa, ai sensi dell'art. 1901 del Cod. Civ., per i sinistri verificatisi successivamente alla comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione, qualora il Contraente non paghi la relativa regolazione e fino alle ore 24:00 del giorno di detto pagamento.

c) Rivalutazione del premio anticipato in via provvisoria

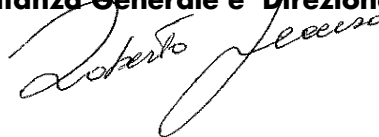
Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio, comunicati dal Contraente, supera il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto dal Contraente in via anticipata e provvisoria all'inizio del periodo assicurativo, il premio dovuto dovrà essere rettificato, salvo diverso accordo tra il Contraente e la Compagnia, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione degli elementi variabili di rischio, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo.

d) Verifiche e controlli

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Il Contraente

**Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Roberto J. J. J.", written over the printed name of the representative.

DEFINIZIONI

(Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato)

Abuso di Psicofarmaci:	assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Beneficiario:	gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Compagnia:	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione.
Day Hospital:	la degenza, esclusivamente diurna, in Istituto di cura documentata da cartella clinica - dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura - per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.
Documentazione sanitaria:	si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale.
Ebbrezza alcolica / ubriachezza:	condizioni conseguenti all'assunzione di alcool, nelle quali il livello di alcoolemia risulta essere pari o superiori ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Franchigia:	è la parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nel contratto assicurativo.
Indennizzo:	la somma dovuta dall'impresa in caso di sinistro.
Infortunio:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Intervento chirurgico:	atto medico, praticato in Istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.
Invalidità Permanente:	perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura:	l'Ospedale, la Clinica Universitaria, l'Istituto Universitario, la Casa di Cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero. Non si considerano "Istituti di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia:	Ogni oggettivamente alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia Improvvisa:	malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.
Malattie/Invalidità Concorrenti:	malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
Malattia mentale e/o disabilità mentale:	Ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione - ICD - 10 dell'organizzazione Mondiale della Sanità (come da elenco allegato).

Malattia Preesistente:	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.
Malattie/Invalidità Coesistenti:	malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Parti:	il Contraente/Assicurato e la Società.
Polizza:	il documento che prova l'Assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Psicofarmaci:	farmaci contenenti sostanze psicoattive che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale.
Recesso:	scioglimento del vincolo contrattuale.
Ricovero:	degenza dovuta a malattia o infortunio comportante necessità di pernottamento in ospedale o casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Scoperto:	è la percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato, nel caso che ciò sia stato preventivamente concordato nel contratto assicurativo.
Scopo terapeutico:	Terapia medica efficace per curare le malattie
Sforzo:	impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato
Sinistro:	il verificarsi del ricovero in istituto di cura o della degenza in Day Hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni mediche, che nel loro insieme possono avvenire anche in tempi diversi, garantiti dal contratto assicurativo a seguito di malattia, infortunio, parto o interruzione terapeutica non volontaria della gravidanza.
Vendita a distanza:	Il collocamento di contratti assicurativi senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario o della Compagnia e del Contraente.

GLOSSARIO

(Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle Unità di misura previste dal Sistema Internazionale - SI, definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche)

Anno (annuo - annuale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile).
Bimestre (bimestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Età assicurativa:	età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno.
Mese (mensile):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Poliennale (durata):	periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo).
Quadrimestre (quadrimestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Quinquennio (quinquennale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).
Semestre (semestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Settimana (settimanale):	periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
Trimestre (trimestrale):	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 del Cod. Civ.)

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze di assicurazione stipulate dai singoli Assicurati o che essi avessero in corso con altre Compagnie di Assicurazioni.

Art. 3 - Pagamento del premio

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è dovuto per intero anche se ne è stato concesso il frazionamento in rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 del Codice Civile).

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

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione

Devono essere provate dalle Parti per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di 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 (art. 1898 del Cod. Civ.).

Art. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 del Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente e/o Assicurato

Per le modalità di denuncia e le informazioni di dettaglio si rimanda a quanto previsto nel capitolo **NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO** (art. 32).

Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla scadenza del periodo annuo in corso, ovvero, qualora sia comunicato meno di 60 giorni prima di tale data, dalla scadenza annua successiva.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 - Durata del contratto

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per un anno e così successivamente.

