

# FASCICOLO INFORMATIVO

(ai sensi degli Artt.30 e segg. del Reg. IVASS n° 35 del 26/05/2010)

**Contratto di assicurazione**  
**Azienda Bergamasca Formazione**  
**Via Monte Gleno, 2**  
**24125 Bergamo (BG)**  
**C.F./P.IVA 03240540165**

**SEZIONE A – INFORTUNI**

**SEZIONE B – ASSISTENZA**

**Il presente Fascicolo Informativo, contenente:**

- a) Nota Informativa;**
- b) Condizioni Generali di Polizza;**
- c) Informativa sul Trattamento dei Dati Personali**

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.**

**Prima della sottoscrizione, leggere attentamente la Nota Informativa.**

**Mod. CGA ABF Ed.1 Rev. 3 – POLIZZA 24876**

## NOTA INFORMATIVA DANNI

Data dell'ultimo aggiornamento dei dati contenuti nella presente Nota Informativa: 27.01.2017

**La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione della stessa autorità.**

**Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni e dell'articolo 31 del Regolamento IVASS n. 35 del 26 maggio 2010, la presente Nota Informativa riporta in grassetto le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico del Contraente o dell'Assicurato, esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della garanzia, nullità, decadenze, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenza" dal Regolamento IVASS n. 35.

I termini utilizzati nella presente nota informativa assumono il significato definito nell'ambito delle condizioni di assicurazione.

**Il presente documento non può in ogni caso derogare quanto espressamente previsto nell'ambito delle Condizioni di Polizza che prevarranno sulla nota informativa. Eventuali pattuizioni in deroga o in aggiunta a quanto previsto nel presente documento possono essere contenute nelle appendici integrative e/o negli allegati alle condizioni di polizza.**

**Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet [www.sicurezza scuola.it](http://www.sicurezza scuola.it) a far data dal 01/09 di ogni anno.**

## **A. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA**

### **1. Informazioni Generali**

- AIG Europe Limited. Registrata in Inghilterra e nel Galles con il numero 01486260. Sede legale: The AIG Building, 58 Fenchurch Street, Londra EC3M 4AB, Regno Unito
- La presente polizza di assicurazione è emessa da AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, filiale con sede legale in Via della Chiusa, 2, 20123, Milano, Italia - Tel: +39 02.36.90.1 Fax: 02 36 90 222
- Sito web: [www.aig.co.it](http://www.aig.co.it)
- Indirizzo e-mail: [info.italy@aig.com](mailto:info.italy@aig.com)
- AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia è soggetta alla vigilanza dell'autorità di vigilanza per il mercato assicurativo inglese. Financial Services Authority. AIG Europe Limited è autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento ed il numero di iscrizione all'Albo delle Imprese di assicurazione è I.00106. I regimi normativi vigenti in altri paesi in cui opera AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia potrebbero discostarsi del tutto o in parte da quello esistente nel Regno Unito. L'attività di AIG Europe Limited sul mercato italiano è regolamentata dall'IVASS.

### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società 1**

- AIG Europe Limited ha un patrimonio netto pari a £ 3.280 milioni (€ 4.044 milioni), di cui £ 197 milioni (€ 242 milioni) a titolo di capitale sociale e £ 3.083 milioni (€ 3.801 milioni) a titolo di riserve patrimoniali.
- L'indice di solvibilità della compagnia, inteso come il rapporto tra il margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 466%. Questo coefficiente è basato sul requisito patrimoniale minimo introdotto dal regime Solvency 1, ottenuto sulla base del Regulatory Return presentato a fine anno dalla compagnia.

## **B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio, da parte dell'Istituto Scolastico, del "Modulo di adesione" o dalle ore 24.00 del giorno ivi indicato se posteriore alla data di trasmissione e cessa alla scadenza pattuita.

### **Avvertenza:**

**La copertura non prevede il tacito rinnovo e dunque non è presente alcun obbligo di disdetta.**

**Si rinvia all'art. 3 "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Condizioni Generali di Polizza per gli aspetti di dettaglio.**

<sup>1</sup> I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato. La conversione da sterline ad euro è basata sul cambio ufficiale di mercato al 30 novembre 2011

### 3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La polizza offre una serie di coperture assicurative suddivise in sezioni di seguito sinteticamente descritte:

**La presente sezione non prevede franchigie.**

#### SEZIONE A – INFORTUNI

Con questa copertura la Società corrisponde un indennizzo in caso di infortunio.

L'Assicurazione è valida per gli infortuni che l'Assicurato subisce **nell'ambito delle strutture scolastiche** nonché durante tutte le attività, sia interne che esterne, senza limiti di orario, organizzate e/o gestite e/o effettuate e/o autorizzate dall'Istituto Scolastico Contraente, comprese quelle complementari, preliminari o accessorie, compatibilmente e/o in conformità con la vigente normativa scolastica con l'esclusione dei reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.

**Avvertenza: la presente Sezione è soggetta a condizioni di assicurabilità, limitazioni ed esclusioni che possono determinare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo. A tal proposito, si richiama l'attenzione sul contenuto degli artt. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", 3 "Decorrenza dell'assicurazione e Pagamento del premio", 6 "Aggravamento del rischio", 7 "Diminuzione del rischio" delle Condizioni Generali di Assicurazione nonché all'art. 25 "Oggetto dell'Assicurazione", 28 "Caso Invalidità Permanente", 43 "Contagio accidentale da Virus H.I.V. – Epatite Virale", 44 "Esclusioni", 45 "Denuncia dell'Infortunio – Obblighi relativi – Forma delle Comunicazioni", 46 "Criteri di indennizzo" delle Condizioni Generali di polizza.**

**Avvertenza: La garanzia summenzionata prevede massimali, franchigie e limiti di indennizzo. A tal proposito, si richiama l'attenzione sul contenuto del Certificato di Polizza. Tali franchigie, scoperti e massimali opportunamente evidenziati sulle Condizioni Generali di Assicurazione, trovano la loro collocazione negli specifici articoli a cui sono riferiti.**

Di seguito, è fornita un'esemplificazione numerica del meccanismo di applicazione di franchigie, limite di indennizzo e somme assicurate usato in polizza:

#### Caso

Un alunno durante lo svolgimento delle lezioni subisce un infortunio che causa una invalidità permanente accertata pari al 50%.

Somma assicurata	€ 300.000 con riconoscimento dell'invalidità del 100% se accertata al 45%
Franchigia su IP	nessuna
Grado di IP accertato	50 punti
Indennizzo riconosciuto	€ 300.000

**collocazione negli specifici articoli a cui sono riferiti.**

#### SEZIONE B – ASSICURAZIONE ASSISTENZA - SPESE MEDICHE – SECOND OPINION – ASSICURAZIONE BAGAGLIO

Nei limiti ed alle condizioni di polizza sono previste le seguenti garanzie:

**Assistenza**, nel caso in cui l'Assicurato, a seguito del verificarsi di un sinistro, si trovi in difficoltà e necessiti dei seguenti servizi: 1) Informazioni; 2) Assistenza a scuola o presso le sedi ove vengono svolte le attività scolastiche, 3) Assistenza in viaggio.

**Il servizio viene prestato durante le ore di ufficio dalle 08.30 alle ore 18.00 di tutti i giorni feriali.**

**Spese mediche**, la Società sostiene direttamente o rimborsa le spese mediche in caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato in viaggio all'estero, causato da malattia improvvisa (art. 52 "Assicurazione spese mediche da malattia in viaggio").

**Tale garanzia non è operante se l'intervento di assistenza non sia stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa.**

**Bagaglio**, la Società indennizza l'Assicurato, nel limite del capitale assicurato per persona e per periodo assicurativo dei danni materiali e diretti a lui derivanti da furto, incendio, rapina, scippo, mancata riconsegna da parte del Vettore aereo del bagaglio personale.

**Avvertenza: le garanzia summenzionate di cui alla presente Sezione sono soggette a condizioni di assicurabilità, limitazioni ed esclusioni specifiche, che possono determinare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo. Per maggior dettaglio si rinvia agli articoli riportati di seguito:**

-Assistenza: artt. 50 “Oggetto della garanzia Assistenza”, 51 “Assistenza durante le attività scolastiche o presso le sedi ove vengono svolte le attività”.

-Spese mediche: artt. 52 “Assicurazione Spese mediche da malattia in viaggio”, 53 “Assicurazione Spese mediche Grandi Interventi Chirurgici”, 56 “Esclusioni”, 57 “Disposizioni e Delimitazioni”.

-Bagaglio: artt. 58 “Oggetto della garanzia”, 59 “Esclusioni”, 60 “Disposizioni e Delimitazioni”.

**Avvertenza:** La garanzia summenzionata prevede massimali, franchigie e limiti di indennizzo. A tal proposito, si richiama l'attenzione sul contenuto del Certificato di Polizza. Tali franchigie, scoperti e massimali opportunamente evidenziati sulle Condizioni Generali di Assicurazione, trovano la loro collocazione negli specifici articoli a cui sono riferiti.

#### **4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alla circostanza del rischio-Nullità**

**Avvertenza:**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relativamente a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del contratto o in occasione dei successivi rinnovi, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione del contratto di assicurazione. Si rinvia all'art. 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio e variazioni nella professione non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione del contratto ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile. A tal proposito, si richiamano gli artt. 6 e 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

**A titolo meramente esemplificativo, e non esaustivo, una circostanza che può costituire un aggravamento del rischio è il caso in cui l'assicurato svolga attività extrascolastiche diverse e non rientranti nel normale programma di studio.**

Il premio di assicurazione, comprensivo di tasse ed imposte è riportato sul Certificato di Polizza. Il premio è stabilito per periodi assicurativi della durata di un anno, ed è dovuto per intero per il periodo assicurativo in corso.

**Il pagamento del premio verrà effettuato entro 60 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione o per le rate successive alla prima, dalla scadenza della ricorrenza annuale.** Trascorso tale termine la garanzia resta sospesa a tutti gli effetti sino alle ore 24 del giorno in cui il pagamento del premio verrà effettuato.

Il premio di polizza viene calcolato sulla base del numero degli Alunni Iscritti e degli Operatori Scolastici secondo una delle modalità indicate **all'art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.**

Il premio di assicurazione verrà corrisposto dall'Assicurato utilizzando come mezzo di pagamento il bonifico bancario. **A tal proposito, si richiama l'art. 3 Condizioni Generali di Assicurazione.**

**Avvertenza:**

**Non sono previsti sconti di premio da parte della Società o dell'Intermediario.**

#### **5. Adeguamento del premio e delle somme assicurate**

Non sono previsti adeguamenti automatici di somme assicurate e premio.

#### **6. Diritto di recesso in caso di sinistro**

**Avvertenza:**

Dopo ciascun sinistro liquidato nell'anno assicurativo e fino al 60° giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, entrambe le Parti possono recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni; se viene intimata dalla Società, essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile, relativa al periodo di rischio non corso.

Le Parti hanno la facoltà di rescindere il contratto a ciascuna scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 60 (sessanta) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

Tuttavia, a richiesta dell'Azienda Contraente, potrà essere concessa una proroga ai sensi di legge. In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza appena scaduta, per ogni giorno di copertura.

Si rinvia all'art. 3 e 9 delle Condizioni Generali di Polizza per i termini e le modalità di esercizio di tale diritto.

## **7. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

## **8. Legge applicabile al contratto**

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. Ai sensi del Codice delle Assicurazioni, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

La lingua prescelta dalle parti per le comunicazioni relative al presente contratto è l'italiano.

## **9. Regime fiscale**

Gli oneri fiscali relativi al contratto di assicurazione sono a carico del Contraente o dell'Assicurato. Gli indennizzi corrisposti in caso di sinistro sono esenti dall'imposte sui redditi e da altre imposte indirette.

## **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

### **10. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo**

**Avvertenza:**

#### **Norme in caso di sinistro**

##### **Per la SEZIONE INFORTUNI**

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso alla Società entro 30 giorni dalla data dell'infortunio, mediante l'apposito programma, presente all'area riservata del sito [www.sicurezzaeducazione.it](http://www.sicurezzaeducazione.it).

