

## ALLEGATO: 2

### RAMO INFORTUNI

#### DEFINIZIONI

**Assicurazione:** il contratto di assicurazione.

**Polizza:** il documento che prova l'assicurazione.

**Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**Società:** l'impresa assicuratrice.

**Premio:** la somma dovuta alla Società.

**Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Beneficiari:** coloro ai quali spettano le somme dovute dalla Società in caso di sinistro.

**Contraente:** l'Ente che stipula il contratto con la Società.

**Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

#### NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

##### **Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Premesso che a norma degli artt.1892-1893-1894 del C.C. il Contraente è tenuto a dichiarare tutti gli elementi e le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e la determinazione del relativo premio, si conviene che, a parziale deroga di quanto precede, qualora il numero degli assicurati dichiarato sulla scheda di polizza risulti inferiore a quello reale, la garanzia sarà pienamente operante restando tuttavia inteso che alla fine dell'annualità assicurativa la Società provvederà al recupero del premio derivante dalla differenza fra il numero di assicurati dichiarato nella scheda e quello effettivamente accertato.

##### **Art.2 - Pagamento del premio**

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 di pagamento. Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art.1901 C.C.. I premi devono essere pagati al Broker alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

##### **Art.3 - Modifiche dell'assicurazione**

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

##### **Art.4 - Aggravamento del rischio**

Il Contraente 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, ai sensi dell'art.1898 C.C.

##### **Art.5 - 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 del Contraente ai sensi dell'art.1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

##### **Art.6 - Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di sinistro**

In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso scritto al Broker alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro trenta giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto

all'indennizzo, ai sensi dell'art.1915 C.C.

**Art.7 - Disdetta in caso di sinistro**

**Art.8 - Proroga dell'Assicurazione**

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata e/o fax spedito almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno.

**Art.9 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

**Art.10 - Foro Competente**

Foro competente, a scelta della parte attrice, può essere quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede il Broker cui è assegnata la polizza.

**Art.11 - Rinvio alle norme di legge**

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

**NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI**

**Art.12 - Oggetto dell'assicurazione**

L'Assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati indicati nella scheda di polizza subiscano nei limiti e secondo le modalità indicate dalle norme riguardanti la specifica categoria di appartenenza.

Sono compresi in garanzia:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- l) gli infortuni dipendenti da punture di insetti e morsi di animali e di rettili (esclusa la malaria e le malattie in genere).

**Art.13 Rischi esclusi**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 2) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri) salvo quanto disposto al successivo art.14;
- 3) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- 4) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 5) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 6) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- 7) 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.).

**Art.14 - Rischio volo**

L'Assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su veicoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e eventuali altre assicurazioni stipulate dallo

stesso Contraente, dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare il capitale, per persona, di:

- € 1.000.000,00 per caso morte,
- € 1.000.000,00 per caso di invalidità permanente totale,
- € 200.000,00 per il caso di inabilità temporanea totale,

e complessivamente per aeromobile, di:

- € 2.500.000,00 per il caso morte,
- € 2.500.000,00 per il caso di invalidità permanente totale,
- € 200.000,00 per il caso di inabilità temporanea,

nel caso di assicurazione di più persone. In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferenti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni "cumulative" stipulate dallo stesso contraente. Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni. Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso. La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore a un anno.

#### **Art.15 - Limiti di età**

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ad 80 anni, tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

#### **Art.16 - Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco - depressive o stati paranoidi. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tale affezioni.

#### **Art.17 - Limiti territoriali**

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

#### **Art.18 - Denuncia dell'infortunio e oneri relativi**

Fermo quanto previsto dall'art.6, la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento. Il decorso delle lesioni dev'essere documentato da certificati medici. L'Assicurato, o in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

#### **Art.19 - Criteri di indennizzabilità**

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive 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 richiamate all'art.21 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

#### **Art.20 – Morte**

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. Limitatamente agli assicurati "Religiosi" il beneficiario della somma assicurata per il caso di morte s'intende il contraente, il quale, alla liquidazione del sinistro, s'impegna a sollevare la Società da ogni eventuale e successiva domanda od azione da parte di terzi. La medesima pattuizione s'intende operante anche per quanto riguarda le prestazioni sanitarie che, in caso di decesso del Religioso assicurato durante il periodo di ricovero ospedaliero, verranno liquidate al

contraente. Nel caso l'Assicurato non avesse eredi, la Società si impegna a corrispondere al Contraente l'indennità assicurata per il caso di morte restando inteso che il Contraente solleva la Società da ogni eventuale e successiva domanda o azione da parte di terzi. 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 - a quello già pagato per invalidità permanente.