Art. 10 - Oneri fiscali

Sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro competente

Valgono le norme di legge.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Art. 12.1 - Misure restrittive (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La Società non è tenuta a prestare l'assicurazione nella misura in cui la copertura assicurativa possa esporre la Società stessa al manifestarsi o al rischio di:

- **violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;**
- **erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.**

Art. 12.2 - Diritto di ripensamento (solo per le polizze collocate tramite vendita a distanza)

Il *Contraente* può recedere dall'assicurazione **entro 14 giorni** dalla stipula della *polizza*, senza penali e senza doverne indicare il motivo.

Il recesso può essere esercitato mediante **comunicazione scritta** contenente gli elementi identificativi della polizza, inviata con:

- raccomandata A/R;
- posta elettronica certificata (PEC);
- format disponibile sul sito della Compagnia all'indirizzo www.helvetia.it.

Il recesso ha efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione.

In caso di recesso, la *Compagnia* rimborsa al *Contraente* il *premio* versato **diminuito**:

- della **parte di premio utilizzata** per il periodo di efficacia dell'*assicurazione*;
- degli **oneri fiscali e previsti** (eventualmente) **dalla normativa vigente**.

Il Contraente NON può recedere se:

- **assicurazione è stata vincolata;**
- **è stato denunciato un sinistro prima dell'esercizio del diritto di ripensamento.**

Art. 13 - Prova

L'assicurato è esonerato dal provare che il danno non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dalla garanzia.

Art. 14 - Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 15 - Persone non Assicurabili

Premesso che la Società, qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'eventuale indennizzo.

In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 16 - Controversie - Arbitrato irrituale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono. Fatta sempre salva la possibilità per l'Assicurato di adire le sedi nonché tutele giudiziarie previste per Legge, le eventuali controversie sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle Parti, a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituti di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o di domicilio eletto dell'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

È data facoltà al collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente a epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 17 - Rinuncia della Società all'azione di rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 Codice Civile verso terzi responsabili dell'infortunio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 18 - Rischio assicurato - Garanzie prestate

L'assicurazione vale per le somme assicurate indicate nel frontespizio di polizza e per il numero delle persone assicurate indicate per gli infortuni subiti dagli studenti/alunni iscritti all'Istituto indicato in polizza e per il personale docente e non docente direttivo amministrativo, compresi i bidelli dell'Istituto stesso.

L'assicurazione è operante per gli infortuni subiti durante tutte le attività scolastiche, parascolastiche, extrascolastiche e interscolastiche, purché tali attività rientrino nel normale programma di studi o comunque siano state regolarmente deliberate e messe in atto dagli organismi scolastici competenti o organi autorizzati dagli stessi.

L'assicurazione è anche prestata per le seguenti attività, anche se svolte al di fuori delle sedi scolastiche, durante:

- tutte le ore di lezione, comprese le lezioni di educazione fisica o motoria e l'insegnamento complementare di avviamento alla pratica sportiva
- la preparazione, gli allenamenti e le gare dei giochi della Gioventù e dei campionati studenteschi, le manifestazioni sportive scolastiche internazionali indette dalla Federazione Internazionale dello Sport scolastico.

Tale estensione opera sempre che le attività sopradescritte siano svolte sotto la guida o la sorveglianza degli Operatori scolastici;

- le ore di lezione, di ricreazione, di refezione;
- la partecipazione a gite o passeggiate scolastiche;
- i viaggi di integrazione culturale e di preparazione di indirizzo;
- le visite che, a norma delle vigenti disposizioni, si effettuano a musei, scavi, cantieri, aziende e laboratori, altre scuole, esposizioni, fiere ed attività culturali in genere, partecipazioni a "stages", **purché tali attività siano preventivamente autorizzate dall'Assicurato/Contraente o rientrino nel programma didattico approvato dal Ministero o dal Provveditorato agli Studi o dal Consiglio d'Istituto e gli alunni siano accompagnati da personale dipendente dalla Contraente o da operatori scolastici di cui la stessa debba rispondere.**
- i trasferimenti esterni ed interni connessi allo svolgimento di tutte le suddette attività.
- Il percorso dalla propria abitazione a scuola e viceversa e durante la sosta nei locali scolastici e pertinenze in occasione dell'ingresso e dell'uscita, **il tutto entro un'ora dall'inizio e dal termine dell'orario scolastico;** la garanzia comprende l'uso dei mezzi di locomozione pubblici e privati;
- gli esercizi di applicazione tecnica e di osservazione scientifica con attrezzature varie, durante i corsi di sostegno e di recupero;

Le garanzie di polizza si intendono inoltre prestate (fermo restando quanto previsto all'Art.20 "Criteri di Indennizzabilità") anche per gli alunni portatori di handicap, durante lo svolgimento delle attività complementari aventi carattere integrativo ed extra curricolare, anche se assistiti e vigilati da personale estraneo all'amministrazione, come ad esempio, dipendenti A.S.L., genitori, ecc, sempreché autorizzati dall'Istituto.