La denuncia, deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e deve essere corredata medico di Pronto Soccorso rilasciato da una struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso o per infortuni che interessino l'apparato dentario, il certificato potrà essere rilasciato da altro Medico o Specialista, sempreché detta certificazione venga redatta, di norma, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro. In alternativa, il Contraente potrà comunque effettuare la denuncia dandone avviso scritto alla Società anche tramite il Broker cui la polizza è assegnata entro 30 giorni dall'infortunio, Si rinvia all'art. all'art. 45 "Denuncia di Infortunio – Obblighi relativi – Forma delle comunicazioni".

##### **Per la SEZIONE ASSISTENZA IN VIAGGIO - ASSISTENZA DURANTE LE ATTIVITÀ SCOLASTICHE**

L'Assicurato deve denunciare il sinistro contattando per telefono, oppure telex, telefax o telegraficamente la Centrale Operativa ai seguenti numeri: telefono 800 231323, telefax +39 039 6057533, telefono dall'estero +39 039 6554 6618. Si rinvia all'art. all'art. 61 "Assistenza in viaggio – Assistenza durante le attività scolastiche".

##### **Per la SEZIONE SPESE MEDICHE IN VIAGGIO**

L'Assicurato deve denunciare il sinistro con avviso scritto alla Società, anche per il tramite del broker appena possibile e comunque entro 30 giorni dal termine del Viaggio o pervenire alla Società, anche per il tramite del broker entro il termine inderogabile di 60 giorni dalla data del Sinistro stesso. Si rinvia all'art. all'art. 62 "Spese Mediche in viaggio e Grandi Interventi".

##### **Per la SEZIONE BAGAGLIO**

L'Assicurato deve denunciare il sinistro con avviso scritto alla Società, anche per il tramite del broker appena possibile e comunque entro 30 giorni dal viaggio, fornendo dati anagrafici, recapito e numero della presente polizza, indicando, inoltre la denuncia e gli originali dei documenti richiesti. Si rinvia all'art. all'art. 63 "Bagaglio".

## 11. Reclami

Siamo convinti che ogni cliente meriti un servizio tempestivo, cortese ed efficiente. Nel caso in cui il nostro servizio non soddisfi le vostre aspettative potete contattarci agli indirizzi e secondo le modalità qui di seguito indicate.

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere formulati per iscritto all'Assicuratore ed indirizzati a:

**AIG Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia**  
**Servizio Reclami**  
**Via della Chiusa, 2 – 20123 Milano**  
**Fax 02 36 90 222**  
**e-mail: [servizio.reclami@aig.com](mailto:servizio.reclami@aig.com)**

Sarà cura della Compagnia informare il reclamante dell'avvenuta ricezione e della presa in carico del reclamo, entro 5 giorni dalla ricezione dello stesso. La Compagnia comunicherà gli esiti del reclamo al reclamante il prima possibile, e comunque entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, potranno essere presentati direttamente a:

**IVASS**  
**Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni**  
**Servizio Tutela degli Utenti**  
**Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma**

contestualmente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET

- eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi;
- i reclami già presentati direttamente all'Assicuratore e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte della compagnia stessa o che abbiano ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

Il nuovo reclamo dovrà contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'Assicuratore e dell'eventuale riscontro della stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

In mancanza di alcuna delle indicazioni previste ai punti a), b) e c) l'IVASS, ai fini dell'avvio dell'istruttoria, entro il termine di novanta giorni dalla ricezione del reclamo chiede al reclamante, ove individuabile in base agli elementi di cui alla lettera a), l'integrazione dello stesso con gli elementi mancanti.

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.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria. Nel caso in cui le Parti si siano accordate per una legislazione diversa da quella italiana, l'organo incaricato di esaminare gli eventuali reclami sarà quello eventualmente previsto dalla legislazione prescelta e l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra l'autorità competente e il Contraente Arbitrato.

## 12. Arbitrato

Per quanto riguarda la sezione INFORTUNI, in caso di disaccordo tra Assicurato ed impresa in merito all'indennizzabilità del sinistro, nonché su causa, natura e conseguenze dell'infortunio, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici da nominarsi con apposito atto. (Sezione INFORTUNI- art. 48).

### **Avvertenza:**

**Resta fermo il diritto per entrambe le parti di rivolgersi all' Autorità Giudiziaria.**



## GLOSSARIO

Il presente paragrafo della Nota Informativa contiene ed esplica i termini tecnici comunemente utilizzati in un contratto assicurativo, che il Contraente potrà utilizzare per una migliore comprensione del contratto di assicurazione.

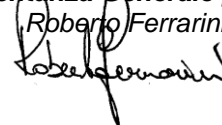
Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del contratto di assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente le Definizioni di cui alle Condizioni di Polizza.

<b>Assicurato</b>	nei rami danni, la persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo.
<b>Assicurazione</b>	l'operazione con cui un soggetto (Assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (Società) un rischio al quale egli è esposto.
<b>Assicurazione Assistenza</b>	Il contratto di assicurazione con il quale l'assicuratore si impegna a mettere a immediata disposizione dell'assicurato un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito (guasto meccanico all'auto, infortunio all'estero, ecc.). L'aiuto può consistere nella prestazione di un servizio o nella corresponsione di una somma di denaro.
<b>Assicurazione infortuni</b>	Il contratto di assicurazione con il quale l'assicuratore si impegna a garantire all'assicurato l'indennizzo dei danni conseguenti ad un infortunio, dal quale derivi un'inabilità permanente e un'inabilità temporanea a svolgere un'attività lavorativa oppure la morte.
<b>Assicurazione Responsabilità Civile</b>	Il contratto di assicurazione con il quale l'assicuratore si impegna a tenere indenne l'assicurato di quanto questi debba pagare, in quanto responsabile per legge, a titolo di risarcimento dei danni involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di un sinistro verificatosi in relazione ai rischi per i quali è prestata l'assicurazione. I rischi della responsabilità civile sono numerosi e possono riguardare: la proprietà di un fabbricato, l'attività professionale, la responsabilità del datore di lavoro (RCT/O), la responsabilità per l'inquinamento, etc.
<b>Accessori</b>	Maggiorazione del premio netto, espressa in percentuale e/o in cifra assoluta, che pur essendo indicata separatamente, forma parte integrante del premio stesso
<b>Carenza</b>	Il periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace.
<b>Certificato di polizza</b>	Il documento, rilasciato dall'assicuratore, che attesta l'esistenza dell'assicurazione. Dal certificato deve risultare, tra l'altro, il periodo di assicurazione per il quale l'assicurato ha pagato il premio.
<b>Codice delle Assicurazioni</b>	il Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come successivamente modificato.
<b>Contraente</b>	il soggetto che stipula l'assicurazione con la Società e si obbliga a pagare il premio. Il Contraente può non coincidere con l'Assicurato. Le due figure coincidono quando il Contraente assicura un interesse di cui è titolare (ad esempio, un bene di sua proprietà).
<b>Danno indennizzabile</b>	danno determinato in base alle condizioni tutte di polizza, senza tenere conto di eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo.
<b>Denuncia di sinistro</b>	Avviso che l'assicurato deve dare all'assicuratore a seguito di un sinistro. Salvo diversa previsione contrattuale, l'avviso deve essere dato entro tre giorni dalla data in cui il sinistro si è verificato, o dalla data in cui l'assicurato ne è venuto a conoscenza.
<b>Dichiarazioni precontrattuali</b>	Informazioni relative al rischio fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione. Tali informazioni consentono all'assicuratore di effettuare una corretta valutazione del rischio e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare l'assicuratore su aspetti rilevanti per la valutazione del rischio, l'assicuratore può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o meno intenzionale o gravemente negligente.
<b>Disdetta</b>	Comunicazione che il contraente deve inviare all'assicuratore, o viceversa, entro un termine di

	preavviso fissato dal contratto, per evitare la tacita proroga del contratto di assicurazione
<b>Franchigia/scoperto</b>	Clausole contrattuali che limitano, sul piano quantitativo, la garanzia prestata dall'assicuratore facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'assicurato. La franchigia, di regola espressa in cifra fissa o in percentuale, si applica sulla somma assicurata, ed il suo ammontare è quindi definibile a priori. Essa si differenzia proprio per questo dallo scoperto, in quanto quest'ultimo, espresso in percentuale, si applica sul danno, ed il suo ammontare non è quindi definibile a priori.
<b>Indennizzo</b>	la somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.
<b>Intermediario</b>	Il soggetto che interviene nel rapporto contrattuale di assicurazione tra il Contraente e la Società
<b>IVASS</b>	Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo. Ente di diritto pubblico cui spetta il controllo sulle imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e i broker) e sui periti per la stima dei danni ai veicoli.
<b>Indennizzo/somma assicurata</b>	l'obbligazione massima della Società per sinistro e/o per periodo assicurativo prevista per una specifica garanzia.
<b>Nota informativa</b>	Documento che l'assicuratore deve consegnare al contraente prima della conclusione del contratto di assicurazione. La nota informativa contiene informazioni relative all'Impresa di assicurazione e informazioni relative al contratto (garanzie ed opzioni, durata del contratto, modalità di versamento dei premi, regime fiscale, legislazione applicabile, reclami in merito al contratto, ecc.).
<b>Periodo di assicurazione</b>	Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente.
<b>Perito</b>	il libero professionista incaricato dalla Società di stimare l'entità del danno subito dall'Assicurato. I periti sono iscritti in un apposito albo professionale tenuto dall'IVASS.
<b>Polizza</b>	il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.
<b>Premio lordo</b>	il corrispettivo dovuto dal Contraente alla Società a fronte delle prestazioni assicurate
<b>Premio netto</b>	Il premio lordo al netto di accessori e delle imposte
<b>Rischio</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
<b>Rivalsa</b>	il diritto che spetta alla Società nei confronti dell'Assicurato e che consente alla Società di recuperare dall'Assicurato gli importi pagati ai terzi danneggiati, nei casi in cui essa avrebbe avuto contrattualmente il diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.
<b>Sinistro</b>	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<b>Società</b>	l'impresa assicuratrice esercente professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa, autorizzata dall'IVASS e sottoposta alla sua vigilanza.
<b>Surrogazione</b>	la facoltà della Società che abbia corrisposto l'Indennizzo di sostituirsi all'Assicurato nei diritti verso il terzo responsabile, qualora il danno dipenda dal fatto illecito di un terzo.

**AIG Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.**

**AIG Europe Limited  
Rappresentanza Generale per l'Italia**

Roberto Ferrarini  




## SOMMARIO

### DEFINIZIONI

#### NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio;
- Art.2 Durata dell'assicurazione;
- Art.3 Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio;
- Art.4 Regolazione del premio;
- Art.5 Modifiche dell'assicurazione;
- Art.6 Aggravamento del rischio;
- Art.7 Diminuzione del rischio;
- Art.8 Pagamento dell'indennizzo;
- Art.9 Recesso in caso di sinistro;
- Art.10 Oneri fiscali;
- Art.11 Clausola broker;
- Art.12 Foro competente;
- Art.13 Interpretazione del contratto;
- Art.14 Rinvio delle norme di legge;
- Art.15 Altre assicurazioni;
- Art.16 Esonero denuncia generalità degli assicurati;
- Art.17 Esonero denuncia infermità - Difetti fisici;
- Art.18 Persone non assicurabili;
- Art.19 Esclusioni comuni;
- Art.20 Diritto di rivalsa;
- Art.21 Limiti di età;
- Art.22 Limiti territoriali;
- Art.23 Coassicurazione e delega;

#### SEZIONE A – INFORTUNI

- Art.24 Assicurati;
- Art.25 Oggetto dell'assicurazione;
- Art.26 Limiti catastrofali;
- Art.27 Caso morte;
- Art.28 Caso invalidità permanente;
- Art.29 Recupero sperato (recovery hope);
- Art.30 Spese mediche a seguito di infortunio;
- Art.31 Spese aggiuntive;
- Art.32 Diaria da ricovero – Day Hospital – Day Surgery;
- Art.33 Diaria da gesso;
- Art.34 Indennità da immobilizzazione dita mani;
- Art.35 Danno estetico;
- Art.36 Spese per lezioni private di recupero;
- Art.37 Indennità da accompagnamento e trasporto dell'assicurato all'istituto di cura;
- Art.38 Perdita dell'anno scolastico;
- Art.39 Indennità da assenza per infortunio;
- Art.40 Critical Illness (Poliomielite – Meningite cerebro spinale – Epatite virale);
- Art.41 Proseguimento degli studi;
- Art.42 Spese trasporto casa scuola e viceversa per gessature;
- Art.43 Contagio accidentale da virus H.I.V. – Epatite virale;
- Art.44 Esclusioni;
- Art.45 Denuncia dell'infortunio – Obblighi relativi – Forma delle comunicazioni;
- Art.46 Criteri di indennizzo;
- Art.47 Modalità per la liquidazione degli indennizzi;
- Art.48 Controversie.

