POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI
N. 2016/05/2655663

TRA

LICEO SCIENTIFICO STATALE
"G. GALILEI"
POTENZA

E

La Compagnia Assicuratrice REALE MUTUA ASS.NI

Agenzia di POTENZA

Durata del contratto

Dalle ore 24:00 del	31.08.2016
Alle ore 24:00 del	31.08.2021
Rate successive	annuali

SOMMARIO

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DEL RISCHIO 3
Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto di assicurazione 3
Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni 4
Art. 1.3 - Oggetto dell'assicurazione 4
Art. 1.4 - Persone assicurate 4
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE 6
Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 6
Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio 6
Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori 6
Art. 2.4 – Durata dell'assicurazione 6
Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro 7
Art. 2.6 – Cessazione anticipata del contratto 7
Art. 2.7 – Regolazione del premio (ove convenuta) 7
Art. 2.8 – Oneri fiscali 8
Art. 2.9 – Coassicurazione e delega 8
Art. 2.10 – Forma delle comunicazioni 8
Art. 2.11 – Gestione del contratto 8
Art. 2.12 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente 8
Art. 2.13 – Trattamento dati 9
Art. 2.14 – Interpretazione del contratto 9
Art. 2.15 – Tracciabilità flussi finanziari 9
Art. 2.16 – Disciplina dell'appalto 9
Art. 2.17 – Legittimazione 9
SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA 10
Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione 10
Art. 3.2 – Esposizione agli elementi 10
Art. 3.3 – Rischio volo 10
Art. 3.4 – Delimitazione della garanzia - Esclusioni 10
Art. 3.5 - Limiti di indennizzo per sinistro cumulativo 11
Art. 3.6 - Limiti territoriali 11
Art. 3.7 – Persone non assicurabili 11
Art. 3.8 – Determinazione del danno - Criteri di indennizzo 11
Art. 3.9 - Obblighi delle Parti Contraenti 13
Art. 3.10 - Responsabilità del Contraente – Equo indennizzo 14
Art. 3.11 – Rischio guerra 14
Art. 3.12 – Danni estetici 14
Art. 3.13 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona 14
Art. 3.14 - Rinuncia alla rivalsa 14
SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI 15
Art. 4.1 – Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi 15
Art. 4.2 - Controversie 15
Art. 4.3 – Informazioni sui sinistri 15
SEZIONE 5 – MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO 16
Art. 5.1 – Somme assicurate (pro-capite) 16
Art. 5.2 – Calcolo del premio 16
Art. 5.3 – Riparto di coassicurazione 16
Art. 5.4 – Disposizione finale 16

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DEL RISCHIO

Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto di assicurazione

Contraente **Istituto Contraente** **Ente / Ente Contraente**	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Assicurato	Il soggetto nell'interesse del quale è prestata garanzia.
Società	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che prestano l'assicurazione.
Broker	La Consulbrokers SpA incaricata della predisposizione del *Capitolato Speciale* e della assistenza e consulenza nella gestione amministrativa e tecnica del contratto di *Assicurazione* per tutto il tempo della durata della *polizza,* inclusi proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni della stessa *polizza*.
Assicurazione	il Contratto di Assicurazione - Le garanzie prestate col contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento contrattuale che prova l'Assicurazione.
Capitolato Speciale / Capitolato Tecnico / (denominato anche CT)	Il complesso delle norme, rappresentate in *polizza*, che regolano il rapporto contrattuale.
Garanzia	La copertura dei rischi prestata dal contratto assicurativo.
Indennizzo **Indennità** **Risarcimento**	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Somme assicurate	Le somme massime che la Società è obbligata contrattualmente a pagare in caso di sinistro.
Periodo assicurativo **Annualità assicurativa**	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro	L'evento per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato il danno.
Franchigia	L'importo che, determinato a termini di polizza per ciascun sinistro, viene detratto dall'ammontare del danno e rimane a carico dell'Assicurato.
Scoperto	La percentuale di danno convenuta a carico del Contraente e determinata a termini di polizza per ciascun sinistro

Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni

Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in vaso di infortunio mortale dell'Assicurato
Immobilizzatore	Applicazione di mezzo di contenzione costituito da fasce o docce confezionate con gesso o schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanica, reso necessario da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico. Sono compresi nella definizione di immobilizzatore anche: - i coattori di Hoffman, i metodi contenzione Llizarov, F.E.A. e analoghi coattori esterni; - la terapia di fratture alle quali non viene applicato alcun mezzo di contenzione purché si renda necessaria la permanenza continuativa a letto certificata da Ente Ospedaliero Pubblico
Invalidità permanente	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo,indipendentemente dalla professione svolta.
Inabilità temporanea	Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate.
Ricovero	Permanenza in struttura sanitaria / istituto di cura con pernottamento o in day hospital / day surgery.
Struttura Sanitaria / Istituto di cura	Policlinico universitario, ospedale, clinica o casa di cura convenzionata o privata, istituto scientifico, istituto di ricerca e cura, poliambulatori medici, centri diagnostici in Italia e all'estero regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero e/o all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna (day hospital / day surgery) e notturna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le strutture con finalità prevalentemente dietologiche, fisioterapiche, le case di convalescenza e soggiorno, i centri del benessere.