#### **Art.21 - Invalidità Permanente – franchigia fissa 3%**

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 N. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul Lavoro) e successive modifiche intervenute sino alla data di stipula del presente contratto con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia prevista dalla legge.

Si conviene inoltre che in caso di rottura di denti (limitatamente a quelli a carattere permanente) la Società riconoscerà al danneggiato una invalidità permanente liquidabile secondo la tabella di seguito riportata:

- - rottura pari ad almeno un terzo di un incisivo canino 1%
- - perdita totale di un incisivo o canino 2%
- - rottura pari ad almeno un terzo di un premolare o molare 0.50%
- - perdita totale di un premolare o molare 1%.

L'invalidità massima riconoscibile per ogni singolo evento che comporti rottura di denti non sarà superiore al 30%.

#### **Art 21 bis) DIARIA DA RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO E/O MALATTIA**

Qualora sia presente in scheda di polizza la relativa garanzia, l'indennità di degenza vale per gli infortuni e per le malattie subite o contratte in servizio e per causa di servizio e solo dopo la decorrenza della garanzia (30° giorno dalla decorrenza della garanzia per le malattie) per ciascun aderente

Il contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla società le malattie sofferte, nonché mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

#### **Art.22 - Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche ed ospedaliere**

La Società, quando è esplicitamente indicato nell'apposito proposto della scheda di polizza, assicura il rimborso degli onorari ai medici e dei chirurghi, delle spese farmaceutiche nonché delle rette di degenza conseguenti ad un evento considerabile come infortunio a norma delle presenti condizioni generali di assicurazione. La garanzia è operante anche per il rimborso delle spese conseguenti ad accertamenti diagnostici e cure fisioterapiche eseguite, su prescrizione del medico curante, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza. Limitatamente alle seguenti prestazioni: Laserterapia - Magnetoterapia - Tac - Risonanza Magnetica - Artroscopia, la garanzia è operante, singolarmente, fino alla concorrenza del 20% del massimale indicato in polizza per la voce "rimborso spese mediche" e con l'applicazione della franchigia assoluta di €50,00 per ciascun sinistro.

S'intendono comprese anche le spese sostenute per:

- protesi dentarie ed ogni altra protesi, resa necessaria da infortunio;
- l'acquisto di lenti ed occhiali prescritti dal medico curante a seguito di infortunio che comporti diminuzione della vista;
- l'acquisto e/o l'affitto di materiale necessario all'infortunato per un corretto decorso

- dell'infortunio (ad es.: stampelle, busti ortopedici, sedia a rotelle, ecc.);
- il trasporto della persona infortunata all'istituto di cura o al pronto soccorso e viceversa a mezzo di ambulanza o altri mezzi di trasporto.

Tutte le prestazioni che precedono s'intendono comprese nel massimale previsto nella scheda di polizza sotto il titolo del presente articolo. Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili). La denuncia dell'infortunio, anche agli effetti del presente articolo deve essere fatta nel termine e con le modalità previste. In caso di ritardata denuncia non vengono rimborsate le spese relative al periodo anteriore al giorno della denuncia stessa. La domanda per il rimborso di dette spese corredate dai documenti giustificativi di cui sopra deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e la degenza.

#### **Art.23 - Modalità di valutazione del danno**

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art.19, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede, a scelta della Società, presso la sede della Società stessa o presso la sede dell'agenzia alla quale è assegnata la polizza. 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. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

#### **Art.24 – Liquidazione**

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia, e ricevuta la necessaria documentazione, la Società liquida in lire italiane l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede entro 15 giorni al pagamento. La Società si impegna altresì, ove richiesta, a corrispondere anticipi fino al 50% delle somme dovute all'infortunato sia per il caso di invalidità permanente sia per il rimborso spese mediche.

#### **Art.25 - Morte Presunta**

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, semprechè non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione ed accoglimento dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli artt. 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.

#### **Art.26 - Diritto di surrogazione**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art.1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

#### **Art.27 - Norme che regolano l'assicurazione dei Dipendenti e Collaboratori Volontari in genere**

Sono considerati dipendenti le persone non appartenenti all'Ente Contraente che sono iscritti nei libri paga tenuti dall'Ente Contraente stesso a norma di legge; sono considerati collaboratori volontari tutti coloro che non appartengono all'Ente Contraente e prestano la loro opera gratuitamente e non, nello svolgimento delle varie attività promosse ed organizzate dall'Ente Contraente per il perseguimento dei suoi fini istituzionali. La garanzia vale per gli infortuni che detti assicurati dovessero subire durante lo svolgimento dell'attività lavorativa e di collaborazione in favore dell'Ente Contraente. Fra i collaboratori si intendono compresi giovani che prestano il

servizio civile presso l'Ente Contraente in qualità di educatori ed animatori del tempo libero, supplenti, accompagnatori anche come autisti, nonché assistenti volontari in genere.