#### SEZIONE B – ASSICURAZIONE ASSISTENZA – SPESE MEDICHE – SECOND OPINION – ASSICURAZIONE BAGAGLIO

- Art.49 Assicurati;
- Art.50 Oggetto della garanzia;
- Art.51 Assistenza durante le attività scolastiche in sede o presso le sedi ove vengono svolte le attività;
- Art.52 Assicurazione spese mediche in viaggio;
- Art.53 Assicurazione spese mediche "Grandi Interventi Chirurgici";
- Art.54 Second Opinion – Consulenza sanitaria di altissima specializzazione;
- Art.55 Informazioni;
- Art.56 Esclusioni;
- Art.57 Disposizioni e limitazioni;
- Art.58 Assicurazione Bagaglio – Oggetto della garanzia;
- Art.59 Esclusioni assicurazione Bagaglio;

Art.60 Disposizioni e limitazioni;  
Art.61 Normativa in caso di sinistro – Assistenza in viaggio – Assistenza durante le attività scolastiche;  
Art.62 Normativa in caso di sinistro – Spese mediche viaggio e Grandi interventi;  
Art.63 Normativa in caso di sinistro – Bagaglio;  
Art.64 Normativa in caso di sinistro – Informazioni.

**DEFINIZIONI**

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato

<b>Assicurazione:</b>	Il contratto di assicurazione.
<b>Assicurato:</b>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
<b>Assistenza:</b>	L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro.
<b>Bagaglio:</b>	L'insieme dei capi di vestiario o delle apparecchiature foto cine ottiche di proprietà dell'Assicurato che lo stesso indossa o porta con sé durante il viaggio.
<b>Broker:</b>	L'intermediario di assicurazioni a cui il Contraente ha affidato la gestione del contratto.
<b>Contraente:</b>	Il soggetto che ha stipulato il contratto nell'interesse proprio e di altre persone.
<b>Day Hospital:</b>	il ricovero effettuato in degenza diurna per terapie mediche che richiedono la compilazione di cartella clinica (sono esclusi gli accertamenti diagnostici).
<b>Day-Surgery:</b>	L'intervento chirurgico effettuato in sala operatoria presso un Istituto di Cura, in regime di degenza diurna, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica.
<b>Franchigia/scoperto:</b>	La parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato, calcolata in misura fissa o in percentuale.
<b>Indennità/indennizzo:</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Infortunio:</b>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
<b>Inabilità Permanente:</b>	Perdita, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
<b>Inabilità Temporanea</b>	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria normale attività.
<b>Polizza:</b>	Il documento che prova l'assicurazione.
<b>Premio:</b>	La somma di denaro dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Ricovero:</b>	Degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
<b>Rischio:</b>	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
<b>Sinistro:</b>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<b>Società:</b>	AIG Europe Limited

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### ART. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

### ART. 2 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata del presente contratto è fissata in anni 3 (TRE), con effetto dalle ore 24,00 del 31/08/2016 e scadenza alle ore 24,00 del 31/08/2019.

Alla relativa scadenza, il contratto cesserà automaticamente, senza obbligo di preventiva comunicazione tra le Parti.

Sarà comunque facoltà delle Parti rescindere il contratto al termine di ogni periodo assicurativo annuo, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

### ART. 3 – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

Il rischio di cui alla presente polizza dovrà essere messo in copertura dalle ore 24,00 del 31/08/2016 da parte della Società.

La Società avrà il diritto al pagamento della prima rata di premio, entro i 60 giorni successivi alla data di decorrenza del contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24,00 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

Il premio del presente contratto ha frazionamento annuale con scadenze di rata al 31/08 di ogni annualità.

I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, per il tramite del Broker.

Esclusivamente nel caso in cui dovessero verificarsi ritardi nei pagamenti dovuti all'esito positivo delle verifiche da effettuarsi presso Equitalia S.p.A. ai sensi dell'art. 48 bis del D.P.R. 602/1973 e del relativo Regolamento di attuazione approvato con decreto 18/01/20089, n.40 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Società si impegna a prestare comunque la garanzia tantomeno potranno essere applicati interessi di mora sulle somme relative a pagamenti sospesi per effetto dell'applicazione di detto articolo, a partire dalla data della verifica fino alla conclusione del blocco del pagamento.

Per tutti gli altri casi di assenza di pagamento da parte del Contraente/Assicurato, trascorsi i termini tutti di cui al presente articolo, la Società avrà facoltà di agire per il recupero del credito con addebito dei relativi costi.

### ART. 4 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio verrà anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e sarà regolato a fine di ogni annualità assicurativa, o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio dei premi.

A tale scopo entro 60 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, il Contraente dovrà fornire per iscritto alla Società i dati necessari al conteggio del premio definitivo.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante atto formale di mesa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le gare successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento delle differenze attive. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società, fero il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli infortuni accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

### ART. 5 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

### ART. 6 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni constatato aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

### ART. 7 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

### ART. 8 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo.

### ART. 9 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ciascun sinistro liquidato nell'anno assicurativo e fino al 60° giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, entrambe le Parti possono recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni; se viene intimata dalla Società, essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile, relativa al periodo di rischio non corso.

**ART. 10 – ONERI FISCALI**

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

**ART. 11 – CLAUSOLA BROKER**

Il Contraente dichiara di aver affidato, ai sensi del D. Lgs. 209/2005, la gestione del presente contratto alla società di Brokeraggio BG Broker S.r.l. Sede a BERGAMO 24126 Via Carlo Alberto, 7/C.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la predetta società, in particolare:

- Il Broker provvede alla gestione del contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale revoca dell'incarico al Broker.
- Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 15 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente.
- Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.
- La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire almeno 15 giorni prima della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi.  
La polizza e le eventuali successive appendici, dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.
- Il pagamento effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso.  
Il Broker invierà alla Società, a mezzo raccomandata, telefax, o telegramma le relative comunicazioni di incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dal timbro postale o la data di invio del telefax.
- I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso.
- Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).

**ART. 12 – FORO COMPETENTE**

Foro competente in via esclusiva, relativamente alle controversie tra Contraente e Società, in merito alla interpretazione, esecuzione e risoluzione del presente contratto è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del contraente/beneficiario/assicurato.

**ART. 13 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

Si conviene fra 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.

**ART. 14 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

**ART. 15 – ALTRE ASSICURAZIONI**

È data facoltà al Contraente di non comunicare:

- altre assicurazioni che avesse o che stipulasse in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati dalla presente polizza;
- eventuali contratti individuali che gli assicurati abbiano stipulato o che stipolino anche per proprio conto.

**ART. 16 – ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

**ART. 17 – ESONERO DENUNCIA INFERMITA' DIFETTI FISICI**

Il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette ed esclusive causate dall'infortunio.

**ART. 18 – PERSONE NON ASSICURABILI**

Non sono assicurabili, indipendente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, AIDS.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

**ART. 19 – ESCLUSIONI COMUNI**

L'assicurazione non è operante per:

- a) atti di guerra (dichiarata o non) anche civile, atti di ostilità, colpi di stato, esplosioni di armi militari, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazioni militari, invasioni, reati dolosi compresi quelli di terrorismo o sabotaggio;
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni nonché calamità naturali dichiarate tali dalle competenti Autorità;
- c) sviluppo, comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- d) trasformazioni o assestamenti energetici del nucleo dell'atomo, naturali o provocati artificialmente e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, e simili).
- e) i danni derivanti direttamente e/o indirettamente da asbesto.

**ART. 20 – DIRITTO DI RIVALSA**

Premesso che è diritto della Società esercitare azione di regresso verso gli autori o terzi responsabili dell'infortunio per le prestazioni da essa effettuate in virtù del presente contratto, la Società dichiara di rinunciare a questo diritto nei confronti:

- di tutti i soggetti assicurati con la presente polizza;
- del coniuge, dei genitori, dei figli degli Assicurati, nonché di qualsiasi altro parente ed affine fino al quarto grado;

a condizione che l'Assicurato infortunato o, in caso di morte, i suoi aventi diritto non esercitino, nei confronti di detti soggetti, azione per il risarcimento del danno.

**ART. 21 – LIMITI DI ETÀ'**

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli ottanta anni.

Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

**ART. 22 – LIMITI TERRITORIALI**

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

**ART. 23 – COASSICURAZIONE E DELEGA**

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nel contratto di Assicurazione, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della relativa quota, quale risulta dal Contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidarne la delega alla Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla direzione della Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori, spettanti a ciascuna coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.



## SEZIONE A – INFORTUNI

### ART. 24 – ASSICURATI

Con il termine "Assicurato" si intendono i soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione e più precisamente:

- ⇒ Allievi iscritti presso ABF – Azienda Bergamasca Formazione di Bergamo, in tutte le sue varie sedi di svolgimento di attività formative e di politiche attive del lavoro, compresi quelli neo iscritti frequentanti il nuovo anno scolastico sino alla scadenza della polizza in corso e/o delle prima rata di premio;
- ⇒ Allievi di altre scuole, anche stranieri;
- ⇒ Studenti esterni che partecipano ad attività/stage organizzati da ABF – Azienda Bergamasca Formazione di Bergamo;
- ⇒ Operatori Scolastici in servizio presso la ABF – Azienda Bergamasca Formazione di Bergamo siano essi: dipendenti che intrattengono con l'Azienda Contraente rapporto di lavoro subordinato sia esso continuativo che a tempo determinato, compresi gli esperti esterni/prestatori d'opera estranei all'organico dell'Azienda che operano all'interno della stessa in attività deliberate dagli Organi competenti e sulla base di regolare contratto di prestazione d'opera o di incarico occasionale a titolo gratuito.

Tutti gli assicurati sono garantiti, indipendentemente dal loro stato psicofisico.

### ART. 25 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata nei limiti delle somme assicurate, per gli infortuni subiti dagli Assicurati nell'ambito dell'Azienda Contraente nonché durante tutte le attività, sia interne che esterne, senza limiti di orario, organizzate e/o gestite e/o effettuate e/o autorizzate dall'Azienda Contraente, comprese quelle complementari, preliminari o accessorie, compatibilmente e/o in conformità con la vigente normativa scolastica.