Art. 1.3 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni, così come definiti all'art. 1.2 della presente polizza, occorsi ai seguenti gruppi di persone assicurate, alle condizioni tutte della presente polizza nei limiti di cui alla successiva Sezione 5.

Art. 1.4 - Persone assicurate

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che dovessero occorrere a:

1.4.1 TUTTI GLI STUDENTI ISCRITTI PRESSO L'ISTITUTO CONTRAENTE :

a) durante lo svolgimento delle attività scolastiche, parascolastiche, extrascolastiche ed interscolastiche sia all'interno che all'esterno dell'Istituto, in qualunque orario ed in qualunque giorno, per tutta la loro durata anche si protraesse rispetto a quella dichiarata nel programma, sempreché deliberate dagli organi collegiali nell'ambito delle loro competenze *(a titolo esemplificativo e non limitativo):*
lezioni, prescuola, doposcuola, refezioni, ricreazioni, attività di autogestione studentesca, sperimentazioni, attività di laboratorio, educazione fisica, attività ginnico sportiva a qualsiasi livello territoriale, gare scolastiche, giochi della gioventù, gite, passeggiate, viaggi culturali, visite in genere, stages, partecipazione a programmi Erasmus (compreso tutti i trasferimenti relativi alle suddette attività).

Gli assicurati (STUDENTI) sono garantiti inoltre:

b) durante il tragitto, compreso l'uso di mezzi di locomozione pubblici e privati, da casa all'Istituto scolastico e viceversa;

c) durante la sosta nei locali e pertinenze in occasione dell'ingresso e uscita dall'Istituto scolastico, il tutto nel

limite di un'ora prima dell'inizio e di un'ora dopo il termine delle lezioni.

Le garanzie tutte di cui alla presente polizza si intendono automaticamente estese:

1.4.2 AI FAMILIARI DEGLI STUDENTI:

a) durante le uscite organizzate ed autorizzate dall'Istituto;
b) durante lo svolgimento di mansioni connesse alle attività istituzionali dell'Istituto e/o in qualità di membri degli Organi Collegiali d'Istituto all'interno della scuola;

1.4.3 AL PERSONALE ADDETTO ALLA VIGILANZA:

a) durante i trasferimenti e la partecipazione a soggiorni, gite, visite e viaggi di istruzione, sempreché la persona colpita da infortunio risulti effettivamente incaricata del servizio di vigilanza dall'istituto contraente, dalla autorità scolastica o dagli Enti Locali.

Il personale (dirigenti, docenti e non docenti e loro supplenti temporanei) oltreché essere automaticamente garantito nei casi di cui al precedente punto 1.4.3), potrà - *previa adesione facoltativa e pagamento del relativo premio* - estendere le coperture di cui alla presente polizza all'intera attività lavorativa (vedi precedenti punti 1.4.1 e 1.4.2), compreso i necessari spostamenti tra le diverse sedi dell'Istituto.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

In deroga agli artt. 1892, 1893 1894 C.C. l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente /Assicurato di una circostanza che eventualmente modifichi o aggravi il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti si sono verificate. Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del sinistro della modifica delle attività del Contraente a seguito di variazione della normativa vigente. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o la parte di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza, se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.
In ogni caso, a parziale deroga dell'art. 1901 C.C., tenuto conto che il Contraente, per le proprie modalità amministrative, effettua i pagamenti solo tramite ordinativi bancari, preventivamente deliberati dagli uffici competenti, si conviene tra le parti che ogni copertura inerente la presente polizza decorre:

- per la rata iniziale di perfezionamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del contratto indicato in polizza a condizione che il mandato di pagamento del relativo premio sia effettuato dal Contraente entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, e venga comunicato alla Società;
- per le rate di premio successive, dalle ore 24:00 del giorno di scadenza della rata a condizione che il mandato di pagamento del relativo premio sia effettuato dal Contraente entro 60 giorni dalla data di scadenza della rata e venga comunicato alla Società;
- per le appendici che comportino un pagamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del titolo, a condizione che il mandato di pagamento del relativo premio sia effettuato dal Contraente entro il 60° giorno dal ricevimento del documento emesso dalla Compagnia e venga comunicato alla Società;
- per le appendici a premio zero, dalle ore 24:00 del giorno di comunicazione del Contraente al broker o alla Compagnia.