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni:

- in qualità di passeggero su mezzi di trasporto terrestre e di superficie acquea;
- in stato di malore o incoscienza;
- per imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi;
- per asfissia non di origine morbosa, per annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, folgorazione, avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- per affezioni da morsi di animali o punture di insetti (**esclusa la malaria**);

- in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, aggressioni a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- le lesioni cagionate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- per strappi muscolari, ernie traumatiche o da sforzo (**sono esclusi gli infarti di qualsiasi tipo**).

Art. 19 - Estensione delle garanzie ai genitori

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

- all'interno della scuola per lo svolgimento di attività connesse alle attività istituzionali della scuola stessa;
- nella veste di accompagnatori degli studenti durante gite, visite guidate, viaggi di istruzione o connessi a manifestazioni sportive, visite e uscite didattiche in genere;
- nella qualità di membri di diritto degli Organi Collegiali.

Art. 20 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità permanente di cui alla tabella INAIL sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 21 - Infortuni esclusi

Tutti quelli derivanti da:

- 1) guida di mezzi di locomozione aerei, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;**
- 2) uso e guida di mezzi di locomozione subacquea;**
- 3) guida di veicoli/natanti a motore diversi da quelli indicati in polizza e in ogni caso, se il conducente Assicurato è privo della abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti;**
- 4) pratica anche solo occasionale avente carattere amatoriale e/o ricreative di: pugilato, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere, football americano, hockey su ghiaccio, su pista e su prato, discesa su rapide (rafting), regate oceaniche e traversate in alto mare effettuate in solitario, sport equestri che prevedano un tesseramento alle competenti federazioni sportive, free climbing, jumping e sport costituenti per l'assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata; dall'uso, anche come passeggero, di veicoli, aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio e natanti a motore in competizione e nelle relative prove;**
- 6) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;**
- 7) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;**
- 8) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio;**
- 9) movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;**
- 10) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);**
- 11) guerra od insurrezioni;**
- 12) arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale;**
- 13) partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine).**

Art. 22 - Estensione dell'assicurazione delle ernie traumatiche o da sforzo

L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente, alle ernie traumatiche o da sforzo, con l'intesa che:

- **la copertura assicurativa decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;**
- **qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;**
- **qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, troverà applicazione l'art. 16 "Controversie - Arbitrato Irrituale" delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.**

Art. 23 - Caso di morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza entro due anni dal giorno dell'infortunio regolarmente denunciato ed in rapporto causale con esso. 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 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, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 24 - Invalidità Permanente

- a) **Non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente pari o inferiore al 3%.
Se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.**
- b) **L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio denunciato ed in rapporto causale.**
- c) L'indennizzo per invalidità permanente è calcolato sulla somma assicurata a tale titolo con riferimento alla tabella INAIL (allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124).
- d) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata.
- e) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo per invalidità permanente viene calcolato sulla somma assicurata, in proporzione al grado di invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate nella seguente Tabella:

Tabella delle Valutazioni del Grado Percentuale di Invalidità Permanente (ex Tabella INAIL, Allegato N° 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)			
DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Per la perdita totale, anatomica o funzionale:			
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Di un globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi.		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		15	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio).		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50		40
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40		30
Di un braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85		75
b) per amputazione al terzo superiore	80		70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Di tutte le dita della mano	65		55
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Per la perdita totale, anatomica o funzionale:			
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Delle due ultime falangi del medio		8	
Delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Delle due ultime falangi del mignolo		8	
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110° - 75°:			
a) in semipronazione	30		25
b) in pronazione	35		30
c) in supinazione	45		40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	25		20
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in flessione massima o quasi	55		50
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in estensione completa o quasi :			
a) in semipronazione	40		35
b) in pronazione	45		40
c) in supinazione	55		50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30
Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:	18		15
a) in semipronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30
Della funzionalità dell'articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Per la perdita totale, anatomica o funzionale:			
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto).		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva			
Visus Perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

NOTE:

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata in 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.

Percentuali

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

- In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

- Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della diminuita capacità generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
- La perdita totale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovuta per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.
- Il grado di invalidità viene stabilito al momento in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono divenute permanentemente irreversibili.