A titolo puramente esemplificativo, la garanzia vale anche durante:

- lo svolgimento delle assemblee studentesche, anche se effettuate in locali esterni alla scuola, purché si sia ottemperato alle disposizioni della C.M. n. 312, XI cap. 27.12.79. L'assicurazione si estende anche alle assemblee studentesche non autorizzate, purché si svolgano all'interno dell'Azienda contraente;
- il servizio esterno alla scuola svolto da operatori scolastici purché tale servizio venga svolto su preciso mandato del Presidente e/o de Direttore Generale;
- le lezioni di educazione fisica, l'attività sportiva in genere svolta in palestre, piscine e campi sportivi anche esterni alla scuola, le "settimane bianche", purché sul posto venga prevista adeguata sorveglianza;
- gli stages, i tirocini formativi, l'alternanza scuola/lavoro, ed interscambi culturali, anche all'estero;
- visite a cantieri, aziende e laboratori anche quando comprendano esperimenti e prove pratiche dirette;
- gite e passeggiate, viaggi di integrazione culturale e di preparazione di indirizzo, visite guidate, visite a musei ed attività culturali in genere;

La copertura assicurativa si intende estesa anche a:

- A) **Malore** – L'Assicurazione comprende gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- B) **Colpi di sole e Punture di insetti** – La garanzia è estesa ai colpi di sole e di calore nonché punture d'insetto, morsi di animali e di rettili;
- C) **Ernie e sforzi muscolari** – La garanzia comprende le lesioni conseguenti a sforzi muscolari traumatici ed a ernie addominali traumatiche. Se l'ernia, anche bilaterale, non risulta operabile secondo parere medico, sarà riconosciuta una invalidità permanente non superiore al 10%. Qualora dovessero insorgere contestazioni circa la natura e l'operatività dell'ernia, la decisione verrà rimessa al collegio medico.
- D) **Infortuni Aeronautici** - Nell'ambito della copertura suddetta l'assicurazione si intende estesa all'uso, in veste di passeggero, di aeromobili di linea eserciti da società di traffico aereo regolare ed autorizzato (escluso aeromobili privati).
- E) **Negligenza grave** - La garanzia è estesa agli infortuni sofferti per imprudenza e/o negligenza grave dell'Assicurato.
- F) **Tumulti Popolari** - La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da Tumulti Popolari, Aggressioni o Atti Violenti, anche con movente politico, sociale o sindacale, sempreché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e/o volontaria.
- G) **Forze della natura e contatto con corrosivi** - La garanzia è estesa agli infortuni causati da fulmine, grandine, tempeste di vento, scariche elettriche o da improvviso contatto con corrosivi.
- H) **Rapina** - La garanzia è estesa agli infortuni sofferti a seguito di rapina, tentata rapina o sequestro di persona.
- I) **Calamità naturali** - A parziale deroga dell'Art. 1912 del C.C., l'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche.
- J) **Rischio in Itinere** – La garanzia è operante per tutti gli Assicurati durante i trasferimenti connessi allo svolgimento delle attività assicurate.

Relativamente al percorso casa-scuola e viceversa, le garanzie operano esclusivamente a favore dei soggetti come segue:

1. **Allievi:** le garanzie sono operanti anche durante il tragitto dall'abitazione (intendendosi per tale l'abitazione dell'Allievo o di persone che abbiano in custodia, sia pure temporaneamente, l'Assicurato medesimo) alla struttura (scuola o altro) e viceversa, compresi gli eventuali rientri pomeridiani effettuati con qualsiasi mezzo di locomozione, durante il tempo necessario a compiere il percorso prima e dopo l'orario di inizio e termine di tutte le attività.
2. **Docenti e personale operante in Azienda:** l'assicurazione è operante anche durante il tragitto dall'abitazione alla struttura (scuola o altro) e viceversa, nonché durante il tragitto fra le sedi ove si svolge l'attività del Contraente, compresi gli eventuali rientri pomeridiani, con qualsiasi mezzo di locomozione, durante il tempo necessario a compiere il percorso prima e dopo l'orario di inizio e termine di tutte le attività.

Agli effetti della presente estensione di garanzia e per tutti gli assicurati indicati ai precedenti punti 1. E 2., qualora non fossero osservate le norme del Codice della Strada relativamente all'utilizzo di automobili ciclomotori, motocicli e biciclette, la Società rimborserà il 50% dei capitali assicurati per ciascuna delle garanzie previste in polizza.

- K) Sono inoltre considerati infortuni:
- l'asfissia non di origine morboso;
  - l'annegamento;
  - l'assideramento e congelamento;
  - l'avvelenamento, le intossicazioni e/o le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
  - le folgorazioni.

#### **ART. 26 – LIMITI CATASTROFALI**

Resta espressamente convenuto che, nel caso di evento che colpisse più persone assicurate in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire un indennizzo complessivo per le seguenti voci superiore:

- € 18.000.000,00 per Infortuni Aeronautici, uscite didattiche e gite;
- € 12.000.000,00 per Calamità Naturali;
- € 18.000.000,00 per Tumulti Popolari, Aggressioni o atti violenti;
- € 18.000.000,00 per Altri eventi ricompresi tra le garanzie di polizza non diversamente limitati.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite fissato nell'ambito della combinazione di garanzia prescelta, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione alle singole somme assicurate.

#### **ART. 27 – CASO MORTE**

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Cod. Civ..

#### **ART. 28 – CASO INVALIDITÀ PERMANENTE**

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di rottura dei denti che abbiano comportato la ricostruzione degli stessi, non si procederà al riconoscimento della Invalidità permanente, ma esclusivamente al rimborso delle spese occorrenti alla ricostruzione stessa come previsto dall'articolo 30 lettera a) "Spese Dentarie".

Resta tuttavia convenuto che:

- In caso di infortunio liquidabile a termini di polizza, che determini un grado d'invalidità pari o superiore al 45% (quarantacinque per cento) della totale, verrà riconosciuta all'Assicurato un'invalidità permanente del 100% (cento per cento);
- Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro due anni dal giorno dell'infortunio;
- La Società liquida un'indennità sulla somma assicurata pari al 100% del valore di ogni singolo punto di invalidità accertata oltre il 3%.

#### **ART. 29 – RECUPERO SPERATO (RECOVERY HOPE)**

La Società riconosce a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario, il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite:

- L'ammontare dell'indennizzo per Recupero Sperato è pari alla indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza. La Società verserà al Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito) l'indennizzo per Recupero Sperato al verificarsi delle condizioni di seguito riportate.
- Potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo per Recupero Sperato:
  - se l'Alunno assicurato sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 100 giorni;

- (II) se sarà stata data comunicazione alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 100 giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 100 giorni di coma;
- (III) se sarà stata fornita alla Società la documentazione richiesta ai sensi dell'Art. 42 terz'ultimo comma (Prova), su tale stato.
- c. La domanda di pagamento dell'indennizzo Recupero Sperato deve essere presentata dai genitori dell'Alunno assicurato o dal tutore nominato corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica sia della nomina a tutore sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recupero Sperato secondo le modalità e gli effetti previsti in questa specifica garanzia.
- d. A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recupero Sperato, la copertura assicurativa a favore dell'alunno di cui alla polizza cesserà e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere né per morte né per invalidità permanente, salvo al verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue.

Nella ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recupero Sperato l'Alunno assicurato esca totalmente dal coma la Società, a richiesta dell'Assicurato stesso (dai genitori se trattasi di minore) o, a richiesta del tutore (purché debitamente autorizzato con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente) effettuerà il pagamento di un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto, sino ad un massimo di **Euro 50.000,00** (cinquantamila). Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni e a condizione che alla Società sia stata fornita la documentazione richiesta ai sensi dell'Art. 42 terz'ultimo comma (Prova) su tale stato.

### ART. 30 – SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società rimborsa fino a concorrenza della somma di **€ 80.000,00 (ottantamila)**, le spese mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza sostenute:

- durante il ricovero in istituti pubblici o privati comprese le spese in Day Surgery;
- per visite mediche specialistiche regolarmente prescritte;
- per acquisto di medicinali regolarmente prescritti (incluso rimborso ticket);
- per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- per l'applicazione di apparecchi gessati e/o immobilizzanti, bendaggi, e docce di immobilizzazione;
- per analisi ed accertamenti diagnostici, strumentali e di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa;
- per terapie fisiche e specialistiche regolarmente prescritte;
- per presidi ortopedici, ma limitatamente alla sola prima applicazione di corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi conseguenti ad infortunio, protesi e tutori di funzione degli arti superiori, inferiori e del tronco;
- per protesi oculari ed acustiche;
- per il trasporto dell'Assicurato, dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura più vicino al luogo di accadimento del sinistro, compreso l'eventuale rientro all'Azienda con qualsiasi mezzo effettuato;

Qualora l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, comporti il ricovero ospedaliero dell'Assicurato per almeno 60 giorni continuativi unitamente ad un intervento chirurgico, si conviene che le somme assicurate per la garanzia "Spese Mediche a seguito di infortunio" devono intendersi raddoppiate.

Fermo restando il limite della somma assicurata per rimborso spese mediche da Infortunio, la garanzia comprende le seguenti prestazioni:

- a) **Spese dentarie:** la Società, senza sottolimiti per dente, le spese per cure odontoiatriche ed ortodontiche rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovato da certificato medico sino ad un massimo del corrispondente del 150% della "Tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche e odontoiatriche", pubblicato nel supplemento alla G.U. N. 128 del 2 giugno 1992.

Si precisa che le spese per le protesi sono rimborsabili solo per la prima protesi (e non le successive) indipendentemente da quando dovrà essere applicata in base ai criteri di indennizzo previsti in polizza.

La ricostruzione delle parti danneggiate (intervento di conservativa) non è considerata protesi e rientra a tutti gli effetti nelle spese per cure odontoiatriche ed ortodontiche.

L'Assicurato si impegna a presentare alla Società un preventivo dettagliato di tutte le cure da effettuarsi e, a richiesta della Società, un'ortopantomografia o RX Endorale ai fini dell'ottenimento dell'indennizzo.

Sono inoltre rimborsabili le spese per le visite odontoiatriche periodiche con il limite massimo di due per ogni sinistro.

La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

La Società si riserva inoltre di sottoporre l'Assicurato ad ogni eventuale accertamento sanitario che si rendesse necessario a comprova dello stato di salute denunciato.

- b) **Spese e cure oculistiche – Danni a occhiali:** la Società rimborsa come conseguenza diretta ed esclusiva di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovato da certificato medico:

- Le spese per cure oculistiche rese necessarie da infortunio ivi comprese le spese per l'acquisto di lenti da vista, anche a contatto con relative montature, come conseguenza diretta di infortunio che abbia causato danno oculare fino alla concorrenza del massimale "Rimborso Spese Mediche da Infortuni" previsto. **Sono escluse dalla garanzia le lenti "usa e getta"**.

- Le spese sostenute per l'acquisto o la riparazione di: lenti da vista, anche a contatto e relative montature, rotte a seguito di infortunio. Il limite massimo di risarcimento per Assicurato, per sinistro e per anno per questa specifica estensione di garanzia è pari a **€ 300,00. Sono escluse dalla garanzia le lenti "usa e getta"**.

Il risarcimento avverrà in base al valore a nuovo (intendendosi per tale il prezzo originario di acquisto) per i beni acquistati nei dodici mesi precedenti la data del sinistro, purché sia il valore sia il possesso dei beni e la data di acquisto, risultino provati da apposita documentazione riferita a tali beni oggetto del sinistro (fatture, ricevute fiscali, scontrini e simili validi documenti fiscali probatori).

In caso diverso per il risarcimento si terrà conto della semplice vetustà del bene all'atto del sinistro, indipendentemente dallo stato di conservazione ed utilizzo del bene stesso. In tal caso verrà applicato un degrado calcolato come segue:

1. In presenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi oltre i dodici mesi precedenti la data del Sinistro: degrado del 40% del valore di acquisto originario;
2. In assenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi l'indennizzo non potrà superare l'importo di € 50,00.

La garanzia non è operante durante i trasferimenti previsti all'articolo 25 Oggetto dell'Assicurazione lettera J) Rischio in Itinere. La Società si riserva:

- di sottoporre l'Assicurato ad ogni eventuale accertamento sanitario che si rendesse necessario a comprova dello stato di salute denunciato.
  - Di richiedere all'Assicurato la consegna del bene danneggiato.
- c) **Acquisto apparecchi acustici da infortunio:** la Società rimborsa le spese per cure all'apparato uditivo rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza ivi comprese le spese per l'acquisto o la riparazione di protesi acustiche rotte a seguito di infortunio; si precisa che le spese per protesi sono rimborsabili solo per la prima protesi (e non le successive) purché essa sia applicata entro quattro anni dal giorno dell'Infortunio. Il rimborso avverrà dietro presentazione dei giustificativi di spesa e dei certificati comprovanti la menomazione subita dall'assicurato.  
La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.  
La Società si riserva di richiedere all'Assicurato la consegna del bene danneggiato.