Se il Contraente/Assicurato non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno della delibera/determina di pagamento, sempreché ne venga data tempestiva comunicazione alla Società.
Effettuato il pagamento, la garanzia verrà ripristinata senza soluzione di continuità anche relativamente al periodo in cui questa è stata sospesa, con esclusione dei sinistri accaduti nel periodo di scopertura, a condizione che gli stessi siano già conosciuti e denunciati dal Contraente/Assicurato. I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del Broker, il quale, verificato l'effettivo accredito, provvederà a perfezionare gli adempimenti amministrativi di propria competenza nei confronti della Società. Gli Assicuratori riconoscono esplicitamente che il pagamento fatto al broker è liberatorio per il Contraente, al quale, pertanto, nulla potrà essere eccepito. [Determinazione n. 8 del 18 novembre 2010 dell'Autorità per la Vigilanza sui contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 284 del 4 dicembre 2010].

Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il *Contraente* è esonerato dall' obbligo di denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli *Assicurati* avessero in corso o stipulassero in proprio ed i *sinistri* dai medesimi sofferti; l'*Assicurato* ha l' obbligo di farlo in caso di *sinistro*, e sempre che ne sia a conoscenza, ai sensi dell'art. 1910 C.C., dando avviso a tutti gli assicuratori ed indicando a ciascuno il nome degli altri.
In caso di *sinistro*, l'*indennizzo* dovuto ai sensi della presente *polizza*, sarà corrisposto per intero, indipendentemente dalla presenza o meno di ulteriori eventuali *polizze*. Permane invece l'obbligo per il *Contraente* di denunciare le eventuali altre *assicurazioni* che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un *rischio* analogo a quello della presente *polizza*.

Art. 2.4 – Durata dell'assicurazione

Il presente contratto ha la durata e la rateizzazione indicate in frontespizio.

Alla scadenza, è facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga massima di 180 giorni alle medesime condizioni, per il completamento delle procedure di gara. In tali ipotesi il premio relativo ai periodi di proroga verrà conteggiato in pro rata temporis rispetto al premio annuale in corso.
Alla scadenza definitiva, il contratto si intenderà cessato senza obbligo di ulteriori comunicazioni.
Al Contraente competerà comunque il pagamento di eventuali regolazioni maturate sino alla definitiva scadenza della polizza e dell'eventuale proroga.

Art. 2.5 – Facoltà di recesso in caso di sinistro

La *Società* ed il *Contraente* possono recedere dal presente contratto dopo ogni *sinistro* e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 120 giorni. In tale evenienza tutte le garanzie rimarranno operanti per ulteriori 120 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso e la *Società* entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di *premio* imponibile relativa al periodo di rischio non corso.
Resta convenuto tra le Parti che l'eventuale recesso esercitato dalla *Società* al presente contratto avrà effetto per la totalità delle *polizze* costituenti il Lotto con cui è stata aggiudicata la presente *polizza*, salvo che il *Contraente* stesso, a suo insindacabile giudizio, non richieda per iscritto il mantenimento di una o più delle suddette polizze, nel qual caso la *Società* sarà tenuta al rispetto degli accordi contrattuali sino alle rispettive scadenze.
Nel caso in cui le parti si siano avvalse della disdetta di cui all' Art. 2.6 – "Cessazione anticipata del contratto", la facoltà concessa dal presente articolo non è operante.
Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso, da parte della *Società*, è subordinato al contestuale invio del "Rapporto sinistri" di cui al successivo articolo 4.3, aggiornato almeno a 7 giorni prima la data di formalizzazione del diritto di recesso stesso. Inoltre, la *Società* si impegna a semplice richiesta del *Contraente* a fornire entro e non oltre giorni 7 lo stesso Rapporto Sinistri relativo agli ulteriori contratti oggetto del medesimo Lotto, aggiornato come sopra.

Art. 2.6 – Cessazione anticipata del contratto

1) La Società ed il *Contraente* possono recedere anticipatamente dal presente contratto al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 120 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del *Contraente* di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino ad un massimo di sei mesi. In tal caso, la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in pro rata temporis rispetto al premio annuale in corso.

2) Il *Contraente* può recedere anticipatamente dal presente contratto in presenza di disposizioni normative aventi carattere cogente in materia, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 90 giorni di preavviso, fermo restando il *periodo* minimo *assicurativo* di mesi sei.

Resta convenuto tra le Parti che l'eventuale recesso esercitato dalla *Società* al presente contratto varrà per la totalità delle *polizze* costituenti il Lotto con cui è stata aggiudicata la presente *polizza*, salvo che il *Contraente* stesso, a suo insindacabile giudizio, non richieda per iscritto il mantenimento di una o più delle suddette *polizze*, nel qual caso la *Società* sarà tenuta al rispetto degli accordi contrattuali sino alle rispettive scadenze.

Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso, da parte della *Società*, è subordinato al contestuale invio del "Rapporto *sinistri*" di cui al successivo articolo 4.3, aggiornato almeno a 7 giorni prima la data di formalizzazione del diritto di recesso stesso, unitamente al "Rapporto *sinistri*" relativo a tutti gli ulteriori contratti oggetto del medesimo Lotto, aggiornati come sopra.