La copertura si intende prestata anche per gli infortuni avvenuti in occasione della guida di veicoli e nel tragitto casa – ente – casa (rischio in itinere)

#### **Art.28 - Norme che regolano l'assicurazione degli Assistiti – partecipanti ai progetti**

La garanzia è prestata per gli infortuni avvenuti durante la partecipazione a tutte le attività programmate dall'Ente Contraente nell'interesse degli "Assistiti/Utenti".

Per Assistiti/Utenti si intendono i giovani che frequentano le attività gestite dall'Ente Contraente. La garanzia è operante durante la partecipazione degli Assistiti/Utenti all'attività presso le sedi gestite sia dall'Ente Contraente che gestite da terzi comprese attività di educazione fisica, artistiche, teatrali, culturali e l'esecuzione di lavoro manuale previsto dai progetti, che può svolgersi anche con uso di macchine, nonché durante la partecipazione a tutte le altre attività, come a titolo esemplificativo e non limitativo:

- visite, a scopo di studio o di esperimento, a stabilimenti industriali, laboratori, cantieri, costruzioni ed impianti, nonché a scuole in genere;
- riunioni religiose e patriottiche, culturali e artistiche, di svago e di diporto; esercizi fisici e sports; visite a musei, mostre ed esposizioni; pellegrinaggi, gite, passeggiate ed escursioni anche in montagna compresa la pratica dell'alpinismo senza scalata di rocce od accesso ai ghiacciai, semprechè effettuati sotto la direzione, sorveglianza e responsabilità dell'Ente contraente; durante le gite in montagna possono essere attraversati ghiacciai purché gli stessi si trovino lungo i sentieri tracciati;
- viaggi effettuati nelle circostanze e per gli scopi su accennati, con ordinari mezzi di locomozione e di trasporto terrestre o marittimo, in servizio pubblico o privato, purché compiuti in forma collettiva, sotto l'organizzazione, direzione, sorveglianza e vigilanza del Contraente;
- quotidiane ricreazioni e giochi relativi.

La garanzia è altresì operante per il soggiorno degli assistiti/utenti in colonie, campeggi, ed attività similari, quali soggiorni estivi ed invernali, gestite dal Contraente e/o da terzi, ma sotto la sorveglianza e responsabilità dell'Ente Contraente. Nelle colonie devono intendersi assicurati, anche eventuali ragazzi ospiti non allievi, purché in numero pari o inferiore agli allievi iscritti al corrispondente Istituto; s'intende compreso anche il viaggio dall'Istituto alla colonia e viceversa organizzato sia dall'Ente Contraente direttamente sia da terzi.

Sono compresi in garanzia gli infortuni che gli assistiti/utenti possono subire durante il percorso dalla propria abitazione alla scuola gestita dall'Ente Contraente o dall'Istituto Contraente ad una altra scuola e viceversa anche se detti percorsi vengono eseguiti, oltre che a piedi, con l'uso o guida di mezzi di trasporto pubblico o privato.

Si conferma che per gli assistiti/utenti la garanzia è operante anche durante lo svolgimento di attività presso ubicazioni, gestite da terzi.

Esclusivamente a favore degli assistiti/utenti di età non inferiore a 10 anni, si conviene che la garanzia è operante anche per infortuni subiti in occasione di attività ricreative esterne, di compimento di commissioni e relativi percorsi esterni, effettuati anche isolatamente, eseguiti su incarico e/o autorizzazione dell'Ente Contraente durante il periodo in cui tali allievi sono affidati all'Ente stesso.

#### **CLAUSOLA BROKER**

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto a JANUA BROKER S.p.A. (in seguito Broker).

Su espressa richiesta del Contraente, tutti i rapporti inerenti la presente Polizza, compresa la gestione amministrativa dei sinistri, potranno essere svolti dal Broker medesimo per conto dell'Assicurato/Contraente. Agli effetti di quanto precede, ogni comunicazione fatta dal Broker a UNIPOL ASSICURAZIONI, nel nome e per conto dell'Assicurato/Contraente, si intenderà come fatta dall'Assicurato/Contraente. Parimenti, ogni comunicazione resa dalla UNIPOL Assicurazioni al Broker s'intenderà valida come se effettuata direttamente all'Assicurato/Contraente fermi i casi di risoluzione contrattuale e tutti gli atti di straordinaria gestione del contratto medesimo.

#### **RINVIO ALLE CGA DI POLIZZA:**

Le parti prendono atto che per quanto non diversamente regolato dal presente allegato valgono le CGA di Polizza Mod. 1031 Edizione 02/2011