Art. 25 - Diaria da ricovero da infortunio

La Società corrisponde all'Assicurato, nei limiti della somma assicurata, la diaria giornaliera in caso di ricovero in Istituto di cura, a seguito di infortunio, **(escluso day-hospital)**, per ciascun giorno di degenza e **per la durata massima di 100 giorni.**

Art. 26 - Rimborso Spese Mediche da Infortunio

La Società rimborsa - **sino a concorrenza della somma assicurata prevista in polizza per ciascun assicurato** - le spese rese necessarie da un evento indennizzabile come infortunio e sostenute per:

- a) **onorari dei medici chirurgici;**
- b) **accertamenti diagnostici;**
- c) **terapie fisiche sostenute fino al 90° giorno successivo all'infortunio (escluse cure termali e similari), spese farmaceutiche e relativi tickets;**
- d) **trasporto in ospedale o clinica con autoambulanza;**
- e) **retta di degenza;**
- f) **acquisto di occhiali o parti di essi sino a concorrenza di €. 50,00 per ciascun assicurato**

Restano comunque escluse dal rimborso le spese per :

- **le cure odontoiatriche, le paradontopatie e le protesi dentarie;**
- **interventi di chirurgia estetica riparatrice di lesioni derivanti da infortunio.**

La Società effettua il rimborso, a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'assicurato, dell'originale dei documenti giustificativi.

Qualora l'Assicurato benefici di assistenza sanitaria o di altre forme di rimborso delle spese sopra indicate la garanzia è prestata, nei limiti assicurati, per la parte di spese sostenute e non rimborsategli da Enti, Mutue, ecc..

Art. 27 - Danno estetico

La Società rimborsa, nei limiti della somma assicurata indicata in polizza, le spese sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetica riparatrice di lesioni derivanti da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Art. 28 - Spese odontoiatriche in seguito ad infortunio

La Società rimborsa, nei limiti della somma assicurata indicata in polizza, le spese sostenute dall'Assicurato per le spese odontoiatriche (**con esclusione dei danni estetici**) derivanti da infortunio indennizzabile a termine di polizza.

Sono escluse le cure conservative o di prevenzione dentale, ovvero sono ammesse all'indennizzo le sole spese direttamente conseguenti alla ricostruzione del dente/i oggetto del sinistro. La presente estensione di garanzia non è cumulabile con quanto previsto all'Art. 27 - Danno Estetico.

Art. 29 - Perdita anno scolastico

La Società rimborsa, un indennizzo forfetario pari a € 500,00 in caso di assenza di almeno 45 giorni consecutivi (documentata da certificazione medica e scolastica) che - a giudizio del Consiglio di Classe - sia stata causa della perdita dell'anno scolastico.

Art. 30 - Limite catastrofale

Nel caso di un unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 2.000.000,00. Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 31 - Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni, malattie gravi o difetti fisici

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, mutilazioni, malattie gravi o difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio resta comunque confermato il disposto dell'art. 20 "Criteri di Indennizzabilità" delle Condizioni di Polizza.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO**Art. 32 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro**

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- a) fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;
- b) darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile;
- c) corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;
- d) documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici;
- e) sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- f) produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente alle garanzie "Rimborso spese mediche da infortunio", "Danno estetico" e "Spese odontoiatriche in seguito ad infortunio";
- g) fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Società) o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare:

- documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari o gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità de sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Si precisa che **le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.**

Art. 33 - Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 24 "Invalidità Permanente" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

La Società s'impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 34 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente, per le coperture presenti nel Contratto, è da intendersi relativo all'Assicurato, pertanto di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.

Fatto salvo quanto precede, se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo precedentemente concordato con l'Assicurato ante l'evento morte oppure, in mancanza
- l'importo offerto a titolo di indennizzo per l'invalidità permanente all'Assicurato, oppure, qualora non vi sia stata ancora l'offerta di cui sopra,
- l'importo oggettivamente determinabile dalla Società con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente articolo 39 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro.

Pertanto, si richiederà di fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Società:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Società, gli eredi o aventi causa potrebbero esser chiamati ad autorizzare l'autopsia dell'Assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa; a tal fine gli eredi o aventi causa saranno tenuti a sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

La Società s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

Art. 35 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di diaria da ricovero da infortunio

Fermo quanto previsto dall'art. 25 "Diaria da Ricovero da infortunio", si precisa che **l'indennizzo viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici).**

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 36 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura da infortunio

Fermo quanto previsto dall'art. 26 "Rimborso Spese Mediche da infortunio", il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 32 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Denuncia del sinistro".