Art. 2.7 – Regolazione del premio (ove convenuta)

Qualora il premio viene 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 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 assicurativo il Contraente fornirà per iscritto alla Società e su sua richiesta i dati necessari per poter effettuare ad effettuare la regolazione di premio.
Se il contraente/assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, la società deve fissare mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a giorni 30, trascorso il quale la Società potrà agire giudizialmente.
In deroga a quanto sopra indicato, si conviene che nessuna regolazione è dovuta dal Contraente nella eventualità che gli elementi presi come base per il conteggio del premio non superino il 5% dei parametri presunti iniziali

dichiarati. La regolazione è dovuta solo per i parametri che eccedono tale soglia di esenzione.
Viene stabilito in ogni caso un premio minimo pari al premio indicato nel frontespizio di polizza.
La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari.
Ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio competente e non percepita. Tuttavia l'eventuale pagamento dei sinistri di competenza del periodo a cui si riferiscono le indicazioni inesatte o incomplete, sarà automaticamente sospeso fino a quando non sia ripristinata la regolarità amministrativa degli adempimenti suddetti.

Art. 2.8 – Oneri fiscali

Le imposte, le tasse, i contributi, e tutti gli oneri stabiliti dalla legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, agli indennizzi alle polizze ed agli atti da esse dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento è stato anticipato dalla Società.

Art. 2.9 – Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione è ripartita per quote tra più Compagnie indicate in polizza, ognuna è tenuta alla prestazione in proporzione alla rispettiva quota. Il Contraente dichiara di aver affidato la consulenza ed assistenza nella gestione del presente contratto al Broker, e le Imprese coassicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società indicata in sede di offerta e riportata nel frontespizio della presente polizza; di conseguenza tutti i rapporti relativi alla presente assicurazione saranno intrattenuti dal Contraente o dal Broker direttamente con la Società delegataria che provvederà ad informare le coassicuratrici.
In particolare tutte le comunicazioni inerenti il contratto ivi comprese quelle relative al recesso ed alla gestione dei sinistri si intendono fatte o ricevute dalla delegataria in nome e per conto di tutte le Imprese coassicuratrici.
Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione *nonché relativi alla rappresentanza processuale*, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza la cui regolazione verrà effettuata dal Contraente per il tramite del Broker direttamente nei confronti di ogni Compagnia coassicuratrice.
La sottoscritta Società delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Imprese coassicuratrici indicate negli atti contrattuali a firmarli anche in nome e per loro conto. Pertanto la firma apposta dalla Società delegataria sui documenti di assicurazione li rende, ad ogni effetto, validi anche per le quote delle coassicuratrici.

Art. 2.10 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato ed il Broker sono tenuti devono essere indirizzate alla Direzione per l'Italia della Società oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.
Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere fatte, per essere valide, per iscritto anche a mezzo utilizzo del telefax o anche posta elettronica certificata.

Art. 2.11 – Gestione del contratto

Le parti contraenti riconoscono alla Società Consulbrokers Spa, Via Marconi n. 90 – 85100 Potenza, tel. 0971.54732, telefax 0971.472686, (in seguito denominata anche e più brevemente "Broker"), il ruolo di cui al D. Lgs. 209/2005 (ex Legge 792/84), per quanto concerne la predisposizione del Capitolato speciale di appalto e la assistenza e consulenza nelle fasi di gara. Il Broker fornirà, inoltre, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica), per tutto il tempo della durata della polizza, inclusi proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni della stessa polizza.
Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente polizza, si conviene espressamente che ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia e alle coassicuratrici, fermo restando quanto previsto al precedente art. 2.2 per quanto attiene alla copertura assicurativa / pagamento del premio, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia, nel nome e per conto dell'Assicurato, si intenderà fatta dall'Assicurato stesso.

Art. 2.12 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni dattiloscritte, valgono unicamente le norme del Codice Civile. Si intendono pertanto abrogate tutte le condizioni di assicurazione eventualmente riportate a stampa.
Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede del Contraente.

Art. 2.13 – Trattamento dati

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 2.14 – Interpretazione del contratto

Si conviene tra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente / assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.
Allo stesso modo, l'eventuale discordanza tra le norme contrattuali, le norme di legge e del Codice Civile in materia di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole all'Assicurato.

Art. 2.15 – Tracciabilità flussi finanziari

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 recante "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" la Compagnia aggiudicataria, pena la nullità assoluta del presente contratto, assume, per sé e per i subcontraenti o subappaltatori, gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla suddetta legge.

Art. 2.16 – Disciplina dell'appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all'aggiudicazione della presente polizza, ancorché non allegati.