#### ART. 31 – SPESE AGGIUNTIVE

La Società, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, provvede al rimborso, fino al valore commerciale o d'uso del bene e comunque fino alla concorrenza delle somme garantite:

1. Le spese per l'acquisto di capi di vestiario rotti a seguito di infortunio. **Il limite massimo di risarcimento per Assicurato, per sinistro e per anno è pari ad € 1.500,00.**
2. Le spese per la riparazione o l'acquisto di sedie a rotelle e tutori, per portatori di handicap danneggiati a seguito di infortunio. **Il limite massimo di risarcimento per Assicurato, per sinistro e per anno è pari ad € 3.000,00.**
3. Le spese per l'acquisto, il noleggio o la riparazione di apparecchi e/o protesi ortopediche e/o terapeutiche rotti a seguito di infortunio. **Il limite massimo di risarcimento per Assicurato, per sinistro e per anno è pari ad € 1.500,00.**
4. Le spese per l'acquisto, il noleggio o la riparazione di apparecchi e/o protesi ortodontiche, rotti a seguito di infortunio. **Il limite massimo di risarcimento per Assicurato, per sinistro e per anno è pari ad € 1.500,00.**
5. Le spese necessarie per la riparazione della bicicletta utilizzata al momento del sinistro. **Il limite massimo di risarcimento per Assicurato, per sinistro e per anno è pari ad € 600,00.** Per ottenere il rimborso è indispensabile presentare il verbale redatto dall'Autorità intervenuta.

#### ART. 32 – DIARIA DA RICOVERO – DAY HOSPITAL – DAY SURGERY

La Società rimborsa all'Assicurato l'indennità giornaliera di € 100,00 per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 720 (settecentoventi) giorni per evento, in caso di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Sono equiparati a ricovero anche il Day Hospital e il Day Surgery.

La garanzia "diaria da ricovero" non è cumulabile con quella relativa alla "Indennità da immobilizzazione (ditta mani)".

#### ART. 33 – DIARIA DA GESSO (GARANZIA VALIDA SOLO PER GLI ALLIEVI)

Qualora, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia causato una lesione radiologicamente accertata, l'Assicurato risulti portatore di apparecchi gessati inamovibili o equivalenti immobilizzanti inamovibili, applicati e rimossi presso Strutture Ospedaliere, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera di € 40,00.

Tale indennità verrà corrisposta per ciascun giorno in cui l'assicurato avrebbe dovuto frequentare la Sede ove si svolge l'attività oggetto dell'assicurazione indipendentemente dalla reale presenza all'interno della stessa per una durata massima di trenta giorni dall'infortunio.

L'indennità giornaliera sarà liquidata al 100% in caso di assenza dalle lezioni ed al 50% in caso di presenza.

L'operatività della garanzia è subordinata alla presentazione della seguente documentazione:

1. Certificato medico che attesti l'applicazione delle immobilizzazioni presso le Strutture Ospedaliere;
2. Certificato di rimozione della immobilizzazione presso le Strutture Ospedaliere.

In ogni caso l'indennizzo non verrà corrisposto nei casi in cui all'Assicurato, per lesioni alle dita delle mani, siano stati applicati: Docce/Valve/Steche gessate, Steche di Zimmer, Finger Splint, Bendaggi elasto/adesivi o alla colla di zinco e tutori in genere amovibili.

Se l'infortunio ha determinato anche il ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa indennità giornaliera non è cumulabile con quella da ingessatura, che decorrerà dalla data di cessazione del ricovero e terminerà in ogni caso entro il trentesimo giorno dalla data del sinistro.

#### ART. 34 – INDENNITÀ DA IMMOBILIZZAZIONE DITA MANI

Qualora, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia causato una lesione radiologicamente accertata alle dita delle mani e per la quale l'Assicurato risulti portatore di:

docce/valve/steche gessate, steche di zimmer, finger splint/bendaggi elasto/adesivi o alla colla di zinco e tutori in genere amovibili, viene riconosciuta una liquidazione forfetaria di € 100,00.

Il rimborso verrà effettuato esclusivamente previa presentazione della documentazione attestante l'applicazione dell'apparecchio immobilizzante.

L'operatività della presente garanzia è subordinata all'assenza di ulteriori spese rimborsabili o indennizzi nonché a risarcimenti a titolo di invalidità permanente.



**ART. 35 – DANNO ESTETICO**

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico al viso (escluso l'apparato ortodontale), che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società, fino alla concorrenza di € **10.000,00**, rimborserà le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Tali spese saranno rimborsate purché siano state sostenute entro due anni dal giorno dell'infortunio.

**ART. 36 – SPESE PER LEZIONI PRIVATE DI RECUPERO**

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che abbia determinato l'assenza dell'allievo per almeno 30 giorni consecutivi di lezione (documentati da certificazione medica ad uso scolastico) la Società rimborserà, previa presentazione di adeguata documentazione, le spese sostenute per le lezioni private di recupero eventualmente sostenute fino ad un massimo di € **3.000,00**.

**ART. 37 – INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO E TRASPORTO DELL'ASSICURATO ALL'ISTITUTO DI CURA**

Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza per il quale l'Assicurato, necessiti di cure ripetute (medicazioni complesse, applicazioni fisioterapiche e terapie mediche) regolarmente prescritte dal medico curante, la Società rimborsa, a titolo di concorso alle spese di accompagnamento e trasporto necessarie a raggiungere l'Istituto di cura, un'indennità giornaliera di € **50,00**. Detta indennità verrà corrisposta per la durata massima di 30 giorni per evento e per anno assicurativo fino ad un massimo di € **1.500,00**

**ART. 38 – PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO**

Qualora in conseguenza di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, accaduto negli ultimi quattro mesi dell'anno scolastico che comporti una mancata partecipazione alle lezioni per almeno 45 giorni consecutivi, l'allievo assicurato si trovasse nell'impossibilità di concludere l'anno scolastico, la Società corrisponderà la somma assicurata indicata in polizza, a titolo forfetario e solo per il primo anno scolastico ripetuto.

L'operatività della garanzia è subordinata alla presentazione, da parte dell'Azienda Bergamasca Formazione (Centro di Formazione Professionale) di Bergamo, di idonea documentazione attestante la causa della bocciatura.

**ART. 39 – INDENNITA' DA ASSENZA PER INFORTUNIO**

Qualora l'allievo assicurato, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, sia rimasto assente dalle lezioni per più di 20 giorni scolastici consecutivi, e non abbia presentato alcuna spesa, viene riconosciuta una liquidazione forfetaria di € **150,00**.

**ART. 40 – CRITICAL ILLNESS (POLIOMIELITE – MENINGITE CEREBRO SPINALE – EPATITE VIRALE)**

Qualora in caso di diagnosi fatta all'Assicurato di una delle malattie gravi indicate di seguito, la Società corrisponderà l'indennità di € **15.000,00** a titolo forfetario. Per malattia grave si intende esclusivamente una delle seguenti malattie gravi garantite: poliomielite, meningite cerebro spinale, epatite virale.

In caso di epatite virale l'indennità non si cumula con quella prevista al successivo art. 43 e verrà corrisposta esclusivamente in conseguenza di un ricovero ospedaliero.

La malattia deve essere certificata da un medico che eserciti nell'Unione Europea e comprovata da validi esami diagnostici. La diagnosi dovrà essere fatta durante il periodo di validità dell'assicurazione.

Non sono garantite le malattie gravi diagnosticate durante i primi 30 giorni dalla data di inizio dell'assicurazione. L'Assicurazione di cui alla presente estensione di garanzia cesserà automaticamente dopo il 60° giorno dalla data della prima diagnosi.

**ART. 41 – PROSEGUIMENTO DEGLI STUDI**

Qualora un unico evento provochi la morte di entrambi i genitori dell'allievo assicurato la Società corrisponderà al beneficiario/Assicurato una tantum un indennizzo pari ad € **25.000,00** a titolo di contributo, per il completamento del regolare corso di studi. In caso di pluralità di figli assicurati, la somma verrà ripartita in parti uguali.

**ART. 42 – SPESE TRASPORTO CASA SCUOLA E VICEVERSA PER GESSATURE**

Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che abbia causato una lesione radiologicamente accertata, per la quale l'Assicurato diventi portatore, al di fuori dell'Istituto di Cura, di gessature o apparecchi protesici al bacino e/o agli arti inferiori (o superiori, se il trasporto autonomo è reso problematico), applicati e rimossi da personale medico o paramedico nelle apposite strutture, la Società, a titolo di concorso alle spese di trasporto da casa a scuola e viceversa avvenuto con mezzi di trasporto pubblici (compreso taxi), rimborsa, dietro presentazione di adeguata documentazione fiscale, le relative spese sostenute, fimo ad un massimo dell'importo giornaliero di € **30,00** e, comunque, fino alla concorrenza del massimale di € **900,00**.

In caso di trasporto avvenuto con mezzi privati, fermo restando il predetto limite massimo di risarcimento, verrà effettuato un rimborso chilometrico di € **0,50** per km con le seguenti modalità:

- Trasferimenti all'interno del comune: 10 km forfetari giornalieri;
- Trasferimenti da Comune a Comune: 20 Km forfetari giornalieri.

#### ART. 43 – CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS H.I.V. – EPATITE VIRALE

In caso di contagio, avvenuto esclusivamente durante lo svolgimento delle attività assicurate descritte all'Art. 25, in conseguenza di:

- a) puntura o ferita occasionale da oggetto infettato da virus;
- b) aggressioni subite dall'Assicurato;
- c) trasfusione di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
- d) contagio avvenuto in situazioni di soccorso prestato nell'ambito dell'Azienda Contraente, a soggetti assicurati presunti portatori dei virus.

La Società liquiderà la somma assicurata di € 50.000,00, qualora l'Assicurato risulti sieropositivo, secondo la procedura di accertamento stabilita come segue:

1. l'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato dai virus a causa di un evento accidentale descritto alle lettere a), b), c), d) che precedono, deve, entro 15 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Società (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma o telefax indirizzato alla Società, anche per il tramite del Broker. Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata una descrizione dettagliata dell'evento, certificata dal Contraente o dall'Ente – se diverso dal Contraente – presso il quale si è verificato il fatto accidentale. Entro 15 giorni dall'evento l'Assicurato – fatta eccezione per i casi regolamentati al punto 2. seguente – deve sottoporsi ad un primo test presso un centro specializzato indicato dalla Società. Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo o affetto da epatite "B" o "C", non sarà dovuto alcun indennizzo. L'assicurazione prevista dalla presente estensione di garanzia cessa nei suoi confronti. Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo, l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test: se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, la Società liquiderà la somma convenuta. Tutte le spese mediche relative al test immunologico sono a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, anche dette spese saranno rimborsate dalla Società. L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza del beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico. Il rispetto rigoroso dei termini della denuncia e degli altri obblighi indicati nei commi precedenti, è essenziale per la validità dell'assicurazione: in caso di inadempienza l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo.
2. In relazione ai rischi descritti alle lettere a), b), c), d) che precedono ed alla procedura di accertamento della sieropositività si conviene che:
  - in caso di aggressione a seguito della quale l'Assicurato, o chi per lui, si trovi in condizioni di non autosufficienza (tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso, con conseguente ricovero in istituto di cura), l'Assicurato deve sottoporsi al test appena ne abbia avuto la possibilità e comunque entro 180 giorni dall'aggressione; L'aggressione deve risultare da denuncia (anche contro ignoti) all'Autorità competente;
  - in caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico, l'Assicurato è esonerato dal primo test immunologico, restando confermata la necessità di sottoporvisi entro i 180 giorni dalla trasfusione; la cartella clinica completa sarà corredo necessario della pratica di sinistro.
3. La Società, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo test immunologico descritto nel precedente punto 1., corrisponde l'indennizzo pari alla somma convenuta.

In caso di epatite virale l'indennità non si cumula con quella prevista al precedente art. 40 e verrà corrisposta esclusivamente in conseguenza di un ricovero ospedaliero.

Nel caso in cui l'evento abbia provocato simultaneamente il doppio contagio dei virus la Società corrisponderà una somma assicurata pari a € 50.000,00 senza cumulo delle somme.