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi la documentazione in originale per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi. La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 37 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di danno estetico da infortunio

Fermo quanto previsto dall'art. 27 "Danno estetico", si precisa che **l'indennizzo viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici), nonché gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento, debitamente quietanzate.**

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 38 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di spese odontoiatriche da infortunio

Fermo quanto previsto dall'art. 28 "Spese odontoiatriche in seguito ad infortunio", si precisa che **l'indennizzo viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici), nonché gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento, debitamente quietanzate.**

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 39 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di perdita anno scolastico a seguito infortunio

Fermo quanto previsto dall'art. 29 "Perdita anno scolastico", si precisa che **l'indennizzo viene corrisposto su presentazione, in originale, della relativa documentazione sanitaria e scolastica.**

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 40 - Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni

La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà effettuata in Italia.

CONDIZIONI PARTICOLARI

§ MORTE EURO 50.000,00

§ INVALIDITA' PERMANENTE EURO 130.000,00

§ RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO EURO € 5.000,00

§ DIARIA RICOVERO INFORTUNIO NO DAY HOSPITAL € 50,00

§ SPESE ODONTOIATRICHE € 150,00

§ RISCHIO INITINERE Compreso

§ GITE E VIAGGI Comprese

§ SPESE DI TRASPORTO CASA/SCUOLA PER INFORTUNI CHE COMPORTINO GESSATURA O PROTESI AGLI ARTI INFERIORI € 150,00

§ TERAPIE FISIOTERAPICHE Comprese nella somma assicurata per le spese da ricovero § ATTIVITA' SPORTIVE

COMPLEMENTARI Comprese

§ MASSIMALE CATASTROFALE € 500.000,00

§ FRANCHIGIA ASSOLUTA 3%

Il Contraente

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia



**CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI
CORRELATI DECIMA REVISIONE - ICD - 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA
SANITA'**

SETTORE V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI

Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici:

Demenza nella malattia di Alzheimer; Demenza vascolare; Demenza in altre malattie classificate altrove; Demenza non specificata; Sindrome amnesica organica, non indotta da alcol o da altre sostanze psicoattive; Delirium non indotto da alcol o da altre sostanze psicoattive; Altri disturbi psichici dovuti a danni o disfunzioni cerebrali e a malattie somatiche; Disturbi di personalità e del comportamento dovuti a malattia, lesione e disfunzioni cerebrali; Disturbi psichici organici o sintomatici non specificati.

Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive:

Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di altri stimolanti, compresa la caffeina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di allucinogeni; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di solventi volatili; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive.

Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti:

Schizofrenia; Disturbo schizotipico; Disturbi deliranti persistenti; Disturbi psicotici acuti e transitori; Disturbo delirante indotto; Disturbi schizoaffettivi; Altri disturbi psicotici non organici; Psicosi non organica non specificata.

Disturbi dell'umore [affettivi]:

Episodio maniacale; Disturbo affettivo bipolare; Episodio depressivo; Disturbo depressivo ricorrente; Disturbi persistenti dell'umore [affettivi]; Disturbi dell'umore [affettivi] di altro tipo; Disturbo dell'umore [affettivo] non specificato.

Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi:

Disturbi ansioso-fobici; Altri disturbi d'ansia; Disturbo ossessivo-compulsivo; Reazione a grave stress e disturbi dell'adattamento; Disturbi dissociativi [di conversione]; Disturbi somatoformi; Altri disturbi nevrotici.

Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici:

Disturbi dell'alimentazione; Disturbi del sonno non organici; Disfunzione sessuale non causata da disturbo o malattia organica; Disturbi mentali o comportamentali associati con il puerperio non classificati; Fattori psicologici e comportamentali associati a disturbi o malattie classificati; Abuso di sostanze che non provocano dipendenza; Sindromi comportamentali non specificate associate a disturbi fisiologici e a fattori somatici.

Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto:

Disturbi di personalità specifici; Altri disturbi di personalità e forme miste; Modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale; Disturbi delle abitudini e degli impulsi; Disturbi dell'identità sessuale; Disturbo della preferenza sessuale; Problemi psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale; Altri disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto; Disturbo non specificato della personalità e del comportamento nell'adulto.

Ritardo mentale:

Ritardo mentale lieve; Ritardo mentale di media gravità; Ritardo mentale grave; Ritardo mentale profondo; Ritardo mentale di altro tipo; Ritardo mentale non specificato.

Disturbi dello sviluppo psicologico:

Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio; Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche; Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria; Disturbo evolutivo specifico misto; Disturbi evolutivi globali; Disturbo dello sviluppo psicologico di altro tipo; Disturbo dello sviluppo psicologico non specificato.

Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza:

Disturbi ipercinetici; Disturbi della condotta; Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale; Disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia; Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbi a tipo tic; Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbo mentale non specificato; Disturbo mentale S.A.I.