Art. 2.17 – Legittimazione

Si prende atto che la presente Polizza viene stipulata dall'Ente a favore degli Assicurati.
La Pubblica Amministrazione assume pertanto la veste di Contraente, ovvero della persona giuridica che stipula l'Assicurazione, adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa, ed esercita conseguentemente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva, con il consenso degli Assicurati che s'intende espressamente acquisito e prestato in sede di promozione e stipula del presente contratto anche se qui non formalmente riprodotto e rappresentato.

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione

Si intendono assicurati anche gli infortuni (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

◊ derivanti dall'uso e guida di motoveicoli;
◊ derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi a parziale deroga dell'art. 1900 del codice civile;
◊ derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, eventi socio-politici, attentati, aggressioni, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva a parziale deroga dell'art. 1912 del codice civile;
◊ derivanti da atti compiuti per dovere di solidarietà umana;
◊ derivanti da partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
◊ avvenuti in Italia in tempo di pace durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo dello stesso ed il richiamo per ordinarie esercitazioni, con esclusione degli infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi;
◊ subiti in occasioni di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, caduta del fulmine ed altri eventi naturali;
◊ sofferti in stato di malore, vertigini e incoscienza;
◊ derivanti da, colpi di sole o di calore e altre influenze termiche ed atmosferiche;
◊ derivanti dalla partecipazione in qualità di passeggero a viaggi su aeromobili o elicotteri in servizio pubblico di linea, o a voli charter e straordinari effettuati, sempre come passeggero, su veivoli eserciti da società di traffico aereo regolarmente abilitate;

Sono comunque equiparati ad infortunio :

◊ l'asfissia;
◊ il soffocamento;
◊ le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze, compresi l'avvelenamento e le lesioni da contatto con sostanze corrosive;
◊ le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti escluse la malaria e le malattie tropicali;
◊ annegamento, assideramento o congelamento, folgorazione
◊ le ernie addominali traumatiche e le lesioni da sforzo;

Art. 3.2 – Esposizione agli elementi

La Società in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita d'orientamento) l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art. 3.3 – Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante l'uso - ma soltanto in qualità di passeggero – di aeromobili; esclusi i viaggi effettuati su altri mezzi di locomozione aerea (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili) nonché su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico o passeggeri; o su aeromobili di aeroclubs.
Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.
In caso di incidente aereo che colpisca contemporaneamente più Assicurati, la somma di capitali per questa specifica garanzia, sia con questa polizza che con latre polizze stipulate dallo stesso Contraente con la Società, non potrà superare complessivamente € 5.200.000,00.

Art. 3.4 – Delimitazione della garanzia - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

♦ dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove nonché a partecipazione di regate a vela fuori dal Mare Mediterraneo;
♦ dalla guida di: macchine agricole e operatrici; di natanti a motore per uso non privato ; di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

- dalla guida ed uso di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dal precedente articolo
- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme arti marziali in genere, alpinismo oltre il 3° grado, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, guidoslitta, hockey, skeleton, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- da ubriachezza alla guida di mezzi da locomozione, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da guerra, insurrezioni, limitatamente al territorio della Repubblica Italiana, della Città Del Vaticano e della Repubblica di San Marino
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 3.5 - Limiti di indennizzo per sinistro cumulativo

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati con la presente polizza, l'esborso a carico della Società non potrà superare complessivamente € 5.200.000,00, intendendosi proporzionalmente ridotto l'indennizzo per ciascun Assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano detto importo.

Art. 3.6 - Limiti territoriali

l'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3.7 – Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, AIDS e sindromi correlate, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici e/o paranoici, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, laddove una o più delle malattie sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato
L'assicurazione non vale inoltre per le persone di età superiore a 80 anni.

Art. 3.8 – Determinazione del danno - Criteri di indennizzo

L'assicurazione prevede l'indennizzo dei seguenti casi:

3.8.1 Morte

La Società liquida la somma assicurata ai beneficiari se l'assicurato, in conseguenza di infortunio muore entro due anni dal giorno stesso dell'infortunio. L'indennizzo non è cumulabile con quello di 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, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

Morte Presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli art. 60 e 62 del Codice Civile.
Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.
A restituzione avvenuta da parte dell'Assicurato dell'intera somma liquidata, l'Assicurato stesso avrà così diritto all'indennizzo spettante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

3.8.2 Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità

assoluta, secondo la Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con DPR 1124/65, con rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista.
Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennizzo per invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.
La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver 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.
In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dal contratto per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.
Nessun indennizzo è dovuto se l'invalidità accertata è pari o inferiore al 3%. Qualora l'invalidità sia totale o di grado superiore al 50% verrà liquidato l'intero massimale.
Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

3.8.3 Inabilità temporanea

In caso di inabilità temporanea, la Società, liquida all'assicurato – **sempreché prevista alla Sezione 5 della presente polizza** -:la somma assicurata :
1. integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni dichiarate ;
2. parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando della sua capacità fisica;

l'indennizzo è corrisposto per un periodo massimo di 300 giorni l'anno
L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente

3.8.4 Diaria di ricovero

In caso di ricovero in ospedale o altro luogo di cura reso necessario da infortunio, la Società corrisponde all'assicurato - **sempreché prevista alla Sezione 5 della presente polizza** - l'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero, così come identificato alle "definizioni", con esclusione del giorno di dimissione, e con il massimo di 180 giorni per ogni infortunio.
In caso di day hospital la suddetta corresponsione viene ridotta del 50%.