#### ART. 44 – ESCLUSIONI

Oltre alle esclusioni previste dall'Art.19, le garanzie della Sezione "Infortuni" non sono operanti per gli infortuni direttamente derivanti da:

- a) uso di aeromobili militari non adibiti a regolare traffico civile (continuativo od occasionale), ovvero, uso di aeromobili privati, a meno che tale uso non si renda necessario a seguito di emergenza ad altro mezzo di trasporto sul quale l'Assicurato si trovi in viaggio;
- b) guida di aeromobili di ogni tipo;
- c) uso di mezzi aerei condotti da persone non munite di brevetto;
- d) guida od uso di mezzi di locomozione subacquei;
- e) esercizio, anche occasionale, dei seguenti sport: atletica pesante con la sola esclusione della pratica del body building che pertanto si deve intendere ricompreso in garanzia, pelota, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai senza accompagnatore di guida qualificata, salti dal trampolino con sci o idrosci, guidoslitta, caccia a cavallo, immersioni con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere, speleologia. Tali esclusioni non sono valide se le attività sono previste nell'ambito del P.O.F. e del P.O.N.;
- f) partecipazione a corse o gare sportive e/o in generale a qualsiasi attività sportiva avente carattere professionistico o semiprofessionistico, tra le altre: gioco del calcio, automobilismo (salvo quelle di regolarità e le gimcane), motociclismo, motonautica, ippica, ecc., e relative prove ed allenamenti;
- g) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- h) reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- i) suicidio od il tentato suicidio;
- j) partecipazione ad esercitazioni militari (con l'esclusione del servizio militare in tempo di pace); ed inoltre guerra, ostilità, invasione, rivoluzione, insurrezione, guerra civile, potere militare; salvo il caso che l'Assicurato sia colto dagli eventi bellici mentre si trova in un Paese non in stato di belligeranza, nel qual caso la garanzia resta valida per il periodo massimo di 14 giorni dalla dichiarazione dello stato di guerra;



#### **ART. 45 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO – OBBLIGHI RELATIVI – FORMA DELLE COMUNICAZIONI**

L'Assicurato deve presentare denuncia alla Società entro 30 giorni dall'infortunio. La denuncia di ogni infortunio deve essere fatta alla Società anche per il tramite del Broker, entro 30 giorni dall'infortunio. La denuncia, deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico di Pronto Soccorso rilasciato da una struttura Medico Ospedaliera di pronto soccorso redatto, di norma, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro.

Qualora non sia presente una struttura Medico Ospedaliera di Pronto Soccorso o per infortuni che interessino l'apparato dentario, il certificato potrà essere rilasciato da altro Medico o Specialista, sempreché detta certificazione venga redatta, di norma, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro.

Tutta la certificazione medica successiva al primo certificato e attestante l'evoluzione dell'infortunio, deve essere trasmessa alla Società, anche per il tramite del Broker, entro trenta giorni dalla data del rilascio della stessa.

In mancanza del certificato di guarigione, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

L'infortunato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alle visite di medici incaricati dalla Società ed a qualsiasi accertamento che la Società ritenga necessario, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato la persona assicurata.

Se dall'infortunio risulta la morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata entro settantadue ore per telegramma.

Se non viene adempiuto intenzionalmente agli obblighi sopra previsti, l'infortunato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto alle indennità. Se l'inadempienza è involontaria, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Colui il quale richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

#### **ART. 46 – CRITERI DI INDENNIZZO**

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi 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.

Nei casi preesistenti di mutilazioni o difetti fisici, 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.

#### **ART. 47 – MODALITÀ PER LA LIQUIDAZIONE DEGLI INDENNIZZI**

La liquidazione dell'indennizzo avrà luogo a guarigione avvenuta, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale, debitamente quietanzati (notule, ricevute, ticket, fatture).

Le indennità ed i rimborsi vengono corrisposti in Italia ed in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non aderenti all'Euro, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.

Relativamente alle spese per l'applicazione di Protesi Dentarie Art. 30 lettera a), si precisa che le stesse saranno liquidate nel modo seguente:

- Se l'applicazione della protesi potrà essere eseguita entro un anno dal giorno dell'infortunio sarà liquidato l'importo risultante da fattura sino ad un massimo del corrispondente del 150% della "Tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche e odontoiatriche", pubblicato nel supplemento alla G.U. N. 128 del 2 giugno 1992.
- Nel caso in cui, per l'età giovanile dell'Assicurato, non sia possibile l'applicazione della prima protesi entro un anno dalla data dell'infortunio, l'Assicurato potrà chiedere un indennizzo sulla base del preventivo delle cure da sostenere. Tale indennizzo sarà erogabile una sola volta a definizione del sinistro sino ad un massimo del corrispondente costo previsto dalla "Tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche e odontoiatriche", pubblicato nel supplemento alla G.U. N. 128 del 2 giugno 1992.

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta tutta la documentazione la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni.

#### **ART. 48 – CONTROVERSIE**

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, nonché su causa, natura e conseguenze dell'infortunio, 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 ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Resta salva la facoltà dell'Assicurato di ricorrere in via alternativa all'Autorità Giudiziaria Ordinaria.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo. Sin d'ora, pertanto, le parti rinunciano a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali.

**SEZIONE B – ASSICURAZIONE ASSISTENZA – SPESE MEDICHE – SECOND OPINION – ASSICURAZIONE BAGAGLIO**

**ASSISTENZA**

**ART. 49 – ASSICURATI**

Con il termine "Assicurato" si intendono i soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione e più precisamente:

- ⇒ Allievi iscritti presso ABF – Azienda Bergamasca Formazione di Bergamo, in tutte le sue varie sedi di svolgimento di attività formative e di politiche attive del lavoro, compresi quelli neo iscritti frequentanti il nuovo anno scolastico sino alla scadenza della polizza in corso e/o delle prima rata di premio;
- ⇒ Allievi di altre scuole, anche stranieri;
- ⇒ Studenti esterni che partecipano ad attività/stage organizzati da ABF – Azienda Bergamasca Formazione di Bergamo;
- ⇒ Operatori Scolastici in servizio presso la ABF – Azienda Bergamasca Formazione di Bergamo siano essi: dipendenti che intrattengono con l'Azienda Contraente rapporto di lavoro subordinato sia esso continuativo che a tempo determinato, compresi gli esperti esterni/prestatori d'opera estranei all'organico dell'Azienda che operano all'interno della stessa in attività deliberate dagli Organi competenti e sulla base di regolare contratto di prestazione d'opera o di incarico occasionale a titolo gratuito.

Tutti gli assicurati sono garantiti, indipendentemente dal loro stato psicofisico.

**ASSISTENZA IN VIAGGIO**

**ART. 50 – OGGETTO DELLA GARANZIA**

La Società, in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato in viaggio, tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, le seguenti prestazioni:

- a) **Invio medico** – Quando l'Assicurato, in caso di malattia improvvisa o infortunio, necessita di una visita medica urgente, la Società provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, ad inviare un Medico. In caso irreperibilità immediata del Medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Società organizza il trasferimento dell'Assicurato in ambulanza ad un ospedale per le cure del caso.
- b) **Trasporto in ambulanza**: ove dia accertata l'urgenza della prestazione, la Società organizza il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.
- c) **Collegamento continuo con il centro ospedaliero**: quando l'Assicurato in viaggio sia ricoverato in un Istituto di Cura, la Società tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunica ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.  
Tale garanzia è operante nel rispetto della normativa prevista dal D.lgs n.196 del 30/6/03, pertanto l'Assicurato dovrà fornire, quando possibile, una liberatoria nei confronti di Società, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.
- d) **Invio medicinali all'estero**: non reperibili in loco e solo dopo che la Centrale Operativa, in accordo con il medico curante, abbia accertato che le specialità farmaceutiche locali non siano equivalenti. La Centrale Operativa effettua l'invio in accordo con le norme locali che regolano il trasporto e l'importazione dei farmaci richiesti. Il costo dei farmaci rimane a carico dell'Assicurato.
- e) **Trasporto – rientro sanitario**
  - ⇒ Dal centro medico di pronto soccorso o di primo ricovero ad un centro medico meglio attrezzato;
  - ⇒ Dal centro medico alla residenza dell'Assicurato.

Se necessario l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico ed infermieristico.  
La Società effettua il Trasporto - Rientro Sanitario, tenendo a proprio carico tutte le spese, con l'utilizzo dei mezzi ritenuti più idonei e, se necessario, con l'utilizzo dell'aereo:

  - "sanitario" nell'ambito dell'Europa e per gli spostamenti locali;
  - "di linea appositamente attrezzato" per tutti gli altri casi.

La Società non effettua il Trasporto – Rientro Sanitario per infermità o lesioni curabili sul posto o nel corso del viaggio o che, comunque, non ne impediscano la prosecuzione.
- f) **Prolungamento del soggiorno** - Qualora l'Assicurato, ricoverato per un periodo superiore alle 48 ore e trascorso il periodo di ricovero non sia in grado di rientrare per malattia o infortunio alla data prestabilita, la Società rimborsa le spese di pernottamento in albergo sostenute dall'Assicurato stesso fino ad un importo di **Euro 100,00** al giorno ed a persona, con un massimo complessivo di 3 giorni.
- g) **Rientro del convalescente** al proprio domicilio, alla data e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto. La Società organizza e prende a proprio carico le spese di rientro. Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico.
- h) **Rientro di un compagno di viaggio** - Quando si renda necessario il rientro sanitario dell'Assicurato o il rientro del convalescente, la Società tramite la Centrale Operativa, organizzerà il rientro, con lo stesso mezzo, di un compagno di viaggio purché anche quest'ultimo assicurato e partecipante al medesimo viaggio. La Società terrà a proprio carico le spese di rientro del compagno di viaggio ed avrà facoltà di richiedere allo stesso i titoli di viaggio non utilizzati.
- i) **Familiare accanto** - La Società mette a disposizione di un familiare un biglietto di viaggio A/R (aereo classe turistica o ferroviario 1a classe), per recarsi dall'Assicurato ricoverato in ospedale con una prognosi di degenza superiore a 5 giorni o 48 ore se portatore di handicap.
- j) **Rientro di minori** (valido solo per il personale scolastico) - La Società quando, in caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 48 ore, o di suo decesso, eventuali minori di anni 15 rimangono senza accompagnatore, provvede, a proprie spese, al loro rimpatrio mettendo a disposizione un altro accompagnatore in sostituzione.

- k) **Rientro anticipato** - La Società organizza il rientro dell'Assicurato e prende a proprio carico le relative spese per interruzione del viaggio determinata da decesso o da ricovero ospedaliero con prognosi superiore a 7 giorni di uno dei familiari a casa.
- l) **Trasferimento/rimpatrio della salma** fino al luogo di sepoltura in Italia - La Società, fino ad un massimo di **€ 8.000,00**, tiene a proprio carico le spese di trasporto della salma. Inoltre, la Società rimborsa il costo del biglietto di viaggio A/R di un familiare per recarsi sul luogo in cui si è verificato l'evento, **fino ad un massimo complessivo di Euro 5.500,00 per evento**.
- m) **Spese Funerarie** - La Società, a seguito di infortunio mortale, occorso durante le attività assicurate risarcirà le spese funerarie sostenute e documentate **fino ad un massimo di Euro 8.000,00**.
- n) **Anticipo denaro** - Fino a **€ 3.000,00** previa garanzia bancaria e con l'obbligo per l'Assicurato di restituire l'anticipo entro 30 giorni dalla data di erogazione.
- o) **Trasmissione messaggi urgenti** a persone residenti in Italia. La Società provvede, a proprie spese, all'inoltro di tali messaggi.
- p) **Traduzione cartella clinica** - Quando l'Assicurato in Viaggio venga ricoverato a seguito di infortunio o malattia, la Società terrà a proprio carico le spese relative alla traduzione della cartella clinica **fino ad un importo di Euro 300,00**.

#### **ART. 51 - ASSISTENZA DURANTE LE ATTIVITÀ SCOLASTICHE IN SEDE O PRESSO LE SEDI OVE VENGONO SVOLTE LE ATTIVITÀ**

La Società, in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato durante la permanenza nell'Azienda o nelle sedi ove vengono svolte le attività, tramite la Centrale Operativa, **organizza ed eroga, 24 ore su 24**, le seguenti prestazioni:

- a) **Invio medico** - Quando l'Assicurato, in caso di malattia improvvisa o infortunio, necessita di una visita medica urgente presso l'Azienda Contraente o presso le sedi ove vengono svolte le attività, la Società provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, ad inviare un Medico convenzionato all'indirizzo dell'Istituto Scolastico Contraente. In caso di irreperibilità immediata del Medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Società organizza il trasferimento dell'Assicurato in ambulanza ad un ospedale per le cure del caso. Tale prestazione viene erogata quando non sia reperibile il Medico curante dell'Assicurato.
- b) **Trasporto in ospedale** - Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia occorsi od accertati nell'Azienda Contraente o presso le sedi ove vengono svolte le attività, debba raggiungere l'ospedale più vicino all'Azienda e qualora gli stessi medici di guardia della Centrale Operativa della Società lo valutino necessario, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto dell'Assicurato dall'Azienda all'ospedale e viceversa, con taxi e/o mezzi pubblici.