3.8.5 Diaria da gesso (immobilizzatore)

In caso di infortunio che comporti l'utilizzo di apparecchi ***immobilizzatori***, la Società corrisponde all'assicurato l'indennità giornaliera – **sempreché prevista alla Sezione 5 della presente polizza** -, per ogni giorno di presenza a scuola in persistenza di immobilizzatore, con il massimo di giorni 60 per infortunio.

3.8.6 Spese di cura

In caso di infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o un'invalidità permanente, la Società, rimborsa all'assicurato, – **sempreché previste alla Sezione 5 della presente polizza** - le spese sostenute per :

a) in caso di ricovero in struttura sanitaria:
- onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti ;
- diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici ;
- rette di degenza in ospedale o clinica a seguito di ricovero prescritto dal medico curante ;
- trasporto all'ospedale o clinica su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso, nella misura del 70% ;
- nei 60 gg. prima del ricovero per accertamenti diagnostici, visite specialistiche;
- nei 120 gg. successivi alla dimissione, per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi in genere.

b) in caso di cura in regime ambulatoriale senza ricovero per:
- accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi in genere;

- trasporto all'ospedale o clinica su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso

Le spese di cui al presente comma sono rimborsate nella misura del 70%, restando il rimanente 30% a carico dell'assicurato.

c) Rottura lenti e/o occhiali:
le spese sostenute per l'acquisto di lenti e/o occhiali, compreso la montatura, la cui rottura sia stata determinata da infortunio che abbia provocato lesioni obiettivamente constatabili.

d) Cure e protesi dentarie:
le spese dentarie di primo intervento e le protesi rese necessarie a seguito di infortunio che abbia provocato lesioni obiettivamente constatabili.

Ogni richiesta di rimborso deve essere corredata dalle ricevute originali di spesa.

3.8.7 Danni al vestiario
In caso di danni al vestiario, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, la Società rimborsa all'assicurato i danni subiti fino alla concorrenza della somma assicurata – **sempreché prevista alla Sezione 5 della presente polizza:**

3.8.8 Spese funerarie
In caso di decesso dell'assicurato, la Società rimborsa le spese funerarie effettivamente sostenute a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, fino alla concorrenza della somma assicurata – **sempreché prevista alla Sezione 5 della presente polizza :**

Le seguenti garanzie valgono esclusivamente a favore degli studenti dell'Istituto

3.8.9 Perdita anno scolastico
In caso di assenza di almeno 45 giorni a seguito di infortuni, che a giudizio del Consiglio di Classe, sia stata causa della perdita dell'anno scolastico e che venga documentata da certificazione medica e scolastica, la Società rimborsa l'indennizzo forfetario assicurato – **sempreché previsto alla Sezione 5 della presente polizza..**

3.8.10 Trasferimento in strutture sanitarie
Qualora l'assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria la Società rimborsa con applicazione di uno scoperto del 30% e fino alla concorrenza di € 2.500,00 il trasporto con mezzo adeguato alle condizioni di salute.

3.8.11 Rientro sanitario
Qualora l'assicurato a seguito di infortunio verificatosi durante le attività parascolastiche sia impossibilitato a rientrare presso la propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Società rimborsa fino alla concorrenza di € 500,00 il trasporto con mezzo adeguato alle sue condizioni di salute;

3.8.12 Rientro anticipato per decesso familiare
Qualora deceda un familiare dell'assicurato (coniuge/convivente/figli/fratello-sorella/genitori/sucoceri/genro-nuora) mentre questi si trova al di fuori del comune di residenza, per attività parascolastiche, la Società rimborsa fino alla concorrenza di € 500,00 il trasporto per il rientro anticipato presso la propria residenza;

3.8.13 Viaggio di un familiare
Qualora l'assicurato sia ricoverato in una struttura Sanitaria a seguito di infortunio mentre questi si trova al di fuori del comune di residenza per attività parascolastiche, la Società rimborsa fino alla concorrenza di € 500,00 il trasporto di un familiare per recarsi presso l'assicurato.

Art. 3.9 - Obblighi delle Parti Contraenti

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati.
Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle evidenze ed alle registrazioni del Contraente.
Tali registri od altri documenti equipollenti dovranno essere tenuti dal Contraente costantemente aggiornati e messi a disposizione, in qualsiasi momento, del personale incaricato dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

L'assicurazione vale altresì nel caso di temporanea utilizzazione, da parte del Contraente, dell'Assicurato in mansioni diverse da quelle dichiarate in polizza. In tal caso l'assicurazione sarà ugualmente operante purché tali mansioni rientrino nella normale attività del Contraente.
Gli Assicurati possono quindi svolgere attività di tirocinio di tipo manuale, sempre sotto la supervisione dei tutor;

ed il Contraente ha facoltà di destinarli in qualunque struttura dell'Ente, come pure temporaneamente presso terzi, senza bisogno di denunciare in via preventiva l'eventuale cambiamento delle mansioni.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui fossero affetti gli Assicurati al momento della stipulazione della presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'art. "Determinazione del danno, criteri di indennizzo".

Art. 3.10 - Responsabilità del Contraente – Equo indennizzo

Qualora il contraente, suoi congiunti o dipendenti, siano ritenuti responsabili dell'infortunio, il Contraente ha diritto di imputare, nel risarcimento dovuto all'assicurato o suoi aventi diritto, l'indennità pagata dalla società.
In ogni caso, gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Art. 3.11 – Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto al precedente art. 3.4, l'assicurazione si intende estesa agli infortuni occorsi all'estero derivanti dallo stato di guerra, per un periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici e non ne prenda parte.

Art. 3.12 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche effettivamente sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino alla concorrenza di € 2.600,00 per evento.

Art. 3.13 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Società corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso Morte. Resta convenuto che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggior indennizzo non potrà, in ogni caso, superare l'importo di € 50.000,00.

Art. 3.14 - Rinuncia alla rivalsa

La società dichiara di rinunciare a favore del Contraente all'azione di surroga prevista dall'art. 1916 del codice civile.

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI

Art. 4.1 – Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

In caso di sinistro l'Ufficio competente del Contraente dovrà farne denuncia alla Società nei modi previsti entro 30 giorni da quando ne ha avuto notizia dall'Assicurato.
Nella denuncia, sottoscritta anche dall'assicurato, dovranno essere specificati :

- generalità dell'infortunato e la sua qualifica nei confronti del Contraente
- luogo, giorno ed ora dell'evento
- cause che concorsero alla sua determinazione
- nominativi di eventuali testimoni o, comunque, indicazioni che consentano una idonea descrizione dell'accaduto
- generalità degli eventuali trasportati e la loro qualifica nei confronti del Contraente;

Dovrà inoltre essere inviata certificazione medica, non appena disponibile.
Quando l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa sia intervenuta durante il periodo di cura, deve essere dato tempestivo avviso alla Società.
In ogni caso, spettando al danneggiato o ai suoi aventi diritto, l'onere della prova, si intende che, in ordine all'ottenimento dell'indennizzo, dovrà essere loro cura provvedere in modo da consentire un completo accertamento del danno.
La Società si impegna a dare comunicazione al Contraente dell'avvenuta definizione o a fornire le eventuali motivazioni del rifiuto.

Art. 4.2 - Controversie

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo, le parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominato uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.
Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituti di medicina legale, più vicini alla sede del Contraente.
Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 4.3 – Informazioni sui sinistri

La Società si impegna ed obbliga a fornire al Contraente, con cadenza semestrale, il dettaglio aggiornato dei sinistri, indicando:

- il n. attribuito al sinistro
- la data dell'apertura di sinistro
- gli estremi identificativi dell'infortunato/i
- la data di accadimento dell'evento
- la tipologia dell'evento
- l'importo liquidato (e relativa data di pagamento) e/o riservato e/o stimato
- le motivazioni a base della eventuale chiusura del sinistro senza seguito
- lo stato della pratica.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data di accensione della polizza fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche e comunque con scadenza almeno semestrale.
La Società dovrà, con detta cadenza semestrale, continuare a rendere i dati previsti anche dopo la cessazione del contratto, sino alla completa definizione di tutti i sinistri.
La Società terrà conto, nella formulazione degli importi da appostare a riserva o da stimare, delle deduzioni ottenute dal Contraente, motivando opportunamente in caso di adozione di diverso importo ed informando contestualmente il Contraente stesso. In caso di esercizio del diritto di recesso anticipato o per sinistro (artt. 2.5 e 2.6) la Società si impegna irrevocabilmente a trasmettere, contestualmente alla disdetta, il report sinistri aggiornato ai sensi del presente articolo, completo per ogni contratto stipulato nell'ambito del Lotto Unico di gara.