La Società tiene a proprio carico il costo fino ad un massimo di **€ 200,00** per assicurato e anno assicurativo e di **€ 25,00** per evento. La Centrale Operativa potrà inviare direttamente il taxi o autorizzare il rimborso fino al limite previsto; in quest'ultimo caso l'Assicurato dovrà inviare la ricevuta in originale corredata dalla documentazione medica alla Società.

#### **ART. 52 - ASSICURAZIONE SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO**

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato in viaggio all'estero, la Società provvede al rimborso delle spese ospedaliere e chirurgiche fino ad un massimo di **€ 80.000,00** per ogni persona e con il limite giornaliero di **€ 200,00** per le rette di degenza. Inoltre la Società provvede, sempre nel limite del capitale di cui sopra anche:

- ⇒ Al rimborso delle spese di trasporto dal luogo dell'evento al centro medico di pronto soccorso o di primo ricovero;
- ⇒ Al rimborso delle spese per visite mediche e/o farmaceutiche purché sostenute a seguito di prescrizione medica, cure ambulatoriali e/o di primo ricovero (compreso il day hospital).

Tutti i rimborsi saranno corrisposti previa detrazione di una franchigia di **€ 25,00** per ogni sinistro.

#### **ART. 53 - ASSICURAZIONE SPESE MEDICHE "GRANDI INTEVENTI CHIRURGICI"**

La Società garantisce all'Assicurato in caso di ricovero all'estero che comporti un "Grande intervento chirurgico", come definito nel seguente elenco, un capitale per anno assicurativo di **€ 50.000,00** per il rimborso delle spese sanitarie sostenute.

##### **ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:**

- **CRANIO, FACCIA, COLLO** - Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali – operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario – tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- **TORACE E TUBERCOLOSI POLMONARE** - Resezioni polmonari segmentarie e lobectomia – pneumectomia polmonare – interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi – interventi per fistole bronchiali/cutanee – torace ad imbuto e torace carenato.
- **ESOFAGO** - Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica postoperatoria – operazioni sull'esofago per stenosi benigne – resezione dell'esofago cervicale – operazioni sull'esofago per tumori: resezioni totali e resezioni parziali basse o late e simili – esofago plastica.
- **CUORE** - Pericardiectomia parziale – pericardiectomia totale – sutura del cuore per ferite – interventi per corpi estranei nel cuore – commisurotomia per stenosi mitralica – lagatura e resezione del dotto di Botallo – operazione per embolia dell'arteria polmonare – by-pass aortocoronarico singolo, doppio, multiplo – sostituzione valvola singola, doppia, multipla – valvuloplastica – restrizione del cuore (aneurisma, infarto, etc).
- **STOMACO E DUODENO** - Resezione gastrica – gastroctomia totale – resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica-colica.
- **PANCREAS E MILZA** - Interventi per necrosi acuta del pancreas – interventi per cisti e pseudo cisti pancreatiche (enucleazione della ciste e marsupializzazione) – interventi per fistole pancreatiche – interventi demolitivi sul pancreas (totale, della testa o della coda) – splenectomia – anastomosi porta cava e spleno-renale.
- **INTESTINO RETTO E ANO** - Megacolon: operazione ad domino-perineale di Buhamel o Swenson – Colectomia totale - Amputazione del retto per via ad domino-perineale in uno o più tempi – ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva – atresia dell'ano semplice: abbassamento ad domino-perineale – atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento ad domino-perineale.
- **FEGATO E VIE BILIARI** - Resezione epatica – epatico e coledocomia – interventi per la ricostruzione delle vie biliari – papillotomia per via trans-duodenale.

- **UROLOGIA** - Interventi per fistola vescico-rettale – interventi per eutrofia della vescica –cistectomia totale con uretrosigmodostomia – nefrectomia allargata per tumore –nefro-urectomia totale – megauetere: resezione con reimpianto e resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- **APPARATO GENITALE MASCHILE** - Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.
- **GINECOLOGIA** - Pannisterectomia radicale per tumori maligni.
- **OTORINOLARINGOIATRIA** - Laringectomia totale – faringolaringectomia – intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.
- **ORTOPEDIA** - Disarticolazione interscapolo-toracica – emipectomia.
- **SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO** - Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche – operazioni endocraniche per accesso od ematoma intracranico – interventi per derivazione liquorare diretta ed indiretta – operazione per encefalo meningocele – interventi per epilessia focale – interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie ed altre affezioni meningomollari – neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi – interventi associati su simpatico toracico e sui nervi splancnici – surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.
- **VASI** - Interventi per aneurismi su vasi arteriosi: arteria carotide, vertebrale succlavia tronco-cefalica ed iliaca – operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale – by-pass aorta addominale by-pass aorto biliaco e bifemorale.
- **TRAPIANTO ORGANI** - Tutti.

#### **ART. 54 – SECOND OPINION “Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione”**

Quando, in seguito a infortunio o grave malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso c/o un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui soffre, la Società mette a loro disposizione la propria équipe medica per fornire la prestazione richiesta in conformità al proprio giudizio di merito entro 10 giorni dalla ricezione della domanda di erogazione.

Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale refertante.

In particolare la Società:

- ⇒ acquisirà e verificherà tutta la relativa documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato;
- ⇒ ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica.

La Società fornirà, altresì, all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche nell'ambito del primo sostegno psicologico per l'Assicurato o dei propri familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi.

Se necessario, la Società provvederà alla traduzione in inglese o francese di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Per l'espletamento delle prestazioni sopra indicate l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Società specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici come gli verrà richiesto da questi ultimi.

#### **ART. 55 – INFORMAZIONI**

Il servizio viene prestato durante le ore di ufficio dalle 08.30 alle ore 18.00 di tutti i giorni feriali.

**a) Consulenza sanitaria informazione ed orientamento medico telefonico** - Quando l'Assicurato necessita di informazioni e/o consigli medico-generici:

- ⇒ diritti del cittadino in Italia,
- ⇒ doveri del cittadino in Italia,
- ⇒ pratiche sanitarie in Italia (rimborsi, ticket ed esenzioni)
- ⇒ strutture sanitarie (in Italia, convenzionate o meno ASL)

la Guardia Medica della Società è a sua disposizione per un consulto telefonico. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni.

**b) Consulenza sanitaria di Alta specializzazione** - Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Società mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia Medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.

**c) Organizzazione di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici a tariffe agevolate** - Tramite la Centrale Operativa della Società, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, possono essere organizzate visite specialistiche ed accertamenti diagnostici presso i centri convenzionati con la Società più vicini alla residenza dell'Assicurato.

La Centrale Operativa, oltre a gestire l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici-strumentali richiesti.

I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.

**d) Informazioni turistiche** - Quando l'Assicurato necessita di informazioni telefoniche sui seguenti argomenti:

- ⇒ informazioni su burocrazia turistica (documenti, vaccinazioni obbligatorie e consigliate, rappresentanze italiane all'estero e simili);
- ⇒ informazioni e consigli su situazione sanitaria del paese di destinazione;
- ⇒ informazioni ed eventuale prenotazione di alberghi e ristoranti nel mondo;
- ⇒ informazioni ed orari di trasporto in Italia (aerei, treni, traghetti, pullman);
- ⇒ informazioni ed eventuale prenotazione di pensioni per cani e gatti in Italia.

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

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

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

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



può telefonare alla Società che tramite la Centrale Operativa, provvederà a fornire dal lunedì al venerdì le informazioni che gli necessitano.

**e) Informazioni Testo unico della sicurezza (D.Lgs. 81 del 9.4.08)** - Quando l'Assicurato desideri informazioni sui contenuti della normativa italiana di cui al D.Lgs. 81/08 "Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" relativi a:

- ⇒ disposizioni generali
- ⇒ prevenzione e protezione

può telefonare alla Società che tramite la Centrale Operativa, provvederà a fornire dal lunedì al venerdì le informazioni che gli necessitano.

La Società tramite Centrale Operativa, si riserva di approfondire l'argomento richiesto e fornire la risposta nel più breve tempo possibile.

#### **ART. 56 – ESCLUSIONI**

Oltre alle esclusioni previste dall'Art. 19, le garanzie "In Viaggio" non sono operanti nei seguenti casi:

- ⇒ **Viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;**
- ⇒ **Viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;**
- ⇒ **Abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;**
- ⇒ **Reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;**
- ⇒ **Suicidio od il tentato suicidio;**
- ⇒ **Atti dolosi (compreso il suicidio od il tentato suicidio) dell'Assicurato nonché per colpa grave dell'Assicurato;**
- ⇒ **Epidemie aventi caratteristica di pandemia, di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;**
- ⇒ **Quarantene;**
- ⇒ **Viaggi estremi, in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorsi speciali;**
- ⇒ **Ricoveri od interventi sanitari che siano la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla data di inizio della copertura e/o le loro conseguenze, ricadute o recidive;**
- ⇒ **Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;**
- ⇒ **Aborto volontario;**
- ⇒ **Malattie correlate a sindrome da immunodeficienza acquisita;**
- ⇒ **Esercizio, anche occasionale, dei seguenti sport: atletica pesante con la sola esclusione della pratica del body building che pertanto si deve intendere ricompreso in garanzia, pelota, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai senza accompagnatore di guida qualificata, salti dal trampolino con sci o idrosci, guidoslitta, caccia a cavallo, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere, speleologia;**
- ⇒ **Partecipazione a corse o gare sportive e/o in generale a qualsiasi attività sportiva avente carattere professionistico o semiprofessionistico, tra le altre: gioco del calcio, automobilismo (salvo quelle di regolarità e le gimcane), motociclismo, motonautica, ippica, ecc. e relative prove ed allenamenti;**
- ⇒ **Nei casi in cui l'Assicurato disattenda le indicazioni della Centrale Operativa ovvero se si verificano le dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari della Struttura presso la quale egli si trova ricoverato;**
- ⇒ **Per il neonato, qualora la gravidanza sia portata a termine nel corso del viaggio, anche in caso di parto prematuro;**
- ⇒ **Le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.**

In ogni caso le garanzie non sono operanti se l'intervento di assistenza non sia stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa.

Per la garanzia "Spese mediche da malattia in viaggio" di cui all'Art. 52 sono inoltre escluse le spese sostenute:

- ⇒ **dopo il termine del viaggio, cioè al rientro dell'Assicurato alla propria residenza;**
- ⇒ **per occhiali, lenti a contatto, apparecchi ortopedici e protesi in genere nonché le spese per cure dentistiche;**
- ⇒ **per cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di apparecchi protesici, per cure infermieristiche, termali e dimagranti;**
- ⇒ **per cure di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio verificatosi nel corso della copertura.**

Per la garanzia "Spese mediche da grandi interventi chirurgici" di cui all'Art. 53 sono inoltre escluse le spese sostenute:

- ⇒ **qualora l'Assicurato non abbia denunciato alla Società, direttamente o tramite terzi, l'avvenuto sinistro;**
- ⇒ **per interventi chirurgici non presenti nell'elenco "Grandi Interventi";**
- ⇒ **per cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per acquisto e/o applicazione di apparecchi protesici, occhiali, lenti a contatto, apparecchi ortopedici e ortodontici conseguenti al ricovero per "Grande Intervento";**
- ⇒ **le visite, le cure infermieristiche, fisioterapiche e dentarie conseguenti a ricoveri per "Grandi Interventi".**

**ART. 57 – DISPOSIZIONI E LIMITAZIONI**

L'Assicurato libera dal segreto professionale, esclusivamente per gli eventi oggetto della presente assicurazione ed esclusivamente nei confronti della Società e/o dei magistrati eventualmente investiti dell'esame dell'evento, i medici che lo hanno visitato e le persone coinvolte dalle condizioni di polizza.

Inoltre:

**1. Assistenza in viaggio**

- a) Le prestazioni di assistenza sono fornite per evento nei limiti del capitale assicurato e di eventuali sottolimiti;
- b) le prestazioni di assistenza, nel rispetto delle specifiche condizioni di operatività, sono effettuate con utilizzo dei mezzi e delle strutture che la Società e la Centrale Operativa ritengono, a loro insindacabile giudizio, più adeguati allo stato di salute dell'Assicurato ed allo stato di necessità;
- c) la messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:
  - aereo di linea (classe economica);
  - treno prima classe;
  - traghetto.

La Società ha diritto di richiedere, anche in visione preventiva, i biglietti di viaggio non utilizzati alle persone per le quali abbia provveduto, a proprie spese, al rientro;

- d) La Società non potrà essere ritenuta responsabile di:
  - ritardi od impedimenti nell'esecuzione dei servizi convenuti dovuti a cause di forza maggiore od a disposizioni delle Autorità Locali;
  - errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato;
  - pregiudizi derivanti dall'avvenuto blocco dei titoli di credito;
- e) La Società non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute.

**2. Spese mediche in viaggio**

La Società sostiene direttamente o rimborsa le "Spese Mediche" anche più volte nel corso del viaggio ma fino ad esaurimento del capitale assicurato per persona e per periodo assicurativo.

**ASSICURAZIONE BAGAGLIO****ART. 58 – OGGETTO DELLA GARANZIA**

La Società indennizza l'Assicurato, fino ad un massimo di € 3.000,00 per persona e per periodo assicurativo, i danni materiali e diretti a lui derivanti da furto, incendio, rapina, scippo, mancata riconsegna da parte del vettore aereo del bagaglio personale. La garanzia è operante anche per le borse da viaggio e le valigie.

**ART. 59 – ESCLUSIONI**

Oltre alle esclusioni previste dall'art. 19, la garanzia "Assicurazione Bagaglio" non è operante per i danni:

- a) Determinati o agevolati da dolo o colpa grave, negligenza od incuria dell'Assicurato, di suoi familiari o conviventi, di suoi dipendenti o di altre persone che agiscono per lui;
- b) Subiti in occasione di un viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità Pubblica competente;
- c) Derivanti od imputabili a rotture, danneggiamenti dall'aver dimenticato, smarrito o perduto un oggetto;
- d) Causati alle attrezzature sportive durante il loro utilizzo;
- e) Verificatisi quando:
  - Il veicolo incustodito non sia stato regolarmente chiuso a chiave ed il bagaglio non sia stato riposto, per l'auto, nell'apposito bagagliaio debitamente chiuso a chiave;
  - Il veicolo non sia stato parcheggiato, durante le ore notturne, dalle ore 20.00 alle ore 7.00, in una pubblica autorimessa custodita ed a pagamento;
  - Il bagaglio si trovi a bordo di motoveicoli ancorché riposto nell'apposito bagagliaio chiuso a chiave;
- f) Verificatisi durante il soggiorno in campeggio;
- g) Di cui non sia prodotta una copia autentica della denuncia vistata dalle Autorità del luogo ove si è verificato l'evento.

Sono, inoltre, esclusi:

- h) I corredi foto-cine-ottici affidati a terzi (albergatori, vettori, ecc.);
- i) I beni che non risultano indicati nella denuncia sporta alle Autorità competenti;
- j) I beni di consumo (intendendosi per tali, a puro titolo esemplificativo, creme, profumi, bevande, medicinali, sigarette, ecc.) nonché i beni acquistati durante il viaggio salvo gli acquisti di prima necessità sostenuto per il fabbisogno personale in conseguenza di sinistro risarcibile a termini di polizza;
- k) I beni consegnati ad impresa di trasporto o di spedizioni quando questi non viaggiano insieme all'Assicurato



## ART. 60 DISPOSIZIONI E LIMITAZIONI

La Società corrisponde l'indennizzo:

- a. Nel limite del capitale previsto al precedente art. 58 l'assicurazione è prestata a "primo rischio assoluto";
- b. con il limite massimo:
  - ⇒ per oggetto di Euro 150,00
  - ⇒ per collo di Euro 500,00considerando tutto il materiale foto-cine-ottico quale unico oggetto;
- c. in base al valore commerciale che avevano le cose sottratte al momento del verificarsi del sinistro. In caso di capi di vestiario acquistati durante il viaggio, il rimborso verrà effettuato al valore di acquisto, purché debitamente comprovato da idonea documentazione;
- d. successivamente a quello del Vettore o dell'Albergatore responsabili dell'evento, fino alla concorrenza del capitale Assicurato, al netto di quanto già indennizzato e solo qualora il risarcimento non copra l'intero ammontare del danno; si prevede espressamente che, qualora l'indennizzo corrisposto dal Vettore o dall'Albergatore fosse superiore al massimale assicurato, nulla sarà dovuto dalla Società.

In nessun caso verrà risarcito il cosiddetto valore affettivo che gli oggetti perduti o danneggiati avevano per l'Assicurato né il danno conseguente al mancato uso o godimento dei medesimi.

## NORMATIVA IN CASO DI SINISTRO

### ART. 61 – ASSISTENZA IN VIAGGIO – ASSISTENZA DURANTE LE ATTIVITÀ SCOLASTICHE

In caso di sinistro l'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, deve contattare per telefono, oppure telex, telefax o telegraficamente la Centrale Operativa ai seguenti numeri:

- Linea verde telefonica dedicata valida per l'ITALIA: 800 231323
- Linea telefonica dall'estero: +39 039 6554 6618
- Telefax: +39 039 6057533

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste degli Assicurati.

**L'Assicurato dovrà comunicare:**

- Le generalità complete dell'Assicurato ed un recapito telefonico;
- Indirizzo, anche temporaneo, ed il numero di telefono del luogo di chiamata;
- Il numero di polizza;
- La prestazione richiesta.

**L'Assicurato si obbliga inoltre:**

- a sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Società;
- a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- a produrre, su richiesta della Società, copia conforme all'originale della cartella clinica o del certificato medico comprovante il tipo di patologia e/o l'intervento eseguito;
- a fornire, a richiesta della Società, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.

Nel caso in cui le prestazioni fornite dalla Centrale Operativa superino i massimali previsti o prevedano dei costi a carico dell'Assicurato, quest'ultimo, su indicazione della Centrale Operativa, dovrà fornire sufficienti garanzie di restituzione, entro 30 giorni dalla data di erogazione, delle somme anticipate.

### ART. 62 – SPESE MEDICHE IN VIAGGIO E GRANDI INTERVENTI

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

- a) darne avviso scritto alla Società, anche per il tramite del broker, appena possibile e comunque **entro 30 giorni** dal termine del Viaggio, precisando le circostanze in cui il fatto è accaduto e fornendo le proprie generalità, il recapito telefonico, il numero di Polizza;
- b) pervenire alla Società, anche per il tramite del broker, entro il termine inderogabile di 60 giorni dalla data del Sinistro stesso:
  - ⇒ il certificato medico o la cartella clinica della patologia sofferta e/o dell'intervento eseguito;
  - ⇒ le ricevute, in originale, delle spese sostenute;
  - ⇒ la prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati.

L'Assicurato si obbliga inoltre a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato e, su richiesta della Società, a fornire ogni documentazione e a sottoporsi agli accertamenti medici necessari a provare il diritto al rimborso delle spese sostenute.

L'inadempimento di uno degli obblighi suddetti può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso ai sensi dell'Articolo 1915 del Codice Civile.

#### **CENTRALE OPERATIVA**

In funzione 24 ore su 24 tutto l'anno

**Tel. 800 231323**

Fax +39 +39 039 6057533

Telefono dall'Estero +39 039 6554 6618

**ART. 63 BAGAGLIO**

In caso di sinistro l'Assicurato deve dare avviso scritto alla Società, anche per il tramite del broker, entro 30 giorni dal rientro, fornendo dati anagrafici, recapito e numero della presente polizza, indicando, inoltre:

**1. in caso di furto, scippo, rapina, incendio:**

- a) denuncia, in originale, presentata alla competente autorità del luogo ove si è verificato l'evento, con l'elenco dettagliato di quanto sottratto o incendiato e documentazione attestante il loro valore;
- b) per il caso di furto, anche la copia del reclamo inviato all'albergatore od al vettore a cui è stato affidato il bagaglio.

**2. In caso di ritardata o mancata riconsegna da parte del vettore aereo o manomissione del contenuto:**

- a) rapporto di irregolarità bagaglio (Property Irregularity Report), in copia;
- b) biglietto aereo e ticket del bagaglio, in copia;
- c) risposta del Vettore Aereo attestante la data e l'ora della tardata riconsegna, la manomissione o il definitivo mancato ritrovamento, nonché l'importo liquidato di sua competenza;
- d) elenco dettagliato di quanto non riconsegnato od asportato e documentazione attestante il loro valore.

**ART. 64 INFORMAZIONI**

L'Assicurato può richiedere le informazioni previste all'art. 55 telefonando durante le ore d'ufficio e nei giorni feriali (dalle 08.30 alle ore 18.00) al seguente numero:

*SERVIZIO INFORMAZIONI*

**Tel. 800 231323**

Fax +39 039 6057533

Telefono dall'Estero +39 039 6554 6618

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa predisposta ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n° 196/2003.

### 1) Finalità e modalità del Trattamento dei dati

I suoi dati saranno trattati da AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Della Chiusa 2, Milano, Tel. +39.02.36901, Fax +39.02.3690222 – titolare del trattamento – nonché dalle Società appartenenti al medesimo gruppo societario, per dare corso all'attività assicurativa e riassicurativa, connessa al Suo contratto di assicurazione, nelle fasi di assunzione del rischio, della gestione del contratto e della liquidazione e per la quale la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e consisterà nelle operazioni indicate all'articolo 4, comma 1, lettera a) della Legge e sue successive modifiche e/o integrazioni.

### 2) Conferimento dei dati

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali: è necessario per dare corso all'attivazione del rapporto assicurativo e nella vigenza del contratto; è obbligatorio qualora sia richiesto da specifiche normative (quali ad esempio quelle relative all'antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile).

### 3) Comunicazione dei dati

I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1), ad altri soggetti del settore assicurativo quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, brokers e altri soggetti iscritti al registro unico degli intermediari assicurativi; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, campagne promozionali o di telemarketing o attività esecutive delle stesse; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS e Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato; CONSAP e UCI. In tal caso, i dati identificativi dei suddetti altri titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso il Registro pubblico tenuto dal "Garante per la protezione dei dati personali" e presso i suddetti soggetti. Inoltre, i dati personali possono essere comunicati ad altre Società del medesimo gruppo societario (società controllanti, controllate o collegate anche indirettamente), a pubbliche Amministrazioni ove richiesto dalla legge, nonché a terzi fornitori di servizi informatici o di archiviazione. L'elenco aggiornato delle altre società a cui saranno comunicati i Suoi dati e dei responsabili potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla Società, al seguente indirizzo: AIG Europe Limited – Via della Chiusa 2, Milano – Tel. +39.02.36901 - Fax +39.02.3690222.

### 4) Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

### 5) Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali forniti potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, per le finalità di cui al punto 1), nel rispetto della vigente normativa ed in particolare degli articoli 42-45 del D. Lgs 196/2003.

### 6) Diritti dell'interessato

L'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 conferisce all'interessato specifici diritti tra cui quelli di ottenere dal titolare del trattamento:

1) la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;

2) l'indicazione **a)** dell'origine dei dati personali, **b)** delle finalità e modalità del trattamento, **c)** della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, **d)** degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante nominato ai sensi dell'art. 5, comma 2, del decreto stesso, **e)** dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono venire comunicati o che possano venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati. L'interessato, inoltre, ha diritto di ottenere: **a)** l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; **a)** la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione del Decreto Legislativo, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; **c)** l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

Infine, ai sensi dell'art. 7, comma 4 del decreto, l'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: **1)** per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; **2)** al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

### 7) Titolare e responsabile del procedimento

Titolare del trattamento dei dati è la Società i cui estremi identificativi sono descritti al punto 1) che precede, ossia AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Della Chiusa 2, Milano, Tel. +39.02.36901, Fax +39.02. 3690222. Responsabili del trattamento dei dati personali sono i responsabili amministrativi pro tempore della Società.