SEZIONE 5 – MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 5.1 – Somme assicurate (pro-capite)

RIF.	GARANZIA	SOMMA ASSICURATA	LIMITI DI RISARCIMENTO
3.8.1	Morte	procapite € 125.000,00	
3.8.2	Invalidità Permanente	procapite € 175.000,00	
3.8.3	Inabilità Temporanea	NO	
3.8.4	Diaria da Ricovero	NO	
3.8.5	Diaria da gesso	a forfait € 200,00	
3.8.6	Spese di cura - procapite: a. Ricovero - b. Day hospital c. Rottura lenti ed occhiali d. Cure e protesi dentarie	 € 15.000,00 € 500,00 € 2.500,00	 montature - Max € 150,00 singolo dente - Max € 600,00
3.8.7	Danni al vestiario	€ 150,00	
3.8.8	Spese funerarie	€ 3.000,00	
3.8.9	Perdita anno scolastico	(solo studenti) € 1.500,00	

Art. 5.2 – Calcolo del premio

Il premio anticipato dalla Contraente viene così calcolato *(vedi scheda di offerta)*:

Numero Alunni	Premio imponibile annuo procapite	Premio imponibile annuo complessivo	Imposte e Tasse	Premio FINITO annuo complessivo
(A)	(B)	(AxB)		
n. 900	€ 4,82	€ 4.338,00	€ 108,45	€ 4.446,45

Rimane convenuto tra le parti che la regolazione premio da effettuarsi a norma dell'art. 2.7, Sezione 2 della presente polizza, verrà calcolato sulla base del tasso imponibile offerto in sede di offerta.
L'eventuale revisione delle condizioni normative e di premio indicate in polizza viene regolata ai sensi dell'art. 106 del D. Lgsvo 50/2016, laddove ricorrano elementi idonei a giustificarne una loro variazione.

Art. 5.3 – Riparto di coassicurazione

Il rischio di cui alla presente polizza viene ripartito tra le seguenti Imprese secondo le percentuali indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione
(delegataria)		

Art. 5.4 – Disposizione finale

Resta convenuto che si intendono operanti solo le norme elencate e descritte nella presente polizza nelle Sezioni dalla n. 1 alla n. 5 comprese.
La firma eventualmente apposta dal Contraente su moduli a stampa forniti dalle Società vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

Il Contraente

La Società

SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI
Agenzia Principale di Potenza TANCREDI s.r.l
Agente Capo Procuratore
Giuseppe Tancredi

LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. GALILEI" - POTENZA

Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., la Società ed il Contraente dichiarano di approvare espressamente le seguenti clausole contrattuali:

- **2.2 Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio**
- **2.3 Assicurazione presso diversi assicuratori**
- **2.4 Durata dell'assicurazione**
- **2.5 Facoltà di recesso in caso di sinistro**
- **2.6 Cessazione anticipata del contratto**
- **2.10 Forma delle comunicazioni**
- **2.11 Gestione del contratto**
- **2.12 Rinvio alle norme di legge - Foro competente**
- **2.15 Interpretazione del contratto**
- **2.16 Disciplina dell'appalto**
- **2.17 Legittimazione**
- **3.8 Determinazione del danno – criteri di indennizzo**
- **3.9 Obblighi delle parti contraenti**
- **4.2 Controversie**
- **4.3 Informazione sui sinistri**
- **5.2 Franchigie**
- **5.5 Disposizione finale**

Il Contraente

La Società

LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. GALILEI" - POTENZA

REALE MUTUA

Società Reale Mutua di Assicurazioni - Fondata nel 1828
Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello, 11 - 10122 Torino (Italia) - realemutua@pec.realemutua.it - Registro Imprese Torino, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00875360018 - R.E.A. Torino N. 9806 - Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

(Ai sensi dell'art. 185 del D.Lgs. 07 settembre 2005, n. 209 "Codice delle Assicurazioni Private" e delle circolari ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997, n. 502/D del 25 marzo 2003 e 518/D del 21 novembre 2003)

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

La SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI fondata nel 1828, ha sede legale e sociale in Italia, Via Corte d'Appello, 11 - Torino. È iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione. È capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.

INFORMAZIONI GENERALI RELATIVE AL CONTRATTO

A) LEGISLAZIONE - **Al contratto che verrà stipulato si applica la legge italiana.** Premesso che le parti hanno la facoltà di assoggettare il contratto ad una diversa legislazione, ferma la prevalenza delle disposizioni specifiche in materia di assicurazione obbligatoria nonché delle norme imperative nazionali, Reale Mutua indica come opzione prescelta l'applicazione della legge italiana.

B)
RECLAMI
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11 - 10122 Torino, Numero Verde 800 -320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 742 54 20, e-mail: buongiornoreale@realemutua.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio tutela degli utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

INFORMAZIONI
Reale Mutua è a disposizione della clientela con il Servizio "Buongiorno Reale" Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11 - 10122 Torino, Numero Verde 800 -320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 742 54 20, e-mail: buongiornoreale@realemutua.it sia per informazioni o chiarimenti di carattere generale sia per conoscere condizioni, limiti e modalità per ricorrere alla Commissione di Garanzia.

COMMISSIONE DI GARANZIA
Nella continua attenzione verso i propri Clienti Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato Reale Mutua" con sede in Via dell'Arcivescovado n. 1- 10121 Torino. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. **Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.**

C) **TERMINI DI PRESCRIZIONE - Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile). Nell'assicurazione della Responsabilità Civile il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.**

Si richiama l'attenzione del Contraente
sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.